



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: OS DILEMAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DE UMA MATERNIDADE NO RIO DE JANEIRO

CARLA VITA DECOTELLI DA SILVA MENDES

ORIENTADORA: ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS

Rio de Janeiro – RJ
Junho, 2006

A meus amores Cláudio e David. Vocês são minha inspiração e meu incentivo constante.

A meus pais, Carlos e Rose que me ensinaram a amar a busca do conhecimento e que são exemplos de luta e determinação.

AGRADECIMENTOS

iii

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus que me criou e me deu uma vida para o louvor Dele. “A Deus toda a Glória, toda Honra e Todo o poder”.

À minha querida orientadora Beth Moreira que sempre me estimulou, em sua cobrança, paciência e motivação para a realização desta pesquisa. Muito obrigada.

Agradeço à Marly pela ajuda na construção desta dissertação como uma professora, conselheira e exemplo.

Aos meus colegas de trabalho e de estudo, Cadu, Aninha, Marcelle, Pedro e colegas do LASER agradeço as palavras e ajuda, suportando muitas vezes as minhas crises.

Aos Professores Rosely e Reinaldo, meu muito obrigada pela disposição em ajudar e fornecer suas experiências para este trabalho.

Agradeço aos incentivadores nesta caminhada da medicina para a Saúde Pública como a Profa. Diana Maul, a Dra. Ana Lúcia, Prof. Antônio Ledo.

Aos professores Profa. Simone Monteiro, Profa. Maria Elizabeth, Profa. Sônia Natal, agradeço o auxílio através das discussões na banca de qualificação ou através das colaborações informais.

À minha família: papai, mamãe, Oscar, Rosana e Paula, que em diferentes momentos me inspiram e são os meus ombros amigos.

Agradeço à minha amada Tia Nelita, cuja garra me faz agradecer a cada dia a conclusão desta dissertação.

Agradeço aos meus dois maiores amores – Cláudio e David. Cláudio, você é meu porto seguro, meu amor, meu companheiro e amigo. Muito obrigada.

RESUMO

O profissional de saúde envolvido no momento do parto possui a responsabilidade de realizar as rotinas e normas preconizadas pelo programa nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Porém, suas atitudes e crenças podem gerar resistência em relação a estas normas. A análise da implantação de uma rotina com o foco no profissional envolvido, somada às medidas de prevenção, podem levar a identificação não só de problemas, mas também de propostas de ajustes e melhorias. Este estudo visa compreender os dilemas relacionados à constituição e os processos de trabalho da equipe de saúde na implementação e desenvolvimento das ações de controle da transmissão vertical do HIV no momento do parto. Um de seus objetivos consiste em descrever o conhecimento da equipe de saúde em relação às rotinas do Ministério da Saúde e suas atitudes diante da prevenção do HIV. Identificar as atividades que a equipe de saúde tem maior dificuldade de desenvolver e propor estratégias para maior difusão das medidas e rotinas no serviço como consequência da proposta inicial de trabalho. Essa pesquisa é exploratória, qualitativa que se utiliza do estudo de caso de uma maternidade do município do Rio de Janeiro para realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde envolvidos no parto. Os profissionais entrevistados foram selecionados por profissão identificada nos prontuários. As entrevistas gravadas foram transcritas e analisadas pela técnica de análise do conteúdo. Os processos de trabalho e as características pessoais de cada profissional podem influenciar diretamente a realização das medidas de prevenção preconizadas. O conhecimento das rotinas é satisfatório, mas é acompanhado de dúvidas quanto à sua eficácia, permitindo que as opiniões pessoais, e não as normas guiem toda a conduta. A difusão do conhecimento das medidas de prevenção, a implantação de rotinas e a promoção da aderência do profissional em serviço são fundamentais para o controle do HIV em crianças. Criar no próprio serviço subsídios para realizar avaliações das rotinas implantadas no nível do executor destas ações, permitirá criar soluções locais para melhor implantação do programa.

Palavras-chaves: transmissão vertical do HIV, atitudes dos profissionais de saúde, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

In the delivery moment the health professional has the responsibility to put in practice the guidelines and routines of preventing mother-to-child transmission of HIV stipulated by the National Health System of Brazil. Beliefs and attitudes of the health professional can create resistance to the guidelines. Implementation approach focusing in the professional may show where it is necessary to act and transform. The main purpose of the study was to understand the relationship between the health professional and the concretization of the recommendations. Other objectives were to identify which activities were more difficult to carry out, the dilemmas the professional face during his activities and to propose different ways to improve the acceptance of the guidelines. It is an exploratory research, qualitative, a case study of a maternity in Rio de Janeiro, Brazil. Semi structured interviews were conducted to the health professionals which professions were identified by the records of the patients. The interviews were recorded and analyzed. Some activities were harder than others to put in practice. It was identified barriers to do the preventive actions and skills that actually helped the professionals to accomplish them. The counseling before the test, the recommendation to not breastfeed and elective cesarean section are examples of discordance. The adherence of the professionals was divergent and was probably influencing the way prevention was held. To prevent the HIV transmission through the mother to the child it is important to work out evaluations in the health system so the professionals can identify the problems and create specific solutions for the local health facility.

Key words: mother-to-child transmission, HIV, qualitative research, health professionals

“A convicção de que as nossas possibilidades de conhecimento dependem da nossa capacidade subjetiva de entender a dor e o sofrimento dos outros como se fosse a nossa própria dor e sofrimento. A convicção de que é possível imaginar o futuro e fazê-lo tornar-se realidade. A convicção de que a AIDS, como tudo na vida, é um assunto político, e que uma política da aids tem que ser construída em base à esperança e à coragem. A convicção absoluta de que a aids tem cura.”

Richard Parker, do texto que ele fala sobre o Betinho

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - A prevenção da transmissão vertical do HIV	18
1.1. Epidemiologia da AIDS	18
1.2. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV	20
1.3. Medidas de controle para prevenção da transmissão vertical do HIV	22
CAPÍTULO II - Prevenção da transmissão vertical do HIV – Recomendações Internacionais	30
2.1. Programas de prevenção da transmissão vertical do HIV	30
2.2. As peculiaridades da profilaxia antiretroviral e da contra-indicação da amamentação	35
CAPÍTULO III - O profissional de saúde e as práticas	42
3.1. O profissional e aderência e a prática	43
3.2. O profissional no momento do parto	48
3.3. Ações e incentivos para transformar evidência em prática	50
CAPÍTULO IV – Metodologia	52
4.1. Desenho do Estudo	52
4.2. O Caso a ser estudado: A Maternidade do Estudo	55
4.3. Sujeitos do Estudo	59
4.4. As entrevistas	59
4.5. Procedimento de análise das entrevistas	62
4.6. As categorias de análise	63
4.7. Fases do estudo	69
4.8. Aspectos Éticos	70
CAPÍTULO V – Resultados	71
5.1. Escolhendo os sujeitos: a riqueza dos prontuários	71
5.2. Caracterização dos entrevistados	76
5.3. Aplicando as categorias	77
CAPÍTULO VI - Considerações Finais	108
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	120
1. Consentimento informado	120
2. Roteiro de entrevista	121

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV – Antiretroviral
AZT – Zidovudina
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
DENSP – Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA - Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
HIV – Human Immunodeficiency Vírus
IV – Intravenoso
LASER – Laboratório de Análise de Situações Endêmicas Regionais
MLP - Modelo Lógico de Programa
MS - Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAM – Posto de Assistência Médica
PMTCT - Prevention Mother to Child Transmission
PN DST/AIDS – Programa Nacional de DST/AIDS
PVHA - Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC - Sistema de informação sobre Nascido Vivo
SISPRENATAL- Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TV - Transmissão vertical
UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Esta dissertação objetiva compreender os fatores relacionados à atuação do profissional de saúde no momento do parto diante das condutas de prevenção da transmissão do HIV vertical (transmissão mãe-filho), assim como a postura e o relacionamento do profissional de saúde com as rotinas implantadas em um serviço podem influenciar as atividades de prevenção dessa patologia.

A análise da implantação de um programa, de uma rotina, focada no profissional que diretamente ou indiretamente está envolvido com as medidas de prevenção, pode levar a identificação não só de problemas a serem solucionados, mas também, a propostas de ajustes e melhorias.

A) De onde estamos falando

Como médica e pediatra, no decorrer dos últimos anos tenho estudando a medicina na era da AIDS. Nos plantões em maternidades e atendimentos ambulatoriais realizados na rede pública do Rio de Janeiro, especialmente em um Hospital Universitário, verifiquei a trajetória de crianças antes mesmo de nascerem até tornarem-se doentes.

Como profissional de saúde, alguns questionamentos sobre a realidade da transmissão e conseqüente infecção passaram a me acompanhar, tais como:

- 1) Por que a transmissão continua a ocorrer, mesmo com tantos insumos liberados através de diversas portarias do Ministério da Saúde?
- 2) O que leva um profissional de saúde a não solicitar, em determinado plantão, o teste rápido anti-HIV ?
- 3) Por que o aconselhamento para o teste anti-HIV muitas vezes não é realizado?
- 4) Por que a diversidade de rotinas e de programas em uma mesma maternidade podem conflitar-se?
- 5) Quem são os profissionais envolvidos na linha de frente da batalha contra a transmissão vertical do HIV no momento do parto?
- 6) O que eles têm a dizer sobre suas atividades?

Estas perguntas e questionamentos impulsionaram-me quanto à escolha do objeto deste estudo e orientaram-me na exploração deste tema.

Há fatores que influenciam na adesão dos profissionais de saúde envolvidos com as atividades de prevenção preconizadas através de portarias e rotinas do Ministério da Saúde.

Ser capaz de identificar esses fatores poderia permitir que ações específicas fossem atribuídas aos seus responsáveis. E que as ações potencializadoras destas normas fossem potencializadas ou que novas discussões sobre o teor das mesmas pudessem ser promovidas.

Existem fluxos de medidas de prevenção e controle, insumos que teoricamente estão disponíveis, mas quem deve realizá-las? Quem as cumpre no dia-a-dia? Por que deixam de realizá-las? As medidas preconizadas são apropriadas para sua execução? O que é recomendado, é possível na realidade de cada localidade?

O profissional de saúde desenvolve as atividades de prevenção em um curto espaço de tempo, comparado ao que ele vive e experimenta em sua vida. Seus valores, crenças, experiências anteriores e práticas em outros trabalhos, poderiam influenciá-lo em sua maneira de agir e desenvolver o processo de influência social no grupo.

B) Do que estamos falando?

A AIDS, SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida) é a manifestação clínica da infecção pelo vírus HIV. A AIDS é uma das síndromes mais destrutivas da história da humanidade. Desde o relato da primeira vítima fatal pela doença em 1981, são 25 milhões de mortos em 24 anos (MS, 2005).

Em 2005, segundo o relatório da UNAIDS, existiam no mundo aproximadamente 40.3 milhões de pessoas vivendo com o vírus HIV. O que significa o dobro do número de pessoas soropositivas em 1995 (dez anos antes). Houve por volta de três milhões de mortes por HIV no mundo, no ano de 2005, sendo que, 570.000 eram crianças.

No Brasil, desde a identificação do primeiro caso em 1982, já foram notificados 360 mil casos da doença, atingindo a diversos grupos (usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com outros homens, pessoas que receberam transfusões de sangue e derivados, heterossexuais e mulheres) caracterizando diferentes fases da epidemia de acordo com as categorias de exposição (Szwarcwald, 2000).

Atualmente, a epidemia é caracterizada pelo aumento no número de casos por transmissão do vírus entre indivíduos heterossexuais, a dita “heterossexualização” da epidemia. Conseqüentemente esta nova dinâmica da epidemia tem provocado uma aumento da incidência da infecção por HIV nas mulheres gerando o componente de “feminilização” (Rodrigues-Junior, 2004). Este componente se relaciona com o problema da questão aqui estudada: a transmissão vertical. Com o aumento do número de mulheres HIV positivas, cresce o número de mulheres HIV positivas em idade fértil, e resultando no aumento na taxa de transmissão vertical (Souza-Júnior, 2004).

Segundo o Programa Nacional de DST/AIDS, anualmente três milhões de mulheres dão à luz no Brasil. A taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto é em torno de 0,42%, o que corresponde acerca de 12.644 parturientes infectadas (MS, 2005).

A taxa de transmissão vertical é dada pela proporção de gestantes infectadas pelo HIV que transmitem a infecção para o filho. É um indicador de efetividade de detecção da infecção pelo HIV em gestantes e tratamento profilático adequado. A taxa de transmissão vertical do HIV na ausência de medidas preventivas ocorre em torno de 20%, variando com alguns fatores. Após a introdução de medidas preventivas, como por exemplo: o uso dos antiretrovirais, cesárea eletiva e amamentação artificial, essa taxa foi para cerca de 2% (Connor, 1994). No Brasil, por mais que estas intervenções estejam disponíveis para toda a população, pelas dificuldades de realização do teste e a baixa testagem durante o pré-natal, ocorre um baixo número de gestantes HIV soro positivas em uso de antiretrovirais, permitindo a perpetuação da transmissão vertical do HIV.

O estudo-sentinela parturiente Brasil, 2002 (Souza-Júnior et al, 2004) se propôs a avaliar a cobertura efetiva da testagem para o HIV durante a gestação em diferentes locais no país. Esta avaliação engloba os procedimentos essenciais para que a conduta do pré-natal tenha sido adequada e que seja possível a realização das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV. Essa cobertura efetiva foi determinada com a realização de pré-natal, a solicitação do teste para detecção do vírus HIV durante a gestação e o conhecimento deste resultado antes do parto.

Nesse mesmo estudo, a cobertura efetiva estimada foi de 52% no país, mas tendo diferenças significativas de acordo com as regiões brasileiras (maior cobertura no sul do país e menor no nordeste), com o grau de instrução e com o tamanho do município de residência (nos municípios com mais de 500.000 habitantes houve uma melhor cobertura). Quanto ao grau de instrução observou-se que entre as parturientes analfabetas a cobertura efetiva ocorreu em apenas 16% comparado aos 64% daquelas que tinham o ensino fundamental completo. Esse estudo veio confirmar a hipótese de que o programa de prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil apresenta diferenças regionais que precisam ser identificadas e soluções propostas para que ocorra uma melhor implantação.

C) O “Projeto Nascer”

O Programa Nacional de DST/AIDS identificou a assistência ao parto como um momento estratégico para que as medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV possam ocorrer. No Brasil 95% dos partos ocorrem na rede hospitalar e a cobertura de pré-natal não é uniformemente distribuída pelo país, conseqüentemente o momento do parto torna-se uma grande oportunidade para controle da transmissão vertical e da própria epidemia de AIDS.

Dessa forma o Ministério da Saúde, em novembro de 2002 criou a portaria de número 2104 que instituía no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o “Projeto Nascer”. Este projeto tem como objetivo principal o de promover a redução da transmissão vertical do HIV e a redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita. Em relação à redução da transmissão vertical do HIV espera-se reduzir em 50% a taxa de transmissão do HIV, isto é, de 16 para 8% para as mães identificadas com teste rápido no momento do parto e de 16 para menos de 3% nas mães que tiveram diagnósticos e tratamento adequado durante o pré-natal (MS, 2003).

O Projeto Nascer foi implantado em maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas nos municípios considerados prioritários para o programa Nacional de DST/AIDS de acordo com a magnitude epidemiológica da transmissão vertical. Atualmente, estão inscritas nesse projeto 570 maternidades, distribuídas pelo território nacional.

Entre os objetivos específicos do “Projeto Nascer” estão:

- a) estabelecer, mediante a realização do teste anti-HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante após aconselhamento, o conhecimento da condição sorológica de 100% das parturientes que não tenham realizado a testagem durante o pré-natal;
- b) garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas detectadas e seus recém-natos;
- c) garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-natos;
- d) realizar o teste de diagnóstico de sífilis em 100% das parturientes atendidas no SUS;
- e) criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural;
- f) implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

O “Projeto Nascer”, através da portaria previamente citada, também estabelece que as maternidades integrantes do SUS devam realizar as atividades estipuladas, ou seja, a

realização do teste rápido, o teste para sífilis, a administração de inibidor de lactação, profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes soropositivas e o tratamento da sífilis na gestante e congênita.

Esta dissertação concentra-se apenas na relação dos profissionais de saúde com as medidas e recomendações referentes ao controle da transmissão vertical do HIV, não abordando a temática da sífilis congênita.

A utilização do teste rápido para o HIV segundo o “Projeto Nascer” deve ser para as gestantes que não realizaram nenhuma testagem durante o pré-natal e que autorizem sua realização após aconselhamento pela equipe de saúde. O aconselhamento deve ser realizado em dois momentos específicos: pré-teste e pós-teste por profissionais da área de saúde que tenham recebido capacitação específica para esta atividade.

No caso da maternidade em estudo os profissionais do laboratório são responsáveis pela realização do teste rápido, mas não são eles que colhem o material. O protocolo de coleta do teste rápido e de aconselhamento deve ser determinado por cada maternidade seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

A execução do conjunto de procedimentos estabelecidos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, incluindo a inibição temporária ou definitiva da lactação, deverá ser realizada por médicos ou enfermeiros, ressaltando que terá que ser alicerçada no consentimento livre da gestante. A aplicação das rotinas de profilaxia da transmissão vertical do HIV deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde (MS, 2001).

Em 2004, um estudo realizado por Leal e Cunha com dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária realizada pelo IBGE, mostrou que as maternidades do “Projeto Nascer” representavam em torno de 9,3% de todas as maternidades do país, sendo que a maioria está no Sudeste. Mas as maternidades que têm melhor infra-estrutura localizam-se nas grandes cidades, sendo que as do interior são mal equipadas e com profissionais de pouca qualificação (Leal e Cunha, 2004).

c.1) Avaliação do “Projeto Nascer”

O Programa Nacional de DST/AIDS acreditou ser fundamental avaliar o grau de implantação do controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita das maternidades credenciadas pelo “Projeto Nascer”, crendo que esta análise irá gerar melhoria das ações do programa e permitirá que sejam realizadas as adequações necessárias diante dos obstáculos e problemas identificados. Em conjunto com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e o *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC) foi

realizada em 2005 a Avaliação do “Projeto Nascer” com o objetivo geral de avaliar o grau de implantação do programa nacional de controle de transmissão vertical do HIV em maternidades brasileiras credenciadas nesse projeto.

A análise da implantação desse projeto também almejou verificar se o acesso aos procedimentos de controle das doenças abordadas acontece como o recomendado, assim como, avaliar a qualidade das ações preventivas, classificarem as maternidades quanto ao seu grau de implantação e recomendar rotinas e padrões de boas práticas profissionais.

O estudo de Avaliação do “Projeto Nascer” a nível nacional não contemplou as atitudes do profissional de saúde frente ao fluxograma de rotinas instaladas, conseqüentemente a realização do estudo dessa dissertação traz a possibilidade de reflexão sobre os dilemas dos profissionais de saúde envolvidos com as atividades do “Projeto Nascer”.

D) Objeto e objetivos do estudo

O programa Nacional de DST/AIDS através de recomendações e portarias tem preconizado as medidas de prevenção e de controle da transmissão vertical do HIV. Essas recomendações são difundidas no sistema de saúde para serem cumpridas, mas o monitoramento e a avaliação dessas atividades são incertos. Há uma necessidade de que sejam detectados as razões e os dilemas que envolvem o profissional de saúde no cumprimento dessas medidas ou não.

Os programas existem, mas os indicadores de infecção por HIV nas crianças insistem em mostrar que as transmissões continuam a ocorrer (Bulterys M *et al*, 2000). Existe um “GAP” entre a teoria e a prática, e aqui reside toda a questão. Quais são os fatores que envolvem o profissional de saúde presente no momento do parto? Quais são os fatores que estão influenciando direta ou indiretamente a implementação das ações de controle destas doenças? Qual o comportamento do profissional de saúde diante das medidas preconizadas pelo MS?

O cotidiano das equipes médicas em nosso país ocorre de forma diferente, mas com semelhança de atitudes e perfis. A equipe de saúde assume posturas diferentes quanto à instalação de rotinas do Ministério da Saúde, das rotinas formais da instituição ou até mesmo das rotinas informais pessoais. A formação desta equipe de saúde pode variar quanto à sua composição: multiprofissional ou não, acadêmicos, residentes, estagiários e quanto ao volume do atendimento. Os relacionamentos gerados e criados entre a equipe de saúde no momento do parto, permitem a criação de condutas e posturas que, às vezes, não contribuem para a melhoria da assistência à gestante (Griffin, 2003).

As questões que impulsionam uma determinada pessoa a se fixar em determinada instituição de saúde, a fazer parte daquela equipe e até mesmo da profissão que exerce, envolvem conceitos sociais, históricos e econômicos (Silva, 2002). O desejo de realizar ou não as medidas preventivas destas doenças, também envolvem as questões sócio-econômico-culturais (Borbias e Morris, 2000).

Confronta-se com uma realidade que vai além de números, de rotinas, de instituições, envolvendo a prática pura e o distanciamento dela à teoria, que é em muitas vezes conhecida, mas não internalizada para o profissional (Kline, 2003). Os fatores envolvidos na realização das medidas preventivas que contribuirão para o aumento do controle da transmissão vertical do HIV envolvem uma complexa rede de personagens, locais, atuações, materiais e atitudes (Berenholtz, 2003). A manutenção da transmissão vertical do HIV mostra que há oportunidades de prevenção que estão sendo perdidas no caminho.

É papel do profissional de saúde executar as medidas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV. É necessário ter uma postura ativa de mudança das atitudes (Peters, 2004). O problema então, é identificar quais são esses componentes das práticas ou do profissional de saúde que influenciam a realização das medidas preventivas no momento do parto.

Esta dissertação diante das questões anteriormente abordadas se propõe a questionar e trabalhar os dilemas relacionados à constituição e os processos de trabalho da equipe de saúde na implementação e desenvolvimento das ações de controle para a transmissão vertical do HIV em uma maternidade no momento do parto.

Os objetivos específicos do estudo são:

- a) Caracterizar a equipe de saúde envolvida no momento do parto;
- b) Identificar quem faz, porque faz ou não faz as atividades envolvidas que possam fazer diferença no controle da transmissão vertical do HIV;
- c) Identificar o conhecimento da equipe de saúde em relação às rotinas do Ministério da Saúde para prevenção do HIV;
- d) Identificar as atividades relacionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV que a equipe de saúde tem mais dificuldade de trabalhar;
- e) Propor a implantação de estratégia para maior difusão das medidas e rotinas no serviço.

E) Hipótese

A hipótese deste estudo está baseada na compreensão de que um ser inserido em um contexto histórico, social e político desenvolvem atitudes e comportamentos diferentes, até mesmo na implantação de rotinas. Segundo Hartz (1997) a intervenção, que no caso específico desse estudo é o programa nacional de prevenção da transmissão vertical do HIV, possui cinco componentes: os objetivos do programa, seus recursos, suas atividades, seus efeitos observados ou esperados e o contexto em que esse programa está inserido. Os atores envolvidos são responsáveis por fornecer as particularidades de cada contexto (Hartz, 1997). O momento do parto é um momento crucial para a realização das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV, para conhecer os dilemas que envolvem o profissional alocado em seu serviço, detectando os questionamentos e atitudes desses profissionais que interferem nas ações de prevenção.

Os efeitos do programa podem sofrer uma interação sinérgica ou antagônica dependentes das ações dos executores do programa (Hartz, 1997). Uma interação sinérgica ocorre quando as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde aumentam os efeitos do programa. Por outro lado quando, o profissional de saúde é capaz de bloquear os efeitos esperados pelo programa podemos chamar a interação profissional de interação antagônica.

A influência do profissional de saúde nas medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV pode facilitar ou dificultar que essas medidas sejam realizadas. O conhecimento dos fatores que influenciam a conduta do profissional de saúde, no momento de realizar as medidas de controle e de prevenção, permitiria criar condições mais favoráveis, ajustar limitações, favorecer idéias que estão dando certo. E principalmente, identificar o discurso do profissional de saúde que está na linha de frente da batalha contra a transmissão vertical do HIV.

F) Apresentação da dissertação

Esta dissertação está segmentada em seis capítulos. No primeiro capítulo abordamos as medidas de prevenção e o controle da transmissão vertical do HIV, isto é, a epidemiologia da infecção pelo HIV e a epidemiologia da transmissão vertical. Através do Modelo Lógico do Programa de Controle da transmissão vertical do HIV são discutidos as principais medidas de prevenção e os pontos polêmicos dessas medidas no nosso país.

No segundo capítulo revelamos algumas propostas de prevenção da transmissão vertical preconizadas por organismos internacionais e determinadas experiências individuais de diferentes países quanto ao cumprimento dessas medidas.

No terceiro capítulo discutimos o papel do profissional de saúde na realização de atividades na prática em saúde. Apresentamos as questões que envolvem a aderência ou não do profissional a práticas rotineiras e novas. A visão do profissional de saúde no momento do parto e sua aplicação permitem a abordagem do objeto desse estudo. Finalizando esse capítulo, são ressaltados os processos desenvolvidos para a transformação da rotina em prática.

No quarto capítulo descrevemos a metodologia deste estudo ressaltando o seu desenho, a população focada, as entrevistas, os aspectos éticos da pesquisa, o procedimento da análise das entrevistas e as fases do estudo.

No quinto capítulo apresentamos os resultados das entrevistas, mostrando a caracterização dos profissionais entrevistados e a análise dos dados segundo categorias temáticas. Neste capítulo são indicadas não só as categorias temáticas, mas também a interpretação da pesquisadora diante dos dados.

No capítulo seis são discutidos as possibilidades de ajustes no serviço para melhoria do sistema e para um melhor fluxo de cumprimento das medidas de prevenção e controle das doenças estudadas.

CAPÍTULO I

A prevenção da Transmissão Vertical do HIV

Nesse capítulo abordamos o contexto da transmissão vertical do HIV, a contextualização da transmissão vertical na epidemiologia da AIDS, a própria epidemiologia da transmissão vertical e as medidas de controle para sua prevenção.

1.1 Epidemiologia da aids

Nos últimos anos assistimos o surgimento da AIDS, as mudanças no padrão de transmissão, a devastação física e social que a síndrome proporciona. Por outro lado, acompanhamos as conquistas alcançadas em diferentes áreas da síndrome.

A AIDS ainda é uma síndrome incurável e extremamente complexa. Estima-se que desde o início da epidemia 60 milhões de pessoas já foram infectadas com o vírus e 20 milhões já morreram. Apenas no ano de 2004, aproximadamente 4,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus. Mas, atribui-se que no mesmo ano em torno de 40 milhões de pessoas viviam com o vírus. (UNAIDS, 2005).

Atualmente, há mais infecções por ano do que mortes pelo vírus, portanto, existe um número maior de pessoas que vivem com vírus HIV. No relatório de 2005 da UNAIDS, do grupo de trabalho para prevenção Mundial do HIV, foi exposto que a falha da prevenção tem contribuído para esta realidade, em especial, para as taxas de infecção entre as mulheres que atualmente somam metade da população vivendo com o vírus HIV (UNAIDS, 2005).

A prevenção é um ponto crucial no controle da epidemia. O aumento do conhecimento sobre o vírus, suas ações no organismo humano, a epidemiologia e os determinantes sociais, imunológicos da doença têm permitido importantes conquistas no controle da doença.

Os avanços alcançados em relação à morbidade e a mortalidade com a introdução dos usos de antiretrovirais, de programas de prevenção criativos que vão de encontro à realidade de cada localidade geraram uma nova dinâmica da epidemia do HIV. Informações mais amplas, difundidas, democráticas sobre a AIDS e uma melhoria significativa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS promovem a cada dia respostas mais favoráveis na luta contra a síndrome.

O programa brasileiro de combate à AIDS tem diretrizes específicas que garantem diversas conquistas para o nosso país. O programa afirma a responsabilidade de garantir a cidadania e os direitos humanos das pessoas com HIV/AIDS, garantindo o acesso aos

insumos de prevenção e assistência para toda a população. Toda a população também tem o direito de acesso ao diagnóstico do HIV/AIDS e o acesso universal e gratuito aos recursos disponíveis para o tratamento da doença (MS, 2001).

A epidemia brasileira cresceu 36% por ano em sua primeira década e depois decresceu até 12% por ano desde 1992 (Dhalia et al, 2000). Em 1995 foi criado o Programa Nacional de AIDS como uma importante resposta do governo brasileiro a epidemia. Após mais de 20 anos, o Programa Nacional tem sido reconhecido como um exemplo de interações bem sucedidas entre políticas governamentais e não governamentais (MS, 2003).

Uma grande conquista para o nosso país foram os investimentos realizados na área dos medicamentos para AIDS. De 1996 a 2001 houve uma queda de aproximadamente 80% nos valores de alguns medicamentos a partir da produção local. A detenção das patentes de alguns medicamentos por indústrias farmacêuticas gera uma necessidade constante de políticas e acordos para não prejudicar as pessoas que vivem com HIV/AIDS. A divulgação de consensos terapêuticos e as campanhas de acesso a camisinhas para a população em geral são outras medidas de atuação do programa. As parcerias criadas entre o governo e a sociedade civil favorecem uma constante reformulação das propostas e uma articulação mais coerente com as reais necessidades das pessoas vivendo com HIV/AIDS (MS, 2001).

As fases da epidemia da AIDS acompanham diretamente as conquistas alcançadas. Os indicadores epidemiológicos da AIDS no Brasil alcançaram patamares elevados em 2003, com 19,2 casos por 100 mil habitantes de taxa de incidência acumulada de AIDS. Entre os homens, a taxa de incidência de AIDS no país tendeu a uma estabilização através das intervenções maciças nesse gênero (1998: 26,4 por 100 mil habitantes e em 2003: 22,8 por 100 mil habitantes). Através dos dados de notificação da incidência de AIDS nas mulheres, notam-se uma persistência da tendência de crescimento neste grupo. O aumento da taxa de incidência de AIDS nas mulheres e a tendência à estabilização da taxa nos homens, têm provocado uma contínua diminuição na razão dos casos de AIDS masculino/feminino sendo de 1,5 em 2004 (MS, 2005).

O aumento do número de casos de AIDS em mulheres, principalmente na faixa etária fértil tem provocado um aumento das notificações de gestantes soropositivas a cada ano. Em 2004 das 12.644 gestantes soropositivas estimadas por volta de 52% foram notificadas. As notificações das gestantes soropositivas são importantes para detectar os fatores que estão associados à transmissão vertical e também à tendência da epidemia na população considerada sexualmente ativa (MS, 2005).

1.2 Epidemiologia da transmissão vertical

A transmissão vertical do vírus HIV (mãe para filho) é um problema de saúde pública mundial e muitos esforços mundiais e nacionais vêm surgindo na tentativa de controlá-la. Cerca de 1600 lactentes são infectados com o vírus HIV a cada dia no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento (Nogueira, 2001).

A transmissão mãe-filho é a principal forma de infecção nas crianças. Segundo o relatório da UNAIDS de 2005, havia neste ano em torno de 2.3 milhões de crianças abaixo de 15 anos de idade vivendo com o vírus HIV no mundo. Neste mesmo ano, em torno de 700.000 crianças abaixo de 15 anos foram infectadas, sendo que destas possivelmente 90% por via vertical. A mesma fonte ressalta que aproximadamente meio milhão de crianças abaixo de 15 anos morreram em decorrência da AIDS em 2005.

No Brasil, praticamente todos os casos (90%) existentes de AIDS em menores de 13 anos, são provenientes de infecção via transmissão vertical do HIV. Em 2004, do total de casos de AIDS em indivíduos menores de 13 anos de idade notificados no Brasil, 83,6% ocorreram por transmissão vertical, 8,6% por contato heterossexual, 0,8% por transfusão sanguínea e 7% de causa ignorada (MS, 2004).

A chance de transmissão vertical do HIV ocorre em 25 a 40% dos partos de mãe HIV positivas, nos quais, nenhuma medida profilática foi realizada. Segundo o Ministério da Saúde, a maioria dos casos de HIV/AIDS notificados está na faixa etária de 20-39 anos - faixa de maior período reprodutivo da mulher. Isto permitiu que houvesse um aumento na transmissão vertical do HIV (MS, 2004).

O momento da transmissão é variável e importante para que as medidas de prevenção sejam instaladas. Estudos mostram que a transmissão do HIV pode ocorrer intraútero (em torno de 65%) e peri-parto (em torno de 35%). A transmissão intraútero acontece através da penetração do vírus via placenta ou infecção do líquido amniótico via ruptura das membranas. A presença do vírus no cordão umbilical indica que a transmissão ocorreu intraútero. Se o vírus só for encontrado no período pós-natal, isto indica que a contaminação ocorreu pelo contato de secreções e/ou sangue materno durante o parto. A amamentação funciona como um risco adicional de transmissão de 8 a 25% (CDC, 2004).

Há alguns fatores que são identificados como influenciadores no aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. Estes fatores são divididos em algumas categorias: a) fatores virais: como carga viral, genótipo e fenótipo viral, diversidade de anticorpos circulantes na corrente sanguínea e resistência viral; b) fatores maternos: como o estado clínico e imunológico; presença de DST e outras co-infecções e o estado nutricional da

mulher; c) fatores comportamentais: como o uso de drogas e práticas sexuais desprotegidas; d) fatores obstétricos: como a duração da ruptura das membranas, via de parto e presença de hemorragia; f) fatores do recém-nascido: como prematuridade, baixo peso ao nascer e aleitamento materno. Dentre estes, sabe-se hoje que a elevada carga viral e a ruptura prolongada das membranas constituem os principais fatores para o alto risco de transmissão vertical do HIV (CDC, 2004).

A determinação dos momentos de transmissão e dos seus respectivos riscos é extremamente importante para a criação de medidas de controle e também de monitorização destas medidas. Um protocolo internacional criado pelo *AIDS Clinical Trial Group* em 1994, o Protocolo 076, instituiu medidas de prevenção que reduziram em 70% o risco de transmissão vertical quando realizada a quimioprofilaxia com AZT e a não-amamentação (CDC, 1994). A conduta preconizada inicialmente com o uso de AZT envolve três etapas: iniciar o AZT para a gestante HIV positiva da 14^o a 34^o semana de gestação; a administração de AZT intravenoso na gestante no momento do parto e o uso de AZT oral para o recém-nascido até a sexta semana de vida (Connor EM et al, 1994). Outros estudos mostraram que as medidas de prevenção apenas no parto e no puerpério permitiram a redução da transmissão do HIV em 50% (Shaffer N *et al*, 1999).

Dados do Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (SISPRENATAL) e estimativas do uso do AZT no país, mostram uma baixa testagem nas gestantes durante o pré-natal, ou seja, em torno de 40 %. Conseqüentemente, a testagem realizada no momento do parto traz importantes benefícios para a conduta e detecção da infecção.

As medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV no Município do Rio de Janeiro, desde 1996 têm provocado uma queda significativa da taxa de transmissão em níveis de 3%. Por outro lado, ainda há muito a ser concretizado no âmbito operacional, como: a agilidade do resultado, a garantia do aconselhamento pré testagem e a capacitação dos profissionais envolvidos com o pré-natal e com o momento do parto (SMS/RJ,2005).

1.3 Medidas de controle para prevenção da transmissão vertical

Diante destas questões de grande importância médica e social foram instituídas no Brasil portarias que garantem uma maior cobertura das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV. Em 2002, foi instituído no âmbito do SUS, o “Projeto Nascer” com o objetivo de reduzir a transmissão vertical do HIV.

Para que ocorra a prevenção da transmissão vertical do HIV é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS, 2001) que as seguintes atividades sejam realizadas pelos serviços:

1. Oferecer o teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes nos serviços de pré-natal, devendo a testagem ser sempre voluntária e confidencial;
2. Oferecer teste rápido anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as parturientes não aconselhadas e testadas durante o pré-natal, ou sem pré-natal, devendo a testagem ser igualmente sempre voluntária e confidencial;
3. Ministras as gestantes HIV positivas o AZT oral (a partir da 14ª semana); o AZT IV nas parturientes, durante o trabalho de parto até o clameamento do cordão umbilical, e AZT solução oral por seis semanas ao recém-nascido;
4. Aconselhar a gestante/puérpera: a não amamentar e prescrever a fórmula infantil e outros alimentos de acordo com a idade da criança;
5. Oferecer meios para facilitar a não-amamentação (inibidor de lactação ou faixas);
6. Orientar a mulher quanto a um acompanhamento especializado.

Essas atividades são usualmente agregadas no modelo lógico da intervenção. O modelo lógico é uma ferramenta utilizada para visualizar a intervenção e as suas dimensões de forma didaticamente facilitada.

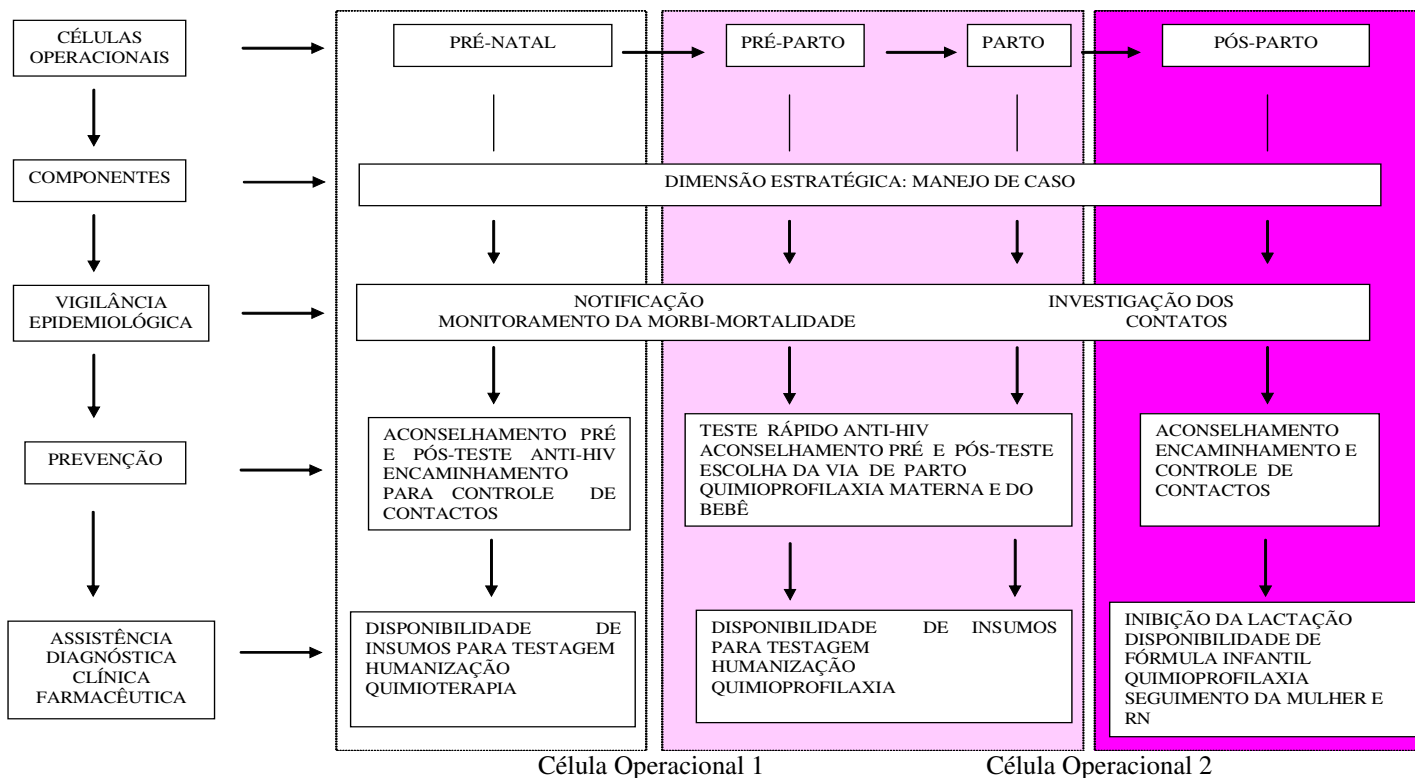
O modelo lógico é basicamente uma forma sistemática e visual de apresentar e compartilhar as relações existentes entre os recursos disponíveis, as atividades planejadas e as mudanças que são esperadas alcançar com estas atividades (Kellogs, 2001).

O modelo lógico pode ser dividido em dois grandes momentos e dentro destes os seus subcomponentes. O primeiro momento é o trabalho que foi planejado para resolver a situação problema que o programa ou a intervenção deveriam solucionar. O trabalho planejado descreve os recursos supostamente necessários para implementar o programa e as atividades ou processos que se pretende realizar. Os subcomponentes são os recursos ou insumos do programa e as atividades. Insumos abrangendo os recursos humanos, financeiros e organizacionais que estão disponíveis ou que deveriam estar. As atividades do programa correspondem ao que o programa faz com os seus recursos, seus processos, seus eventos, suas tecnologias e suas ações (Kellogs, 2001).

O segundo momento do modelo lógico compreende as mudanças esperadas em consequência do trabalho que foi planejado e executado. Os subcomponentes são os produtos, os resultados e os impactos. Os produtos são as consequências diretas das atividades do programa. Os resultados são na verdade as mudanças específicas que o programa deseja alcançar. Esses resultados ainda podem ser separados em resultados a curto prazo e os a longo prazo. Eles também são referidos como resultados intermediários e finais, respectivamente (Kellogs, 2001). Os impactos são as intenções fundamentais de mudança e mudanças não intencionais que ocorrem nas organizações, comunidades ou sistemas como consequência das atividades do programa (Kellogs, 2001).

Nesse estudo nos concentraremos numa revisão das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV pertinentes ao momento do pré-parto, parto e pós-parto imediato que devem ocorrer na maternidade. As ações de controle da transmissão vertical são realizadas com a mãe, portanto, visam o manejo adequado da gestante vivendo com HIV, visando à prevenção do caso na criança.

O modelo lógico apresentado a seguir foi desenvolvido pelo projeto de Avaliação do “Projeto Nascer” descrito previamente. Nesse modelo lógico são ressaltados dois momentos operacionais: o momento do pré-parto e parto, célula operacional 1, e o momento do pós-parto imediato, célula operacional 2. Na célula operacional 1 estão descritos os momentos do pré-parto e do parto, e as atividades de prevenção e de assistência diagnóstica, clínica e farmacêutica inseridas neste momento que serão motivos do estudo. Na célula operacional 2 está ressaltado o pós-parto imediato, que inclui as atividades de assistência mais focalizada no recém nascido exposto ao vírus (MS, 2004). As atividades dos profissionais de saúde realizadas nesses momentos operacionais e os dilemas que envolvem a realização dessas medidas é o foco dessa dissertação.

MODELO LÓGICO DE PROGRAMA: CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV**OBJETIVO:** REDUZIR AS TAXAS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV**OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS:** AUMENTAR O ACESSO A DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA O HIV DE GESTANTES NO PRÉ-NATAL E PARTO
AUMENTAR O ACESSO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AOS BEBÊS NASCIDOS M RISCO PARA O HIV

Fonte: Projeto Avaliação do Projeto Nascer-Maternidade

Foi instituído no país em 2000 O Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento, o PHPN. O objetivo desse programa é o de resgatar o conceito de atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada. Toda a gestante tem o direito ao acesso e ao atendimento digno de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Isso pode ser alcançado através da organização de rotinas, melhoria de procedimentos e estruturas físicas, assim como a progressiva incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (MS, 2000).

A concepção de humanização do parto deve ser inerente e permear todas as atividades do momento do parto inclusive as atividades de prevenção da transmissão vertical do HIV. Reconhecer os momentos de dificuldade para a realização de um atendimento humanizado é essencial para a melhoria do programa.

As ações preventivas da transmissão vertical do HIV iniciam-se na maternidade com o acolhimento e com o aconselhamento para a realização do teste rápido. O teste anti-HIV é sempre voluntário e confidencial e deve ser oferecido a todas as gestantes independente do seu risco de infecção no início do seu pré-natal.

O aconselhamento engloba diversas ações que antecedem o teste, o próprio teste e ações que são realizadas após o resultado. O processo de aconselhamento envolve a escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa envolvida. Ter acesso às ações de aconselhamento é um direito de toda gestante, logo é um dever do profissional de saúde realizá-lo e dos gestores a responsabilidade de gerar condições necessárias para que isso ocorra na rotina do serviço.

Segundo o Manual de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS (2000) o processo de aconselhamento é “um processo de escuta ativa, individualizado e centrado na pessoa. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação”.

Conseqüentemente, o aconselhamento por requerer tempo hábil para ser realizado deve ocorrer durante o pré-natal. Mas muitas gestantes chegam ao momento do parto sem o teste anti-HIV por diversas razões: não realizaram o teste mesmo tendo realizado o pré-natal, realizaram o teste durante o pré-natal, mas não receberam o resultado ou não realizaram pré-natal.

O momento do parto geralmente compreende instantes agitados, corridos e de decisões rápidas por parte dos profissionais de saúde. Logo, não é o melhor momento para a realização do aconselhamento do teste anti-HIV, mas dadas às circunstâncias de intervir a tempo de reduzir significativamente a chance de a criança contrair o HIV, ele deve ser realizado. Cabe então ressaltar que, esse teste deve ser solicitado mediante o consentimento verbal da parturiente, estando à mesma, ciente do teste solicitado, o seu caráter voluntário e confidencial.

Conhecendo o estado sorológico da gestante e este sendo positivo, a escolha da via de parto continua a ser um tema polêmico e controverso no meio clínico, no que diz respeito à prevenção da transmissão vertical do HIV. De acordo com a imunopatogenia do HIV e com base em alguns estudos, muitos passaram a indicar a cesárea eletiva para as pacientes soropositivas. Alguns clássicos estudos mostraram que pelo menos 40% e, às vezes, até 80% das transmissões do vírus HIV ocorrem durante ou próximo ao peri-parto. (The European Mode of Delivery Collaboration, 1999), conseqüentemente, a cesárea pode diminuir estas taxas.

Diversos trabalhos (Kind et al,1998; Magder et al, 2005) mostraram diminuição na taxa de transmissão de crianças nascidas de cesárea eletiva comparada a crianças nascidas de parto vaginal de mães soropositivo. Alguns desses trabalhos científicos não demonstraram o

aumento de complicações no parto das gestantes soropositivas submetidas à cesárea em comparação às gestantes soro-negativas submetidas ao mesmo procedimento.

Mesmo com estudos (Read et al, 2005; Panburana et al, 2004) e evidências de que a cesárea pode diminuir o risco de transmissão de HIV para o recém-nascido no momento do parto, ainda há dúvida se este benefício adicional ultrapassa os riscos de complicações da cesariana para a mulher soropositivo.

Os critérios de escolha para a via de parto pela rotina do Ministério da Saúde dependem da carga viral da gestante soropositivo. Sendo a data da aferição da carga viral maior ou igual à idade gestacional de 34 semanas, a indicação de cesárea eletiva ocorrerá quando a gestante tiver o número maior ou igual a 1.000 cópias ou quando for carga viral desconhecida. Para as pacientes com carga viral menor que 1.000 cópias ou indetectável a via de parto deve seguir a indicação obstétrica. Quando a aferição da carga viral for realizada antes de 34 semanas de gestação deve ser considerado no momento do parto como carga indetectável e conseqüentemente seguir a indicação obstétrica da via cesariana.

Os profissionais de saúde devem após avaliar a gestante fornecer informações sobre os riscos e benefícios da via de parto escolhida. A via cesariana seria uma boa escolha no caso da mãe HIV positiva quando a carga viral é conhecida e alta, a dilatação cervical é de três a quatro centímetros e as membranas amnióticas estão íntegras. A operação cesariana deve ser planejada e eletiva, o uso de AZT venoso deve respeitar o período de três horas antes do clampamento do cordão independente da via de parto e conforme as recomendações técnicas (Read, 2005).

A indicação da via cesariana para o parto nas gestantes soropositivas é uma rotina que traz diversas discussões nas maternidades de todo o país. Como veremos nas entrevistas realizadas com os profissionais da maternidade em estudo, este foi um dos temas mais polêmicos quanto à abordagem da prevenção do HIV vertical no momento do parto. Principalmente, porque muitas gestantes chegam no momento do parto sem a carga viral, quando lhes é oferecido o teste rápido, não sendo possível naquele momento a detecção da carga viral.

Após a realização do acolhimento, aconselhamento e teste rápido, sendo este resultado positivo, o esquema profilático de droga antiretroviral é instalado na mãe conforme descrito anteriormente e a escolha da via do parto considerada de acordo com riscos e benefícios em cada caso. A profilaxia antiretroviral conforme citada previamente é recomendada a partir da 14^o semana de gestação e a droga utilizada é o AZT.

A inibição da lactação constitui a medida de prevenção no pós parto que requer atenção e cuidado por parte dos profissionais de saúde. Como descrito no modelo lógico, a inibição da lactação e o aconselhamento da alimentação do lactente são as atividades que envolvem as células operacionais da prevenção e da assistência. Pelas recomendações do Projeto Nascer, a soro positividade da gestante constitui condição para contra-indicar a amamentação. O risco de infecção pelo leite materno é elevado, agindo como um risco adicional de 7 a 22%, e isso sendo renovado a cada exposição, conseqüentemente, quanto mais à criança mama, maior será seu risco de infecção (Peters et al, 2004). Quando a amamentação tiver sido iniciada antes do diagnóstico, deverá ser suspensa se a mãe for diagnosticada positiva.

A contra-indicação da amamentação das gestantes soropositivas é uma política preconizada no Brasil não só porque há indícios na literatura (Tess et al, 1998; Bulterys et al, 2000) de que ocorre a transmissão do vírus pelo leite materno, mas porque há como prover substitutos do leite para a alimentação do recém nascido exposto. A OMS (WHO/UNAIDS, 2003) estipula alguns critérios para que seja possível contra-indicar a amamentação, e há a necessidade de que todos esses critérios estejam presentes para que o profissional de saúde ou o serviço de saúde possa contra-indicá-la.

Entre outras condutas das normas estão: a responsabilidade de informar sobre as diferentes maneiras de supressão do leite materno, ajudar e apoiar as mulheres HIV positivas na busca de alegações para a não amamentação com o objetivo de reduzir o estigma familiar e social, treinar e capacitar a equipe quanto à preparação da alimentação artificial. Fornecer o leite artificial e agendar a consulta para acompanhamento tanto para a mãe HIV positiva quanto para a criança exposta ao vírus.

Segundo as normas do Ministério da Saúde, não cabe ao profissional de saúde proibir o aleitamento materno para as mães que decidiram não realizar o teste. A contra-indicação ao aleitamento materno deve ser realizada com base em um diagnóstico positivo de HIV. Logo para a gestante que chega a maternidade sem o teste anti-HIV e é aconselhado, oferecido e realizado o teste rápido, mas que ainda está sem resultado após o nascimento da criança, não é dever do profissional de saúde contra indicar a amamentação. Estes cuidados que envolvem o atendimento da gestante no serviço e a forma como as medidas de prevenção serão executadas fazem parte da iniciativa de humanização do parto (MS, 2004).

O profissional de saúde recebe no serviço diferentes portarias e recomendações que podem entrar em conflito umas com as outras e dificultar o cumprimento destas. Em relação a amamentação tem sido realizada uma intensa campanha de estímulo nos últimos anos.

No Brasil diversas maternidades têm contribuído para melhorar a adesão das púerperas à amamentação através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Uma atenção especial deve ser dada às maternidades que, além de abrigar as normas do Hospital Amigo da Criança, também assistem mulheres soro positivas ou que funcionam como serviço de referência para gestantes HIV positivas. As normas e diretrizes dessas duas rotinas devem ser seguidas visando a melhor alternativa para promover a saúde do recém nascido (MS, 2004).

A idéia de que “mãe boa é aquela que amamenta” tem criado resistências a contra-indicação a amamentação recomendada para as mães soropositivas em muitos serviços onde a Iniciativa Amigo da Criança está bem implantado. Para muitos profissionais a coexistência de programas tão polares em suas ações pode trazer dificuldade na execução do que tem sido preconizado.

Segundo o Ministério da Saúde (2004) algumas normas devem ser seguidas para que a rotina de estímulo à amamentação não interfira negativamente na rotina de contra-indicação da amamentação nas púerperas soropositivas, e vice e versa. Entre estas normas, estão: promover e proteger os dez passos do Hospital Amigo da Criança, treinar e habilitar equipe multiprofissional em aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, treinar e habilitá-la sobre alimentação infantil, assegurar o vínculo com sua mãe na sala de parto (pele-pele), manter a mãe HIV positiva e filho em alojamento conjunto 24 horas por dia e oferecer opções seguras de oferta da alimentação artificial.

A inibição da lactação e a substituição do leite materno são momentos que devem estar sincronizados com outras atividades de prevenção como a solicitação do teste rápido, seu resultado e profilaxia antiretroviral. O profissional deve reconhecer e realizar as atividades de prevenção sem sacrificar a humanização do parto.

A inibição da lactação pode ser realizada com medidas farmacológicas e clínicas. A compressão mecânica das mamas através do enfaixamento pode inibir a lactação em torno de 80% se mantida por sete a dez dias. No entanto, existem mulheres que necessitam de medidas farmacológicas. A provisão do inibidor farmacológico da lactação às gestantes está prevista pelo “Projeto Nascer”, que deve ser comprado pela maternidade e que será restituído pelo SUS (MS, 2001).

Para não ser criada uma situação extremamente penosa e constrangedora para a mãe e para os serviços de saúde, a logística do teste rápido deve ser literalmente e suficientemente rápida a fim de permitir o diagnóstico de HIV durante o trabalho de parto e não depois. O constrangimento de liberar a amamentação antes de ter o resultado do teste rápido e depois contra indicá-la foi descrito por alguns profissionais como algo que os leva a nunca liberar o

seio materno quando não há o resultado do teste. Trabalhar com protocolos, rotinas e diretrizes referentes a um mesmo objeto, que no caso é o momento do parto, mas criados por grupos diferentes, com objetivos diferentes, e algumas vezes em épocas diferentes é um desafio para os profissionais de saúde envolvidos. Há a necessidade de criar meios de incorporar as diferentes políticas e recomendações através de formas mais práticas de ação.

As diferentes atividades propostas no programa de controle da transmissão vertical do HIV têm como objetivo principal reduzir a taxa da transmissão. Conhecer os fatores que influenciam diretamente ou indiretamente a taxa de transmissão vertical nos permite identificar e criar as melhores formas de abordagem. O profissional de saúde responsável por realizar essas atividades deve compreender não só suas responsabilidades diretas, mas todo o programa de controle (MS, 2001).

CAPÍTULO II

Prevenção da Transmissão Vertical do HIV – Recomendações Internacionais

A prevenção da transmissão vertical do HIV é um ponto crucial para a prevenção primária da infecção pelo HIV dos filhos de mães soropositivas. Abordar a transmissão vertical é ter a oportunidade de diagnosticar uma mulher, prevenir a infecção no seu filho e ainda ter a chance de alcançar parceiros e toda sua família com a prevenção e suporte.

Os componentes chaves da prevenção são os serviços de planejamento familiar, a provisão de drogas antiretrovirais para gestantes e recém nascidos, fornecer opções de parto seguro, aconselhamento sobre a alimentação do lactente exposto e o suporte geral da mãe, da criança e da família (UNAIDS, 2005). Os obstáculos para expandir a prevenção ainda são muitos (serviço de pré-natal inadequado, baixo conhecimento do status sorológico das gestantes, estigma, discriminação, acesso e uso inadequado da profilaxia com antiretrovirais), mas os desafios de superá-los têm impulsionado diversas propostas, políticas e projetos.

2.1 Programas de Prevenção da transmissão vertical do HIV

Algumas das principais instituições de atuação internacional no combate à aids desenvolveram propostas de prevenção da transmissão vertical. Os componentes que norteiam os programas de prevenção e controle são semelhantes, mas algumas diferenças podem ser ressaltadas. Para que estes programas possam ser efetivos eles devem estar inseridos em um contexto sociocultural de acordo com cada localidade visada. A capacidade de um programa ser efetivo ou não também depende da sua implantação e sustentabilidade no país em questão.

Em junho de 2002 o Governo Americano lançou o plano emergencial de apoio contra a aids (The President's Emergency Plan for AIDS Relief – PEPFAR) fornecendo recursos em torno de 500 milhões de dólares para combatê-la na África e no Caribe. Este projeto foi integrado ao Global Aids Program (GAP), programa mundial de aids, que é um recurso de 15 bilhões de dólares para ajuda em cinco anos na luta contra o HIV/aids ao redor do mundo.

Uma segunda política internacional de apoio à prevenção da transmissão vertical é o “Projeto Chamado para a Ação” (The Call Action Project – CTA) criado pela Fundação de Aids Pediátrica Elizabeth Glaser e iniciado em setembro de 1999. Este projeto é uma parceria entre instituições públicas e privadas (como a Fundação Gates) que atua em torno de 19 países no mundo, sendo que 12 são na África. Em 2002 este projeto se filiou a UNAIDS com o objetivo de ampliar seu alcance.

O *MTCT plus* (mother-to-child transmission plus) é uma iniciativa que começou em 2002 e é coordenado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia nos Estados Unidos da América. Este projeto tem como objetivo principal prover cuidado especializado para as mulheres infectadas, seus parceiros e filhos. Os recursos destes projetos vêm basicamente de fundações privadas.

Pela ONU foi criado o grupo de diferentes agências internacionais para o combate da transmissão vertical do HIV. O *UN Interagency Task Team on MTCT - IATT* (Grupo de diferentes agências da ONU em relação à transmissão vertical do HIV) envolve UNICEF, UNFPA, WHO, World Bank e UNAIDS. Este grupo trabalha com os governos de diferentes países em desenvolvimento com o objetivo de auxiliar a implantação de programas de prevenção.

O Fundo Global (The Global Fund) é uma política de parceria pública e privada de combate à aids, tuberculose e malária que destina recursos em diversos países do mundo para programas de prevenção e tratamento dessas patologias (UNICEF, 2003).

Nos parágrafos seguintes abordaremos as propostas de programas de prevenção da OMS, CDC, UNICEF, ressaltando as similaridades e as diferenças quanto aos diferentes componentes da prevenção da transmissão vertical.

As Nações Unidas na sessão especial da Assembléia Geral em HIV/aids em junho de 2001, com os governos de 189 países, adotaram a declaração de compromisso em HIV/aids para uma ação nacional e internacional contra a pandemia.

Uma das metas estabelecidas foi reduzir a proporção de crianças infectadas com HIV no ano de 2005 em 25% e cinco anos mais tarde (2010) em 50%. Isto seria alcançado através da promoção do acesso de 80% das gestantes ao pré-natal, aconselhamento, do aumento do acesso a drogas antiretrovirais para profilaxia de gestantes soropositivas e recém-nascidos. E dependendo da realidade local e dos critérios para substituição do leite materno, contraindicar a amamentação (OMS, 2004).

Para a OMS as intervenções devem ser direcionadas para atingir quatro grupos estratégicos de mulheres (OMS, 2004):

a) As mulheres em geral: deve ser proposta a prevenção da infecção ao HIV para todas as mulheres para diminuir o número de mulheres soropositivas em idade fértil, conseqüentemente, reduzindo o número de gestantes soropositivas e recém nascidos expostos.

Os programas de prevenção de diferentes países mostram que uma atuação ampla com diferentes abordagens e estratégias apresentam uma melhor resposta, ressaltando-se que as intervenções isoladas não parecem ser suficientes para uma prevenção eficaz. A OMS, assim

como o CDC, promove as abordagens de práticas sexuais seguras da abstinência sexual, monogamia e uso da camisinha. Estas recomendações de práticas sexuais seguras devem ser trabalhadas de acordo com o contexto cultural e social de cada país.

b) As mulheres soropositivas: prevenir as gestações indesejáveis. A maioria das mulheres soropositivas dos países em desenvolvimento não sabem o seu status sorológico, consequentemente a testagem com pré e pós-aconselhamento são essenciais para que este grupo seja mais esclarecido. Mesmo havendo indícios de que a fertilidade diminui com o progresso da doença, o planejamento familiar deve ser reforçado para todas as mulheres, inclusive, para as soropositivas.

c) As gestantes soropositivas: prevenir a transmissão do vírus HIV para os recém nascidos e para os lactentes. Há um conjunto de intervenções específicas que são oferecidas para as gestantes soropositivas. Incluindo as drogas antiretrovirais, práticas seguras de parto, aconselhamento e suporte na alimentação artificial. O aconselhamento e a testagem são umas questões chaves para promover o conhecimento do status sorológico para que as medidas de prevenção sejam realizadas no tempo proposto e hábil.

O esquema de profilaxia com drogas antiretrovirais a ser escolhido deve ser realizado de acordo com a realidade nacional levando em conta a eficácia, a capacidade de ser realizado, a aceitabilidade e o custo.

A cesárea eletiva pode ajudar em diminuir o risco de transmissão vertical do HIV, no entanto, esta intervenção pode não ser apropriada em algumas localidades, por causa do risco de complicações. Os procedimentos invasivos como ruptura de membranas e episiotomia podem aumentar o risco de transmissão por isso devem ser evitados.

A amamentação aumenta o risco de transmissão de 5 a 20%, mas, por outro lado, a criança que não recebe leite materno está exposta a um risco de desnutrição e outras doenças infecciosas. Ser capaz de avaliar os riscos e benefícios diante destas questões é muito difícil. Por esta razão, um conjunto de fatores e condições determinará a conduta em relação à alimentação do recém-nascido e lactente. A amamentação deve ser inibida quando o substituto do leite materno é aceitável, acessível, sustentável e seguro. Se algumas destas características não estão presentes, então, a amamentação deve ser recomendada durante os primeiros meses de vida (OMS, 2004).

d) Mães soropositivas e crianças e familiares: promover cuidado e suporte. A criação de interação entre o programa de prevenção da transmissão vertical do HIV e outros programas é essencial para que os cuidados sejam prestados integralmente (profilaxia, esquemas antiretrovirais, exames, questões econômicas, sociais e outros).

O CDC (Centers Disease Control) criou um manual de treinamento em programas de prevenção da transmissão vertical do HIV. Este material foi testado em países pilotos e tem o objetivo de auxiliar o país na construção e implementação de um programa de prevenção e controle na transmissão vertical (CDC, 2005). Seguindo a proposta da OMS, o CDC recomenda que os programas devam compreender quatro componentes: a prevenção primária, a prevenção de gravidez indesejada na mulher HIV positiva, a prevenção da transmissão do vírus HIV de gestantes soropositivas para os seus filhos e o suporte para a criança, mãe e família (CDC, 2005).

Uma das principais atividades recomendadas para a prevenção primária é a realização de práticas sexuais seguras e responsáveis. A polêmica abordagem ABC (A = abstinência; B = ser fiel (be faithful); C = usar camisinha (condom use)) é anunciada como uma ferramenta no controle da prevenção primária do HIV. A distância dessa proposta das diferentes realidades socioculturais pode trazer dificuldade de implantação e perpetuação desta recomendação. Por envolver valores culturais do indivíduo, cada país deve ser capaz de assimilar o que pode ser feito e ajustar de acordo com a sua perspectiva social e cultural (CDC, 2005).

Outras atividades relacionadas à prevenção primária são: fornecimento de camisinhas, oferecer o diagnóstico precoce e tratamento das DSTS, prover aconselhamento e testagem para HIV de forma abrangente e aconselhamento para as mulheres que são HIV negativo.

O componente da prevenção de gravidez indesejada na mulher HIV positiva abrange basicamente duas atividades principais: o planejamento familiar e a provisão de uma anticoncepção segura e eficaz. A interrupção precoce da gestação pode ser uma conduta a ser tomada quando for da vontade da gestante e onde o procedimento for seguro e autorizado pelas autoridades locais (CDC, 2005).

A prevenção da transmissão do vírus HIV de gestante soropositivas para os seus filhos deve incluir atividades relacionadas a intervenções específicas de aconselhamento e testagem para as gestantes durante o pré-natal, o uso de antiretrovirais como tratamento e profilaxia, a execução de práticas seguras de parto e a realização de práticas seguras de alimentação do recém-nascido e do lactente.

Em 1999 a UNAIDS, a UNICEF e OMS criaram a *Inter Agency TASK Team on Prevention of HIV transmission in pregnant women, mothers and their children (IATT)*. O objetivo desse grupo é coordenar, liderar e guiar os países nos seus programas de controle da transmissão vertical.

Para esse grupo os componentes do programa de prevenção da transmissão vertical, tanto nos serviços de pré-natal quanto nas maternidades, percorrem as abordagens descritas anteriormente nos programas do CDC e da OMS isolada, mas possuem quatro focos específicos: o aconselhamento e testagem, a promoção do esquema rápido com antiretrovirais, a inibição e reposição da lactação e o envolvimento dos parceiros masculinos.

Para cada um destes focos há atividades e ações recomendadas que podem e devem ser colocadas em práticas de acordo com cada realidade local.

Em relação ao aconselhamento e testagem o grupo recomenda que deve ser criada uma mobilização da comunidade para que seja possível dar a noção de que o teste é oferecido rotineiramente no pré-natal. A recomendação é a de promover a educação da comunidade sobre a transmissão vertical e como preveni-la. As informações sobre os direitos à testagem e ao seu resultado devem fazer parte da rotina no pré-natal e ser acompanhado do fornecimento de informações à mulher sobre o HIV, transmissão e prevenção. O aconselhamento pré-teste, o teste em si e o aconselhamento pós-teste devem ser realizados de preferência no mesmo dia para não perder a oportunidade junto às gestantes.

O componente de maior diferença do IATT para as outras propostas de políticas em transmissão vertical do HIV está no foco que é dado ao envolvimento e suporte para os homens. Na maioria dos países o envolvimento masculino e o suporte dado aos homens são críticos para melhorar o entendimento das questões chaves dos serviços e ações dos programas da prevenção da transmissão vertical do HIV. O envolvimento masculino e o suporte masculino também são vitais para a melhoria da prevenção primária. Algumas atividades são propostas para que esse envolvimento masculino seja maior e que resulte em uma resposta mais efetiva dessa questão. Achar um modo de informar e educar a comunidade e os líderes masculinos sobre prevenção da transmissão vertical do HIV. Aconselhar, orientar casais, criar meios de referência dos parceiros masculinos para clínicas de testagem e programas para homens jovens são alguns outros exemplos de atividades para a participação do homem nos programas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

Há em diferentes países, tentativas de otimizar a participação masculina na prevenção da transmissão vertical do HIV e na prevenção primária do HIV. Uma das atividades na região de Thyolo em Malwi foi reconhecer a popularidade do rádio nas áreas rurais. O programa de prevenção da transmissão vertical do HIV desse país utiliza esse recurso para informar os homens o controle e a prevenção. (Budendwa, 2002). Na Índia, o programa de prevenção da transmissão vertical do HIV dá para a mulher um cartão de referência da clínica

de testagem, para que o marido aprenda acerca da prevenção primária do HIV e da transmissão vertical e que vá a uma clínica de testagem (Sarna, 2002).

No Brasil, o projeto PAPAI em Recife espera educar os homens jovens sobre a reprodução e saúde e mostrar o seu importante papel na criação de seus filhos. As formas utilizadas são materiais impressos e o contato pessoal com estes jovens (UFPE, 2005). Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro há uma parceria com o Instituto Promundo com programas de valorização da paternidade. O “Programa H” promovido por esse grupo promove oficinas e de discussão e reflexão sobre os custos da masculinidade tradicional com grupos de homens jovens.

Alguns países enfrentam o problema da implementação dos seus programas de prevenção. Não basta a criação destes programas de prevenção da transmissão vertical do HIV, e sim, desenvolver esforços capazes de implementar esses programas. A identificação de barreiras na implementação e a superação das mesmas são fundamentais para articular e praticar atividades de controle e prevenção.

A Tailândia implementou uma política nacional para prevenir a transmissão mãe-filho do HIV baseada em uma rotina de aconselhamento e testagem voluntária na gestação, o esquema rápido com o Zidovudina (AZT) e a substituição do leite materno por fórmulas próprias para a alimentação dos lactentes sem custo para as famílias. Dados de estudos clínicos e programas pilotos indicam que o risco de transmissão vertical na Tailândia é de menos de 10% com essas intervenções. Esse valor evidencia um risco reduzido de 30% sem as mesmas intervenções. Dados do programa nacional de controle de transmissão vertical neste país mostram que quase 70% das gestantes soropositivas usaram AZT em 2001. Mesmo com dados impressionantes, este avanço pode ainda melhorar identificando-se as barreiras da implementação do programa (Teeraratkul et al, 2005).

2.2 As peculiaridades da profilaxia antiretroviral e da contra indicação da amamentação

Das recomendações e propostas dos programas de prevenção da transmissão vertical do HIV provenientes das diferentes agências, duas intervenções requerem uma discussão mais ampla no meio científico e trazem consigo questionamentos socioculturais e adaptações específicas para cada localidade: a profilaxia antiretroviral e a substituição do leite materno.

a) Profilaxia antiretroviral

A profilaxia antiretroviral está indicada para as mulheres que não ainda preenchem critérios para receber o tratamento com antiretrovirais, ou que sendo elegíveis para o tratamento não o recebeu por não ter acesso à medicação. Existem diversos esquemas de profilaxia recomendados, que diferem quanto sua eficácia, seus efeitos colaterais, custo e praticidade. Conseqüentemente, a escolha de um determinado esquema depende de conjunturas econômicas, políticas e de saúde pública local.

Segundo a OMS os protocolos de profilaxia de prevenção e controle de transmissão vertical devem abranger três componentes essenciais: a existência de protocolos para prescrição de anti-retrovirais (ARV) às gestantes e aos lactentes seguindo esquemas de acordo com a realidade de cada país e compactuado no nível nacional e internacionalmente: promover aconselhamento sobre os ARV, sendo capaz de explicar a importância da adesão e os efeitos colaterais esperados; promover a aderência ao esquema ARV ao fornecer as doses completas na 34ª semana de gestação, anotar a ingestão da dose intraparto, treinar os profissionais do parto, usar cartões mostrando as drogas ARV e disseminar os protocolos para as maternidades (WHO/CDC, 2003).

O CDC recomenda como primeira escolha de profilaxia que é o esquema utilizado pelos países desenvolvidos, o uso de zidovudina (AZT) iniciando na 28ª semana de gestação ou assim que possível (depois desta época) e intraparto a cada três horas até o parto. Uma dose a mais de AZT oral no momento do parto para a mãe. E para o recém nascido uma dose única de xarope de AZT imediatamente após o parto e AZT xarope por sete dias (CDC, 2005).

Existem outras opções de esquemas profiláticos recomendados pelo CDC para o momento do parto:

1. AZT iniciando-se com 28 semanas de gestação ou assim que possível (depois desta época). AZT no início do parto e cada 3 horas até o parto. E para o recém nascido AZT duas vezes ao dia por sete dias.
2. Quando a mãe não recebeu nenhuma profilaxia: nevirapina (NVP) logo após o parto e AZT xarope para o recém-nascido por sete dias. Se o AZT xarope não estiver disponível, oferecer o xarope de NVP por 72 horas.
3. NVP dose única no trabalho de parto. Dose única de NVP xarope para o recém-nascido imediatamente após o parto.

4. Esquema com AZT e lamivudine (3 TC). Oferecer a mãe AZT e 3 TC a partir da 28ª semana de gestação. AZT a cada três horas e 3TC a cada 12 horas no intraparto até o parto. Oferecer no pós-parto para mãe o AZT e o 3TC por sete dias. Oferecer para o recém-nascido xaropes de AZT e 3TC por sete dias.

A percepção de uso de ARV é definida como a proporção de gestantes HIV positivas que receberam ARV do programa de controle da transmissão vertical, o que ainda é muito baixo. Os programas estão perdendo muitas oportunidades de ministrar ARV nas clínicas de pré-natal, durante o parto e no recém nascido logo após o nascimento. Poucos programas têm estratégias para monitorar a ingestão de ARV uma vez que ele é disponibilizado.

Em um projeto de terapia antiretroviral em Soweto, África do Sul, os conselheiros das clínicas de testagem distribuíram nevirapina (NVP) durante o aconselhamento pós-teste para as mulheres que testaram positivo e que aceitaram a intervenção. Foi dado para cada mulher um pacote com instruções sobre o uso da droga e a dose do remédio. Isto permitiu que a mulher tivesse o anti-retroviral no momento do parto, independentemente do local em que este fosse efetuado.

Se no momento do parto a mulher tivesse esquecido a sua dose então era fornecida outra dose nos locais onde estivesse disponível. Após o parto e a vacinação de BCG e pólio o bebê recebia sua dose de xarope de NVP. Este protocolo foi modificado do anterior que esperava dar a medicação na visita da gestante com 36 semanas de gestação, o que nem sempre ocorria. De 57% das gestantes que receberam o ARV nos primeiros cinco meses do projeto, 88% relataram ter ingerido com sucesso a droga. (Oberzaucher and Baggaley, 2002).

Baseado nas evidências atuais e levando em conta a eficácia, o custo, a praticidade, o grupo do IATT (*Interagency Task Team on MTCT – mother-to-child transmission*) entende que o esquema rápido de AZT e a dose única de nevirapina são as melhores opções para prevenir a transmissão vertical nos países em desenvolvimento (UNICEF, 2003).

Protocolos de ARV pelo IATT

Esquema rápido de AZT	- 300mg de AZT duas vezes ao dia a partir da 36ª semana de gestação - 300 mg a cada três horas durante o parto Não é dada nenhuma droga nem para o recém-nascido nem para mãe no pós-parto.
Nevirapina (baseada no estudo HIVNET 012)	- 200mg de nevirapina para a mãe no momento do parto - dose única de NVP para o recém nascido com 72 horas de vida (2mg/kg do peso de nascimento).

O esquema com AZT reduziu em 50% a transmissão (Shaffer et al. 1999). O problema desse esquema está em mulheres que dão à luz antes de 38 semanas, sendo insuficiente o tempo de prevenção iniciado com 36 semanas ou, às vezes, nem é realizado.

O segundo esquema usa a nevirapina e está baseado no estudo HIVNET 012. Esse esquema reduziu em 44% a transmissão vertical (Guay et al. 1999). O regime HIVNET 012 compreende uma dose única oral de nevirapina dada para a mãe no momento do parto e uma dose única dada para a criança com 72 horas de vida e tem sido proposto como uma forma de profilaxia para as gestantes que desconhecem o seu status sorológico no momento do parto (Sint, 2005).

Um estudo realizado pela OMS e o CDC (2005) sugeriu que esse tipo de abordagem usado no esquema da NVP poderia, segundo os autores, aumentar a cobertura e a eficácia principalmente em locais sem recursos (baixo insumo), dificuldade de testagem e alta prevalência de mulheres HIV positivas, como por exemplo, a África subsaariana. Os autores sugerem então três tipos de abordagem do uso da Nevirapina:

- 1) A utilização focada que consiste em oferecer teste voluntário e aconselhamento para todas as mulheres, prover drogas ARV apenas para as gestantes HIV positivas e não fornecer ARV para as mulheres que não conhecem o seu status sorológico.

- 2) A utilização combinada que consiste no esquema AZT + NVP, quando a NVP é oferecida para todas as gestantes que não sabem o seu status sorológico (não foi oferecido o teste ou não quiseram realizar o teste ou ainda não receberam o resultado) e aos seus filhos. Esse oferecimento do antiretroviral deve ser realizado após o aconselhamento sobre os riscos da transmissão vertical e da droga. Deve ser oferecido o teste no pós-parto fazendo os encaminhamentos necessários para o acompanhamento e aconselhar sobre a amamentação da mesma forma do que para a mãe não infectada.

- 3) A utilização universal é propagada quando há uma incapacidade de realizar o aconselhamento e o teste. Deve ser informado o básico sobre HIV e sobre os riscos de transmissão vertical e os riscos e benefícios da nevirapina. Nesse tipo de regime a NVP é oferecida para todas as gestantes. A amamentação é aconselhada para todas as parturientes, pois a não amamentação em alguns países apresenta um risco maior de morte para os lactentes por desnutrição do que por aids.

Em Keemba, Zâmbia, as atendentes tradicionais do parto foram treinadas com o protocolo de ARV e são supridas com tais drogas (dose única de nevirapina no parto e a dose única do xarope para o recém nascido). Estas atendentes também são responsáveis pelo

encaminhamento dessas mulheres para registrar os seus filhos na primeira semana de vida (Horizons, 2001).

b) Substituição do leite Materno

Este é possivelmente o componente que requer uma maior demanda dos programas de prevenção da transmissão vertical do HIV. Os desafios constituem em mudar o comportamento dos profissionais de saúde e dar suporte para a mulher após o parto. Os protocolos atuais dizem que a substituição do leite materno deve ser aceitável, praticável, financeiramente possível, sustentável e segura, mas não dizem como fazer isso. As duas opções vigentes recomendadas são difíceis para a mulher: a amamentação exclusiva e a inibição total da amamentação (UNICEF, 2003).

Em um estudo realizado em Botswana, os conselheiros do programa de prevenção da TV são obrigados a realizar um curso de duas semanas em aconselhamento da alimentação do lactente e da criança (Programme Review Team 2002). Este tipo de atividade permite uma ampla divulgação para os profissionais de saúde na linha de frente da batalha no que se refere à contra-indicação e substituição do leite materno, quando possível.

A possibilidade de abordar a realidade local de cada país e criar alternativas para tornar a implementação do programa de prevenção da transmissão vertical mais viável é o que tem estimulado diferentes pesquisas na área. Pesquisadores no Zâmbia ajudaram a desenvolver alimentações apropriadas para o local tanto para as mães HIV positivas quanto para as mães HIV negativas. O estudo foi realizado através de grupo focais, entrevistas com informantes chaves e observação nas práticas de preparo da comida e da forma de alimentação. (UNICEF, 2003).

Segundo a UNICEF (2003) há alguns componentes essenciais que devem estar presentes nos programas de prevenção vertical do HIV em relação à amamentação são:

- a) Promover práticas apropriadas de alimentação do lactente nos centros de saúde e nas comunidades: Hospital Amigo da Criança, organizar visitas domiciliares, e grupos de suporte nas primeiras semanas pós-parto.
- b) Aconselhamento sobre a alimentação do lactente e o HIV: começar o aconselhamento sobre a alimentação do recém-nascido no período pré-natal, que deve ser baseado nos protocolos nacionais que serão adaptados às recomendações e padrões internacionais. Discutir a substituição do leite materno apenas na mulher testada para o HIV.

- c) Suporte nutricional para os lactentes que não estão sendo amamentados: prover fórmula ou comida local para o lactente para a substituição de acordo com protocolos nacionais.
- d) Acompanhamento no pós-natal.

As recomendações em relação à substituição ou não do leite materno são divididas em recomendações para mães que são soro positivas e recomendações para mães que desconhecem o seu status sorológico (WHO/UNAIDS, 2003). A OMS criou critérios que devem ser avaliados antes de ser indicada a contra-indicação da amamentação.

Definições dos Critérios de substituição do leite materno

Aceitável (acceptable)	A mãe não possui barreiras em aceitar a substituição do leite materno por questões culturais, sociais ou por medo do estigma e discriminação.
Praticável (feasible)	A mãe ou outro membro da família tem tempo, conhecimento e capacidade de preparar a substituição do leite materno e suportar as pressões sociais.
Financeiramente possível (affordable)	A mãe e a família ou o sistema de saúde local pode pagar os custos da substituição do leite materno
Sustentável (sustainable)	A mãe tem acesso a suprimento de forma contínua e interrompida de todos os ingredientes que necessita
Seguro (safe)	Os alimentos e as substâncias que fazem parte da substituição são armazenados de forma correta e higiênica. E são preparados de forma correta em relação às necessidades nutricionais

Quando a mãe é soropositiva ou não conhece o seu status sorológico a contra indicação só pode ser recomendada se todos esses critérios de substituição do leite materno forem plausíveis na realidade local.

Para diminuir o risco de transmissão do HIV as mães soropositivas devem descontinuar a amamentação assim que possível, levando em conta a realidade local. A ONU também recomenda que a interrupção precoce da amamentação ocorra quando for possível uma transição segura (período de dias ou semanas). Os programas devem ser direcionados para promover o suporte quanto ao aconselhamento e orientações da alimentação da criança até dois anos de idade. Além disso, os programas devem tornar a substituição da amamentação algo segura para as mães soro positiva e fornecer apoio a suas escolhas (OMS/UNAIDS 2003).

As recomendações da alimentação do lactente para as mães que são HIV negativas ou que não sabem seu status sorológico devem ser seguidas por todas as mulheres que se enquadram neste grupo. Está recomendada a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses

de vida. Não deve ser oferecido nenhum tipo de comida, sucos, frutas ou água. Aos seis meses de vida, outros alimentos começam a serem introduzidos. A amamentação pode ser contínua até dois anos de idade, associada às outras alimentações, mas não se deve ultrapassar dessa data (UNICEF, 2003).

O conhecimento de diferentes políticas e recomendações nos mostram a importância do tema, mas também os desafios constantes na implementação de programas eficazes e coerentes com o contexto de cada país. Cabe a cada governo promover discussões e propostas individualizadas, dialogando com a literatura e experiências internacionais, mas valorizando a abordagem e a capacitação nacional.

CAPÍTULO III

O profissional de saúde e as práticas

Nesse capítulo destacaremos o papel do profissional de saúde diante dos protocolos a serem implantados e a aderência do profissional a esses protocolos e rotinas. Ressaltaremos algumas atividades essenciais do profissional de saúde no momento do parto, sendo ele o executor das medidas recomendadas.

O profissional de saúde atua como a ponte entre o conhecimento, as descobertas clínicas, novas tecnologias e práticas. Por outro lado, o dia-a-dia demonstra que pode haver um “gap” entre o conhecimento de uma nova técnica, de uma rotina, de uma conduta e a de sua implementação. Essa lacuna influencia diretamente na melhoria das condições de saúde dos usuários dos serviços de saúde. Ao longo do tempo muitas alternativas práticas têm sido criadas com o objetivo de amenizar ou melhorar esta situação. Entre essas iniciativas podemos ressaltar as rotinas (guidelines), a educação médica continuada, os programas de computador, os treinamentos regulares, os cursos de capacitação e os incentivos financeiros (Borbas, Morris et al, 2000).

O porquê e a maneira como as rotinas e a nova tecnologia são aceitas ou rejeitadas é que norteia a atividade e atuação do profissional de saúde. Uma atitude negativa diante das medidas de prevenção pode afetar diretamente a eficácia de um programa.

Em um estudo Borbas e Morris et al (2000) discutem o efeito de difusão de uma nova técnica, ou seja, o processo pelo qual uma inovação percebida como nova pelo indivíduo ou pelo grupo é comunicada através de certos canais (rotinas, portarias, fluxogramas, sessões clínicas e outros), por certo período, entre membros de um mesmo sistema social ou instituição. Os autores desse estudo levantam cinco possíveis barreiras na implementação de uma rotina e conseqüentemente na melhoria na qualidade do serviço. São elas: a informação do profissional, ou seja, o nível de conhecimento técnico sobre determinado assunto, as barreiras psicossociais do profissional (atitudes, crenças, experiências anteriores, relacionamentos), os insumos necessários para a realização daquela rotina (se estão presentes ou não), o nível de conhecimento do paciente e as barreiras psicossociais do paciente.

Em um estudo realizado por Grol e Grumshaw (2003) sobre práticas médicas são ressaltadas algumas barreiras para implantação de uma intervenção, e que os obstáculos para a implementação de uma rotina podem estar em diferentes níveis do sistema de saúde: nível do paciente, do profissional de saúde, da equipe de saúde, da organização dos serviços de saúde e

do contexto. Todos os estudos concordam que para uma boa intervenção, para melhorar sua implantação os obstáculos devem ser muito bem compreendidos.

Em relação ao profissional de saúde, os conhecimentos sobre as recomendações e as atitudes em relação a essas geram as principais barreiras neste nível, como por exemplo, a incerteza clínica, senso de competência não real, a compulsão para agir independente de rotinas ou recomendações e o excesso de informação sobre o assunto sem a criação de um consenso para a prática. No contexto social onde se baseia a opinião prevalecente do grupo em que se insere o profissional, são importantes, por exemplo, as práticas rotineiras do estabelecimento ou do próprio profissional em outro serviço de saúde, a opinião dos líderes locais ou de outros que tenham influência sobre estes profissionais. O treinamento médico que não atualiza a equipe nas novas condutas, podendo estender-se para as outras áreas da saúde, com ausência de continuidade e de atualizações deixam a prática obsoleta. E no contexto organizacional (prática do ambiente) ressalta-se a falta de incentivo financeiro, a falta de tempo no fluxo de atividade, a percepção de responsabilidade pelos seus atos e as expectativas do paciente (Grol ,2003).

3.1 O profissional e a aderência às práticas

A aderência profissional a um serviço corresponde a adoção de práticas clínicas consistentes com as rotinas preconizadas pelo serviço. Esta aderência é uma variável fundamental que é acessada rotineiramente na fase de implantação. Como analisá-la irá depender da natureza da rotina. O quanto a rotina a ser avaliada, pode ser medida através de exames e prescrições realizadas e sua abordagem pode ser mais fácil do que a de rotinas mais complexas. Outro fator que influencia na escolha de indicadores para a avaliação da aderência profissional é a existência e disponibilidade de dados para análise (Morgan, 2000).

O mais comum é utilizar fonte de informação, critérios e indicadores acessíveis e fidedignos, como receituários, prontuários, anotações médicas, livros da enfermagem, que fornecem um maior número de informações e são de baixo custo.

Abordar as opiniões dos profissionais e verificar como elas se relacionam com o nível de implantação da rotina ou do programa também é um dado relevante. Isso inclui conhecimento da rotina, atitudes sobre esta rotina (aceitação das recomendações, motivação, intenção de mudança) e barreiras organizacionais e de prática (interferência com práticas rotineiras, problema de custo e tempo, atitudes práticas dos staffs). A participação dos profissionais locais no desenvolvimento da rotina influencia diretamente o processo de implantação desta rotina por estes profissionais.

Mesmo quando bons instrumentos de coleta de dados são desenvolvidos, eles às vezes não fornecem a informação suficiente sobre as razões pelas quais certas rotinas ou procedimentos não são incorporados pelo profissional. Como por exemplo, estratégias para aumentar a aderência profissional devem ser guiadas por informações que vão além de simples escalas, e que sejam capazes de explicar porque os médicos não têm interesse na rotina que eles se comprometem ou não, ou porque eles não vêem as mudanças como possíveis de realização.

O uso de questionários fechados não fornece os dados necessários para a compreensão do contexto em que encontra os profissionais de saúde. As entrevistas semi-estruturadas ou abertas permitem que a pessoa dê detalhes sobre sua experiência, sentimentos e avaliação do fenômeno complexo, sendo aspectos particulares clareados pelo entrevistador que funciona como direcionador do depoimento.

O uso dos métodos qualitativos fornece maior compreensão das necessidades individuais do profissional de saúde quanto a sua adesão aos protocolos e rotinas. No estudo desenvolvido por Marshall (1998) foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e grupos focais para determinar as principais barreiras em obter intervenções educativas entre médicos generalistas e médicos especialistas. Ele notou que os médicos generalistas desejam usar os novos protocolos como ferramentas em suas práticas diárias, enquanto os especialistas desejam focar nas novas tecnologias da sua área. Conseqüentemente, as intervenções educacionais devem ser diferenciadas para cada grupo.

Para que programas sejam implantados de forma eficaz e que gerem mudança de comportamento do indivíduo ou de um grupo, é necessário incorporar conceitos não só educacionais, como sociológicos, psicológicos, de comunicação e de marketing durante o processo de implantação da nova tecnologia (Heffner, 2001).

Alguns estudos mostram que em certas circunstâncias de trabalho (solicitação de um teste, instalação de um medicamento, cumprimento de uma recomendação, higienização das mãos, entre outras), os indivíduos são subordinados na verdade não a um profissional superior ou a um órgão técnico superior, mas aos seus próprios julgamentos, crenças e valores. A tomada de decisões e o comportamento estão baseados no julgamento de grupos de referência – a que pertence ou desejam pertencer (Borbas e Morris, 2000).

A organização do trabalho não só no serviço, mas entre as classes profissionais promove redes de informação entre os seus membros. Estas redes de informação proporcionam um processo de influência social onde o meio social é um fator determinante para as atitudes dos profissionais. Há resumidamente três possíveis atitudes diante de uma

recomendação, protocolo, rotina: a) Cumprimento – onde o indivíduo aceita a informação apenas para receber uma reação favorável do outro; b) Identificação – o indivíduo aceita a informação para manter relacionamento com o grupo que está inserido na instituição; c) Internalização – o indivíduo aceita a informação e assume comportamento de ir ao encontro com o que acredita (“compra a idéia”). Conseqüentemente, as mudanças e decisões para aceitar uma nova tecnologia estão baseadas nas normas e relacionamentos no local de prática (Borbas e Morris, 2000).

Em uma outra teoria desenvolvida por Rogers (1995) e denominada teoria de difusão de inovações são descritos grupos de profissionais de saúde de acordo com seu perfil de adoção dessas inovações. Cada profissional poderia assumir diferentes posturas de acordo com o contexto em que está inserido e a forma como lida com o cumprimento das recomendações.

Há o grupo dos inovadores que compreende geralmente 2.5% de um grupo típico de profissionais de saúde. Os profissionais provenientes desse grupo são os primeiros a adotar a mudança. Costumam a ter o acesso aos recursos financeiros e aos insumos e estão bastante interessados em melhorias. Mas, geralmente, não são integrados com os colegas da rede local de trabalho.

O segundo grupo seria os dos adotantes precoces, que costumam a compreender 13.5% de um grupo típico. Esses profissionais de saúde são vistos como capazes de realizar escolhas sensatas e de serem prudentes ao adotar novas idéias. São os profissionais de saúde que quando adotam a nova rotina, o restante dos profissionais do contexto passam a identificar como uma boa conduta e a taxa de adoção aumenta significativamente. São indivíduos bem integrados na rede local de relacionamentos e costumam ser semelhantes aos seus colegas em termos sócios econômicos. A opinião efetiva dos líderes surge desses profissionais.

O terceiro grupo engloba a maioria inicial, cerca de 34% dos profissionais de saúde em um contexto. Esses profissionais são os que observam e contemplam a adoção da nova rotina por um período de tempo maior do que os dois primeiros grupos. Há um período de relacionamento do profissional com a recomendação antes da adoção propriamente dita.

Há um grupo denominado de maioria tardia (cerca de 34% de um grupo de profissionais) que são considerados céticos em relação a novas idéias e rotinas e eles não adotam a nova conduta até que a maioria dos seus colegas já a tenha adotado.

O último grupo de profissionais que podem ser identificados em relação a sua forma de adotar recomendações, rotinas e protocolos são os ditos retardatários (cerca de 16%). Eles

costumam ser os últimos a adotarem a nova rotina, e geralmente isso só corre através da pressão de colegas e chefias. Os pertencentes a esse grupo são normalmente isolados do resto da rede de profissionais do local de trabalho.

Esses diferentes grupos de profissionais descritos por Rogers nos permitem imaginar que no contexto de uma maternidade e diante das recomendações de prevenção e controle da transmissão vertical é possível encontrar essas atitudes. Conseguir identificar esses possíveis comportamentos gera a possibilidade de criar meios mais eficazes de driblar os obstáculos desses comportamentos e potencializar os facilitadores.

Uma revisão sistemática realizada sobre a atividade de difusão de novas rotinas em organizações de prestação de serviço de saúde (Greenhalgh, 2004) nos fornece algumas reflexões quanto ao papel dos profissionais de saúde na implementação dessas inovações. De diferentes formas e graus eles procuram experimentar, avaliar, dar significado a essas novas intervenções. Eles desenvolvem sentimentos em relação às recomendações e diferentes ações. Esse tipo de raciocínio é bem diferente das categorias de adoção propostas por outros autores, que tentam simplificar essas complexas interações dos profissionais com a intervenção.

Diante da literatura sobre o papel do profissional na difusão das novas rotinas e das experiências do grupo sobre a adoção de protocolos em serviço, eles (Greenhalgh, 2004) propõem um modelo de adesão a protocolos dos profissionais de saúde no serviço. Há sete componentes presentes nesse modelo, que são:

1) os antecedentes psicológicos, que são considerados como características do indivíduo que provocam uma propensão a tentar e a utilizar as inovações. Entre essas características foram ressaltadas as tolerâncias, a ambigüidade, a habilidade intelectual inerente do profissional, a sua motivação, seus valores e estilo de aprendizado;

2) os antecedentes psicológicos específicos ao contexto, que são características de motivação e capacitação do profissional em relação a inovação. Se a inovação vai de encontro com as necessidades do profissional, ele estará mais sujeito a aceitá-la.;

3) o valor da nova rotina para o profissional tem um grande poder de influência na decisão. Se a importância da inovação para o profissional é semelhante a do gestor do “programa”, a dos usuários do serviço, e de outros stakeholders, então a inovação será mais facilmente assimilada;

4) a decisão de adesão. A decisão do indivíduo em adotar determinada inovação raramente é independente de outras decisões. Pode ser contingente (dependente de uma decisão feita por outra pessoa da organização), coletiva (o indivíduo tem voto, mas a decisão será do voto da maioria) ou autoritária (é dito para o indivíduo se ele deve seguir ou não tais

medidas). As medidas autoritárias podem aumentar a chance de uma adesão inicial pelos indivíduos, mas reduz a chance da inovação ser implementada com sucesso e ser “internalizada”;

5) interesses no estágio de pré-adesão compreendem os pré-requisitos para que haja a adoção: que os profissionais conheçam a inovação, que tenham informações suficientes acerca do que é, de como usar, e que tenham definido de como essa inovação pode influenciá-los pessoalmente;

6) interesses durante o uso precoce: a adoção bem sucedida ocorre mais freqüentemente para os profissionais que têm acesso contínuo a informações de como a inovação pode e deve ser realizada, através de treinamento e suporte das atividades;

7) interesses em relação a profissionais que já adotaram a nova rotina: feedback, e informações sobre as conseqüências da adoção, como indicadores de saúde (Greenhalg, 2004).

Esses sete componentes da adesão do profissional de saúde tentam englobar os diferentes fatores que podem estar influenciando na atitude desse profissional diante das recomendações. Esse modelo serviu de base para tentar compreender e identificar os dilemas enfrentados pelo profissional que está no serviço no momento de realizar as atividades preconizadas durante o desenvolvimento dessa dissertação.

A boa rotina pode ser definida como válida confiável e reprodutível, demonstrando evidências de que a implementação irá gerar os resultados esperados. Existem diversas dificuldades em se avaliar as estratégias de implementação de rotinas. Segundo Littlejohns e Cluzeau (2000) podemos identificar três grandes dificuldades: a) caracterizar qual é realmente a intervenção, ou seja, suas características próprias; b) identificar qual o resultado desejado e c) como foi decidido sobre a importância dessa intervenção.

A intervenção é uma rotina que, por melhor que seja, não pode ser implementada por si mesma. É necessário que ela esteja adaptada em um complexo sistema organizacional e educacional (Johns-Cluzeau, 2000). As rotinas devem gerar e provocar os impactos esperados de alterações na morbimortalidade. Os resultados esperados podem variar de acordo com o ponto de vista do observador, seja ele, paciente, médico, administrador ou o sistema público.

Definir a relevância de uma rotina vai além de dados estatísticos. A significância estatística é diferente de relevância clínica. As rotinas podem ser consideradas como apenas uma outra intervenção educacional: são aceitas como uma boa idéia, mas tentar quantificar os custos e benefícios é mais difícil.

As rotinas podem ser bem estruturadas, baseadas em evidências, aparentemente implantadas, mas incapazes de alterar a prática. Por quê? Apesar da rotina e da sua implementação, os que deveriam colocá-la em prática desconhecem as evidências em que foi baseada a rotina ou conhecem a evidência, mas não acreditam. Algumas eles conhecem e acreditam, mas não as identificam como relevantes para a sua própria prática.

3.2 O profissional no momento do parto

A missão do profissional de saúde é atender sua paciente de forma adequada. Todos devem estar preocupados com a melhoria permanente da qualidade da assistência, para que ocorra uma união das áreas assistencial, médica, tecnológica, administrativa, econômica, docência e pesquisa (MS, 2004). Existem diversas oportunidades de prevenção da transmissão vertical do HIV. O profissional de saúde deve estar atento para aproveitá-las e não desperdiçá-las (Peters V *et al*, 2004).

O indivíduo que requer o cuidado do profissional de saúde deve receber a prioridade nas condutas e ser visto como um ser humano completo. Rotinas e portarias não devem se sobrepor ao bem estar do paciente e da criança. A decisão de amamentar ou não amamentar deve ser uma das decisões que compõem o cuidar e favorecem a saúde da gestante e do recém-nascido (MS, 2004).

As políticas do Hospital Amigo da Criança e das recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV não devem excluir uma em detrimento da outra, mas provocar diálogos e pontes entre elas por mais contraditório que possa parecer. A pressão positiva ou negativa que um programa pode exercer sobre o outro e o produto direto dessas pressões não dependem apenas dos profissionais. A forma como o programa é implantado, por quem, com qual hierarquização, com quais prioridades, em que local e quando poderão influenciar direta ou indiretamente na relação desses dois programas. Dependendo do contexto focado, por causa de diversos fatores o profissional sofrerá pressões para a atitude de adesão ou não aos programas.

A humanização da assistência obstétrica como já foi dito favorece um parto e nascimento mais saudáveis, contribuindo para a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. A idéia de acolhimento é oriunda desta visão mais saudável. O acolhimento se inicia no acesso da paciente ao serviço, seja espontaneamente ou vinda de outra unidade. O acolhimento como a própria palavra diz envolve a adoção de uma postura de acolher a gestante com o objetivo de conhecer as demandas da paciente, estabelecer e fortalecer o

vínculo e a confiança da usuária em relação à equipe de saúde e fornecer meios à equipe via o conhecimento das demandas da paciente criar e definir decisões e procedimentos (MS, 2001).

Alguns comportamentos dos profissionais de saúde são importantes para que ocorra um diálogo entre ele e o serviço e para que as medidas de prevenção possam ser instaladas mais facilmente através de uma boa relação com a paciente e seus familiares. A postura isenta e ética, a confidencialidade e o sigilo, o respeito e valorização das diferenças, a valorização da participação da paciente em seu processo de cuidado, o comportamento receptivo e calor humano; a escuta ativa e não passiva, a linguagem clara e acessível que seja compatível ao nível educacional da paciente, a disponibilização de informações, são algumas destas características que permitem que as atividades de prevenção fluam no momento do parto.

Em um segundo momento, o aconselhamento sobre o HIV assume um papel extremamente importante. Prover as ações de aconselhamento é um direito de toda a gestante. A abordagem do aconselhamento consiste:

“É um processo de escuta ativa, individualizado e centrado na pessoa. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (MS, 2000).

O aconselhamento não envolve apenas a realização do teste rápido, mas também a reflexão e tomada de decisão em relação às outras medidas protetoras: o uso de AZT para a gestante e recém-nascido, a inibição da lactação e o uso da fórmula infantil. O teste rápido funciona como uma medida de caráter emergencial, demonstrando que todas as outras tentativas de fazer o diagnóstico precoce desta gestante falharam. Esta proposta de aconselhamento pode ocorrer no pré-parto, na entrega dos resultados e no pós-parto até a alta da maternidade. Cada momento carrega especificidades de abordagem e conduta (MS, 2000).

Foi realizado um estudo por Casanova (2000) sobre a perspectiva do profissional de saúde sobre a transmissão vertical do HIV e o pré-natal no município do Rio de Janeiro. Esse estudo demonstrou que o aconselhamento na testagem do HIV tem uma concepção bem deturpada entre os profissionais e que poucos deles conheciam as diretrizes e recomendações dessa prática. Durante as entrevistas realizadas nesse estudo de Casanova (2000) o aconselhamento foi constantemente confundido pelos profissionais de saúde com a obtenção do consentimento da mulher em ter o teste realizado.

O ingresso da mulher na maternidade funciona também como uma importante oportunidade de prevenção e controle. Representa um momento estratégico para o resgate de informações sobre o pré-natal. Em todo este processo cabe a equipe estar atenta para oferecer

à paciente em cada momento do processo do parto e puerpério informações precisas, avaliar as condições emocionais e de entendimento da paciente, avaliar o momento adequado para as condutas, abordar a mulher sem julgamentos e não impor decisões.

O papel do profissional de saúde no momento do parto constitui um importante fator para a realização das medidas de controle da transmissão vertical do HIV. Uma atenção para a atitude do profissional nesse momento é fundamental para a compreensão dos fluxos de abordagem da paciente, do diagnóstico, da informação prestada, das condutas e da prevenção propriamente dita.

3.3 Ações e incentivos para transformar evidência em prática

Alguns autores (Robinson, Turnbull 2004) sugerem que o desenvolvimento de unidades que dêem suporte à prática baseada em evidência nas organizações, permitiria ajudar a determinar as práticas que precisam de mudança, gerando uma melhor preparação de práticas e rotinas, e provocaria um grau de auditoria e feedback adequados. O comportamento do médico é um pré-requisito essencial para implementação de mudanças. Muitos hospitais conseguem ter sistemas de dados para administração e para fins epidemiológicos excelentes, mas devem ser criados meios de medir o comportamento, a atitude do médico para ser possível alcançar novos objetivos. Esses mesmos autores sugerem que as criações de redes de implantação de pesquisa no âmbito da internet poderiam gerar trocas entre os grupos evitando a cultura do isolamento e a crença da excelência própria.

Em estudo (Siddiqi et al, 2005) realizado para detectar o tipo intervenções que provocam a mudança de comportamento dos profissionais de saúde em relação à implantação de rotinas em países em desenvolvimento, alguns recursos foram detectados como sendo mais eficazes que outros. As criações de um tipo de auditoria e feedback mostraram ser bem efetivo, quando associados às outras abordagens.

As intervenções educacionais se mostraram mais efetivas quando focadas em necessidades educacionais específicas e para melhoria de barreiras organizacionais. O material educacional não é suficiente para promover mudanças, mas associado ao treinamento e a promoção da educação são potencializados. Outras formas de difusão também foram identificadas como: o desenvolvimento de consensos locais, a opinião de líderes locais, marketing, formas de lembrança e recordação das medidas, as intervenções mediadas por pacientes e as múltiplas intervenções.

Infelizmente, esse levantamento (Siddiqi et al, 2005) dos estudos sobre as formas de transformar evidência em prática nos países em desenvolvimento identificou que a maioria

dos estudos apresentava desenhos fracos e que tiveram dificuldades em excluir os possíveis vieses na coleta de dados.

Com o objetivo de promover a transferência das evidências clínicas, das rotinas criadas em prática clínica e conseqüentemente na melhora da qualidade assistencial e preventiva do sistema de saúde, existem diversas formas e metodologias propostas. Podemos ressaltar: o material educativo, conferências, cursos, encontros em pequenos grupos, visitas educacionais no local de trabalho, uso de opiniões de líderes, educação com diferentes estratégias, feedback, lembretes, uso de computadores na prática clínica, substituição de tarefas por outros profissionais de saúde e colaboração multiprofissional. Há ainda a possibilidade de campanhas de massa, serviço de qualidade total, intervenções financeiras, intervenções mediadas pelo paciente (o paciente sendo o constante avaliador) e combinações de uma ou várias destas intervenções. Essas são algumas das formas de difusão do conhecimento, mas cada uma deve ter a liberdade de adaptações locais conforme cada contexto e população alvos.

Para que seja possível colocar uma rotina na prática é necessário ter a concepção de que uma atividade isolada não será suficiente. Há como já discutido previamente, as características próprias da inovação (rotina, protocolo, *guideline*), os estilos de comunicação disponíveis, o processo de tomada de decisão do profissional de saúde e o contexto social em que o profissional e a inovação estão inseridos. O conjunto desses diferentes componentes deve ser identificado e avaliado para que estratégias de implementação e adesão sejam planejadas (Rogers, 1995).

CAPÍTULO IV

Metodologia

Nesse capítulo tratamos da metodologia do estudo, seus componentes e seu desenvolvimento. Em um primeiro momento, ressaltamos o desenho do estudo, sua natureza qualitativa e as razões do uso desta metodologia, o caso a ser estudado, a maternidade em estudo. Em um segundo momento, nós destacamos os sujeitos do estudo, a forma de coleta de dados através das entrevistas e a análise destes dados. E, por último, ressaltamos as fases do estudo de forma esquemática e os aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Desenho do estudo

O estudo de caso qualitativo de natureza exploratória baseada na obtenção e análise de depoimentos de profissionais de saúde, envolvidos no parto e na realização de medidas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV.

Os estudos ditos qualitativos têm sido cada vez mais empregados na área da saúde, mas sua origem encontra-se na área das ciências humanas (Turato, 2005). Com sua característica de focar o objeto no seu ambiente natural, trazendo em si um caráter descritivo, permite-nos mostrar um aspecto mais amplo da realidade (Neves, 1996).

Contudo, para uma melhor compreensão dos estudos qualitativos e a sua importância é necessário compará-lo com os estudos ditos quantitativos, os estudos previamente clássicos do campo da saúde.

Segundo Víctora (Víctora et al, 2000), a pesquisa em si gera uma teoria que em um esquema hipotético deve estar fundamentada em uma definição do problema e em uma metodologia. Através destes dois componentes são definidos a forma de coleta de dado, o tipo de dado e a relação entre estes dados, constituindo a análise destes dados.

Os métodos quantitativos são geralmente usados para descrever uma tendência com base estatística em grandes populações. Estes estudos quantitativos com base populacional geralmente utilizam técnicas de amostragem com o objetivo de alcançar uma representatividade da população total. Existem diversas técnicas de coleta de dados quantitativos, mas, independente da forma, estes dados são analisados de forma estatística.

Os estudos quantitativos com amostras representativas de uma população permitem extrapolar os resultados encontrados para essa mesma população total, o que significa um dos

potenciais desse tipo de pesquisa. Mas, o enfoque desta dissertação não é promover uma extrapolação dos resultados para a população total, mas ser capaz de detectar questionamentos, barreiras, dificuldades, facilitadores e estimulantes da ação do profissional de saúde no momento da prevenção da transmissão vertical do HIV no parto. O estudo quantitativo para esse tipo de estudo deixaria de lado a capacidade de explorar essas questões.

Os métodos qualitativos são utilizados com o objetivo de entender o fenômeno que ocorre de uma forma mais profunda e ampla, podendo sugerir explicações para comportamentos e atitudes. A escolha da população do estudo, talvez seja a característica mais marcante dos estudos qualitativos. O grupo estudado é definido por critérios prévios e as perguntas lhes são apresentadas com o objetivo de conhecer a realidade mais profundamente. Isto permite que não só o que é dito seja codificado, mas também, observar e coletar atitudes do entrevistado no contexto observado.

Uma das limitações desse tipo de estudo é muitas vezes a incapacidade de generalizar os resultados encontrados para a população total, já que, não é uma amostra representativa. A grande verdade é que o objetivo do estudo qualitativo não é extrapolar para a população total, mas sim, conhecer um fenômeno em profundidade e poder trabalhar esses resultados específicos (Víctora et al, 2000).

A pesquisa qualitativa responde a perguntas do tipo o quê, como e por que certos fenômenos ocorrem. Ela nos fornece meios de abordar os questionamentos e dilemas do profissional de saúde inserido no contexto da maternidade. Este tipo de pesquisa está relacionado com os significados que as pessoas dão as suas experiências no mundo, como as pessoas compreendem o mundo e suas relações com ele. Por esta capacidade de interpretar situações do cotidiano, além da grande importância dada pelos indivíduos, este tipo de pesquisa também é chamado de pesquisa interpretativa (Pope-Mays, 2005).

Outra face da pesquisa qualitativa é que ela estuda as pessoas e os fenômenos em seus ambientes naturais e não experimentais. A pesquisa é desenvolvida no local original do fenômeno a ser estudado, possibilitando uma real abordagem e análise da situação. A entrevista com os profissionais não foi realizada em ambientes externos, todas ocorreram no local de trabalho e no turno próprio do profissional. Desta forma, é possível ressaltar as relações deste profissional com o local de trabalho, aproximando-se da realidade (Turato, 2005).

Os métodos qualitativos geralmente são criticados por produzirem dados com pouco potencial de generalização e envolver entrevistas com número pequeno de entrevistados. No entanto, o objetivo do método qualitativo é identificar as questões relevantes para os

entrevistados e as razões destas suas ações, em vez de determinar a prevalência de certas crenças e práticas. Na pesquisa qualitativa a sua própria especificidade é baseada em uma metodologia distinta e rigorosa (Minayo, 1998).

A metodologia qualitativa pode ser empregada inicialmente para identificar e conceituar questões importantes e gerar informações para o desenvolvimento de questionários quantitativos mais apropriados. Existe uma necessidade de uma maior disponibilidade de questionários bem elaborados para utilizá-los no monitoramento de opiniões dos profissionais no contexto de implementação de rotinas. São importantes as contribuições de técnicas qualitativas para complementar os estudos quantitativos e prover um maior grau de detalhamento nas informações que irão guiar a mudança de prática (Pope e Mays, 2005).

O importante de conhecer tanto a pesquisa quantitativa quanto a qualitativa é compreender que estes métodos mesmos sendo diferentes, não são excludentes, mas podem ser usados com o objetivo de complementar uma ao outro, de integração em um mesmo objetivo de pesquisa (Víctora, 2000).

O que analisamos no estudo encontra-se no campo das representações simbólicas dos profissionais de saúde, conseqüentemente, a pesquisa qualitativa funciona como o veículo de compreensão do discurso dos atores sociais. A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significado, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1998).

O objeto dessa dissertação é a compreensão do papel do profissional de saúde inserido no momento do parto e os seus dilemas e questionamentos diante das rotinas de prevenção da transmissão vertical do HIV. Compreender esses fatores através de uma abordagem qualitativa requer o uso do estudo de caso como desenho.

O estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto real quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão evidentes. Logo, o uso de estudo de caso está relacionado com a possibilidade de fazer uso de um desenho que cubra as condições contextuais, acreditando que este contexto está influenciando o fenômeno, no caso, a intervenção (Yin, 1994).

O estudo de caso de uma maternidade permite contemplar as questões contextuais em que ela está inserida e conseqüentemente os fatores individuais dos profissionais com este contexto.

Os estudos de caso bem estruturados podem fornecer dados antes não percebidos e levantar questões mais complexas do mundo real, tornando o “caso” uma fonte para

explicações. Perguntas aos profissionais sobre suas experiências na prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita nos forneceram dados descritivos e explicativos de processos e práticas de trabalho que podem ser usadas para reformular as intervenções (Pope Mays, 2005). O estudo de caso é uma importante ferramenta nas avaliações e na pesquisa avaliativa.

Segundo Pope e Mays (2005) o desenho do estudo de caso traz uma nova perspectiva na avaliação das intervenções e serviços de saúde, podendo ser utilizado pra abordar diversas questões relacionadas às práticas dos profissionais de saúde e como estas práticas influenciam as diferentes respostas aos eventos.

4.2 O Caso a ser estudado: a Maternidade do Estudo

A escolha da maternidade foi realizada de acordo com a “Avaliação do Projeto-Nascer” realizada pelo Programa Nacional de DST/AIDS em parceria com o CDC (Centers of Disease Control) e a ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) já citado previamente nessa dissertação. Neste estudo foram selecionadas 30 maternidades em todo o território nacional, sendo que no Rio de Janeiro foram selecionadas duas unidades de estudo.

Para o desenvolvimento dessa dissertação estudamos uma das duas maternidades contempladas no estudo acima pertencentes ao Estado do Rio de Janeiro. A maternidade selecionada fica no município do Rio de Janeiro, objetivando mostrar nossa realidade local.

O projeto inicial dessa dissertação previa a inclusão da outra maternidade pertencente ao Estado do Rio de Janeiro, entretanto, a direção dessa maternidade se recusou a participar, alegando que o grupo não suportava mais as constantes entrevistas no serviço.

A maternidade selecionada fica localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro. Essa maternidade é administrada pela gestão municipal. Oferece atendimento ambulatorial, internação, urgências e emergências relacionadas à gestação e ao recém-nascido. O fluxo de atendimento da clientela é de demanda espontânea e referenciada, ou seja, a maternidade recebe tanto as gestantes provenientes de seus lares, quanto as gestantes provenientes de outros hospitais, assim como, recém-nascidos de outras unidades de saúde quando necessário. É um hospital especializado no serviço de obstetrícia e neonatologia, sendo de atendimento contínuo, 24 horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Esta maternidade é habilitada no programa Hospital Amigo da Criança do Ministério da Saúde, seguindo diversas recomendações específicas e recebendo visitas periódicas para atestar o cumprimento destas rotinas de estímulo ao aleitamento materno exclusivo.

A maternidade também é classificada segundo o Ministério da Saúde de acordo com a assistência prestada. A atenção ao parto prestado é classificada como de alto risco. As gestações de alto risco são aquelas com uma evolução desfavorável para o feto e futuro recém-nascido. O conceito de gestação de risco está relacionado ao risco do feto, mas também é utilizado na prática também em relação ao risco da mãe. Cerca de 10 a 20% das gestações são classificadas como gestação de alto risco (MS, 2000).

O manejo destas gestações, do parto e o cuidado com o recém-nascido requerem conhecimentos mais especializados pela equipe técnica e recursos mais sofisticados, por isso, elas devem ser encaminhadas para um serviço apropriado.

O controle e o acompanhamento da gestação no pré-natal são classificados como acompanhamento de gestação de baixo risco. Conseqüentemente, a maternidade realiza pré-natal de gestações de baixo risco e realiza parto de gestações de alto risco, através de clientelas referenciadas, ou seja, provenientes de outros serviços de pré-natal e parto. Essa combinação de clientelas já pressupõe a necessidade de um fluxo coordenado das informações necessárias ao cuidado.

Caracterização da Maternidade

Gestão	Municipal
Infra-estrutura própria	Rede ambulatorial: 13 consultórios Rede cirúrgica: 3 salas de cirurgia, 1 sala de curetagem, 1 sala de pré-parto com 6 leitos. Rede de Internação: 91 leitos de alojamento conjunto, 26 leitos para pacientes com RN patológico, 6 leitos de UTI neonatal.
Infra-estrutura de Apoio	Banco de leite, Centro de esterilização, Farmácia, Laboratório, Necrotério, Nutrição e Dieta, Serviço Social.
Infra-estrutura terceirizada	Lavanderia, ambulâncias e manutenção dos equipamentos.
Indicadores de saúde	<u>Taxa de mortalidade infantil (2002)</u> Neo-precoce(<7dias): 6,41 Neo-tardio(7-27 dias): 3,35 Pós-neo (>28 dias e < 1 ano): 1,12 Infantil (< 1 ano): 10,87 <u>Taxa de Mortalidade perinatal (2002):</u> 8,62 <u>Taxa de Mortalidade Materna:</u> não foi realizada a notificação pela maternidade em 2002
Fontes: SIM (Sistema de Informação sobre mortalidade) e SINASC (Sistema de Informações sobre nascidos vivos)	

A taxa de mortalidade infantil corresponde ao número de óbitos em menores de um ano, por mil nascidos vivos, em uma população de certo local, no ano considerado. São consideradas altas aquelas acima de 50, médias as que variam de 20 a 40 e baixa as taxas de mortalidade infantil menores de 20 (DATASUS). A taxa de mortalidade infantil no Brasil em 2002 foi de 25,06; sendo que, a do Rio de Janeiro foi de 17,94. Como percebemos a taxa de mortalidade infantil na maternidade em estudo está bem abaixo da nacional e também abaixo da própria taxa do estado em que se encontra. A taxa de mortalidade infantil pode ser fracionada em outros indicadores de acordo com a faixa etária em foco.

A taxa de mortalidade neonatal precoce corresponde ao número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. No ano de 2002, segundo o DATASUS, essa taxa foi de 12,74 no Brasil e de 9,74 no Estado do Rio de Janeiro. Esse indicador se propõe a estimar o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida. As altas taxas deste indicador estão geralmente relacionadas a insatisfatórias condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como, a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (DATASUS). A taxa de mortalidade neonatal precoce da maternidade em estudo encontra-se abaixo da nacional e a do estado, mostrando que ela detém tecnologias para promover a saúde do recém nascido de risco.

A taxa de mortalidade neonatal tardia corresponde ao número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. No ano de 2002, essa taxa foi de 3,73 no Brasil, de 2,95 no Estado do Rio de Janeiro e de 3,35 na maternidade em estudo, mostrando pouca diferença entre as taxas. Esse indicador envolve o risco do recém-nascido morrer por patologias neonatais (DATASUS).

A taxa de mortalidade pós-natal (taxa de mortalidade infantil tardia) constitui o número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. As altas taxas de mortalidade pós-neonatal refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico (DATASUS). Essa taxa no ano de 2002 foi de 8,54 no Brasil, de 5,25 no Estado do Rio de Janeiro e de 1,12 na maternidade em estudo. Essa taxa tem grandes diferenças regionais, sendo mais do que o dobro da taxa do Rio de Janeiro a do Nordeste (14,12) mostrando, a grande diferença sócioeconômica dessas regiões e a influência na saúde.

A taxa de mortalidade perinatal corresponde ao número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação ou 154 dias), acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias), por mil nascimentos totais (óbitos fetais + nascidos vivos), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Não há registro no DATASUS dessa taxa no ano de 2002 para o Brasil. Encontramos a taxa de mortalidade perinatal para o Estado do Rio de Janeiro: 23,66. Notamos que a taxa da maternidade em estudo é bem menor do que a taxa do estado em ela se encontra, mostrando a qualidade de serviço da instituição em relação ao restante do estado. Através desse indicador é possível estimar o risco de morte de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. Essa taxa está relacionada com fatores vinculados à gestação e ao parto, entre os quais o peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada. O Estado do Paraná mantém as menores taxas ao longo dos anos, sendo que, em 2002 foi de 16,14; bem abaixo da taxa encontrada no estado do Rio de Janeiro. As taxas elevadas estão geralmente associadas a condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A taxa de mortalidade materna constitui o número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. Há muita deficiência de notificação desse indicador. A maternidade em estudo não realizou a notificação em 2002. No Brasil, em 2002, essa taxa foi estimada em 73,05, sendo que a da Região Sudeste foi de 48,32 e a do Estado do Rio de Janeiro foi de 74,06; único indicador desses abordados em que a taxa deste Estado foi maior do que a nacional. O DATASUS reconhece essa alta taxa como uma possível consequência desse indicador de saúde refletir a qualidade da assistência à saúde da mulher. As taxas elevadas deste indicador sugerem uma precariedade na assistência à gestante no local (DATASUS).

Através dos dados fornecidos sobre a maternidade em estudo no quadro prévio, as definições sobre os indicadores descritos e segundo dados da fonte de banco de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), podem ser ressaltadas que esta maternidade possui baixas taxas de mortalidade infantil e de mortalidade perinatal em relação ao país e ao Estado do Rio de Janeiro.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os profissionais entrevistados foram escolhidos no conjunto de profissionais da maternidade, na primeira fase do estudo. Nessa fase, foram revisados cinco prontuários de caso de HIV e cinco prontuários de caso de sífilis congênita, selecionados aleatoriamente dos casos notificados no último ano da fonte de informação de prontuários do hospital.

Através da revisão e análise destes dez prontuários foram identificados os fluxos das medidas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e a organização do trabalho para manter estes fluxos. Durante a análise dos prontuários, identificamos os profissionais envolvidos nos registros no prontuário, assim como, os exames e as condutas prescritas e realizadas por esses profissionais.

A escolha do profissional de saúde buscou atender às categorias profissionais identificadas no prontuário, ou seja, a profissão daqueles envolvidos nas medidas de controle. Não foi fixado um número prévio de entrevistados. Como o objetivo era conseguir o maior número de profissões realmente envolvidas no fluxo de prevenção, a preocupação foi com a construção dos fluxos através dos prontuários. O número de profissionais entrevistados por categoria dependeu de dois fatores, isto é, a disponibilidade em participar e a saturação.

Entende-se como saturação, o momento em que as entrevistas coletadas abrangem em termos de conteúdo e qualidade as informações que são o foco do estudo. As entrevistas foram feitas enquanto era possível identificar diferentes características no conteúdo. Quando no discurso do profissional foi possível identificar padrões e categorias para análise, atingimos o dito “ponto de saturação” (Minayo, 1997).

Durante a análise dos prontuários notamos diferenças nos fluxos de procedimento em relação ao horário do parto. Por essa razão, a escolha dos profissionais também obedeceu aos turnos de trabalho, tentando contemplar um profissional de turno diurno e a mesma categoria de profissional de turno noturno.

4.4 As Entrevistas

As entrevistas foram semi-estruturadas, com roteiros pré-definidos, utilizadas como método de recolhimento de informações, mantendo o investigador atento quanto ao seu desenrolar.

Na entrevista semi-estruturada o objeto é definido pelo investigador, que no estudo em questão, será a atuação do profissional de saúde frente às medidas de controle e prevenção da transmissão vertical do HIV no momento do parto. As entrevistas são objetos de análise de conteúdo sistemático, destinadas a identificar o discurso do entrevistado, isto é, não só

palavras, mas o que ele realmente deseja comunicar. A formulação e aplicação destas entrevistas devem seguir as orientações previamente dadas e estudadas (Pope and Mays, 2005).

No roteiro da entrevista (em anexo) não constava um grande número de perguntas já que não se trata de um inquérito, nem de um interrogatório. O roteiro básico serviu como orientação para desenrolar da conversa. As perguntas funcionaram como gatilhos para a conversa (Fontana and Frey, 1994). O excesso de perguntas poderia inibir o entrevistado e criar uma condição de respostas rápidas, curtas e desinteressantes. Cabe ainda ressaltar, que o excesso de perguntas traria muitas limitações, já que, as entrevistas foram conduzidas durante o trabalho destes profissionais em uma maternidade de grande movimento e ao longo de momentos estressantes como o momento do parto.

Mesmo não tendo um roteiro extenso, a dificuldade de realizar a entrevista no local de trabalho, de um tipo de trabalho que depende do tempo de ação, ocorreram algumas interrupções. Principalmente, em relação aos médicos entrevistados, as interrupções por telefones, solicitações e até mesmo para assistir um parto ocorreram. Tanto a dificuldade em abordar o profissional, como este não estar disponível por suas atividades, ocasionou diversos retornos ao local da entrevistadora para o término das entrevistas.

Muitas vezes o entrevistado reflete pela primeira vez sobre o assunto em discussão. O ato de responder envolve um grau de raciocínio e elaboração que pode não ser nada fácil para algumas pessoas.

O primeiro passo foi expor o objetivo da entrevista, apresentar e coletar o consentimento-informado, garantir o sigilo e informar o tempo estimado da entrevista (em torno de 30 a 40 minutos). As entrevistas não tinham um caráter totalmente aberto, mas as respostas sofreram intervenções para direcionar o objeto e guiar aos objetivos.

O ambiente para a realização da entrevista foi ponderado e solicitado previamente ao diretor do hospital. Um local favorável, com ambiente propício para a realização da entrevista é de suma importância para um bom aproveitamento. Infelizmente nem sempre foi possível realizá-las em local sem interferências, principalmente com o grupo médico pela dificuldade dos mesmos de se ausentarem durante o período.

A vantagem deste tipo de entrevista é alcançar um grau de profundidade e de reflexão do entrevistado, que permita uma abordagem de diversas dimensões das questões em estudo. A grande flexibilidade destas entrevistas pode dificultar as respostas daqueles que se sintam intimidados. O importante é ter em mente que em nenhuma entrevista haverá uma completa espontaneidade do entrevistado e nem tão pouco uma completa neutralidade do entrevistador.

O reconhecimento da não existência de uma imparcialidade permitirá a uma análise mais fidedigna do conteúdo das entrevistas.

O roteiro de perguntas seguiu a proposta de buscar as representações na caracterização do profissional de saúde sobre a sua trajetória profissional até o presente momento, suas relações de trabalho presentes, seu envolvimento social e emocional com a infecção por HIV. As questões tentaram abordar alguns tipos de conteúdo descritos por Patton (1987), como aqueles baseados no comportamento ou na experiência dos entrevistados, na opinião ou valor, nos sentimentos, no conhecimento sobre HIV e a experiência dos mesmos.

A maneira como o entrevistador é vista pelo entrevistado, pode gerar interferências durante o processo da entrevista. As características pessoais de ambos, como classe social, sexo, raça e até mesmo a profissão, podem causar algum tipo de impedimento. Durante a exposição do por que da entrevista e do termo de consentimento, um esclarecimento sobre nossa formação e trajetória até o presente estudo se fez presente. As entrevistas com os médicos obstetras foram as que fluíram mais facilmente, mesmo estando eles em esquema de plantão e com muitas tarefas a cumprir. Os médicos pediatras, pertencentes a nossa classe profissional, estavam bem relutantes quanto às respostas das entrevistas. Este obstáculo foi vencido quando o Diretor Médico da Área da Pediatria da Maternidade teve acesso ao Estudo e pôde conversar com os pediatras sobre a nossa presença no local.

As interrupções e deslizes de uma entrevista devem ser conhecidos e antecipados para que sejam minimizados ao máximo. Algumas armadilhas comuns nas entrevistas incluem as interrupções externas como telefone, outro profissional chamando o entrevistado, situações de emergência, distrações simultâneas como outros conversando, mulheres em trabalho de parto, choro de recém-nascidos, televisão ligada, medo de estar em foco de ambas as partes, pular de um assunto para outro, assuntos superficiais e aconselhamento durante a entrevista (Pope and Mays, 2005).

Existem algumas estratégias para tentar manter o controle de entrevista de modo que não se percam os objetivos de tal técnica. Primeiro, deve se conhecer muito bem o objetivo da entrevista, segundo, fazer perguntas certas para receber as informações necessárias e sempre dar para o entrevistado um *feedback* verbal e não-verbal (Patton, 1987).

4.5 Procedimento de análise das entrevistas

A análise das entrevistas foi realizada na primeira etapa pela transcrição das fitas, ressaltando a contribuição de suspiros, pausas e risos. Outras informações referentes ao momento das entrevistas, mas que não aparecem diretamente na transcrição também foram considerados e analisados.

A análise do material foi de natureza interpretativa através da análise de conteúdo. Esta foi a forma utilizada para tratar as informações e testemunhos de forma metodológica com o objetivo de alcançar o grau de complexidade e profundidade do discurso. As categorias de análise foram selecionadas após a transcrição das fitas das entrevistas de acordo com as informações fornecidas pelos profissionais de saúde (Bardin, 1979).

A análise de conteúdo implica na criação de hipóteses, mas sendo hiperseletiva como uma leitura exógena. O entrevistado fala e o entrevistador faz com que o texto fale através da análise. É claro que as nuances da entrevista são difíceis de captar no discurso narrado, mas todo o esforço deve ser realizado para captar não só o discurso oral, mas também o discurso corporal. Toda a construção de dados é uma construção também do pensamento (Fontana e Frey, 1994).

Em resumo, a análise de conteúdo pretende dar conta da quase totalidade do material coletado (princípio de intensividade), ser fiel (o que é verificável pela multicodificação) e ter auto-suficiência, sem necessidade de retorno ao corpus (Blanchet and Gotman, 1992).

A análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados). Tende a dialogar entre a superfície da abordagem das entrevistas com o contexto psicossocial, cultural e com o processo de desenvolvimento do produto.

A análise temática funciona como a técnica base da análise de conteúdo. A análise temática identificou os diferentes núcleos temáticos ou categorias contidas no discurso. A construção destes núcleos temáticos ocorreu em três fases. A primeira fase foi à fase da pré-análise dos dados com o objetivo de criar categorias e codificações. Nesta fase, de processo mais demorado, há a necessidade de leitura e releitura de todo o material coletado na tentativa de poder se concentrar nas expressões, comportamentos particulares e classificá-los. Todos os dados relevantes para cada categoria foram checados e comparados com o resto para que fosse possível estabelecer as categorias analíticas (Pope-Mays, 2005).

4.6 As categorias de análise

As categorias de análise foram criadas durante o processo de leitura das entrevistas com o objetivo de extrair aquilo que o profissional desejava expressar, falar. As categorias são conseqüentemente uma interpretação da pesquisadora diante da percepção dos profissionais sobre algumas questões na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Após a análise das fitas transcritas, através da leitura e releitura, foi possível criar algumas categorias temáticas para análise do texto, subdividindo-as em critérios.

As categorias de análise foram criadas com o objetivo de identificar aquilo que o profissional desejava expressar, falar. As categorias são conseqüentemente nossas interpretações diante da percepção dos profissionais sobre algumas questões na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Há uma distância entre as recomendações do programa de prevenção da transmissão vertical do HIV e sua prática. A implementação de um programa, das atividades propostas por ele é determinada pelas evidências científicas e por políticas. O profissional de saúde precisa colocar essas atividades recomendadas em prática, e esse momento pode ser dificultado ou facilitado por diferentes fatores (Grol et Wensing, 2004).

Um estudo (Stone, 2001) de análise da implementação da prática de higiene de lavagem de mãos em um serviço, mostrou que a falta de conhecimento, a falta de fixação no assunto, o controle e normas sociais, o tipo de liderança e a infra-estrutura podem funcionar como barreiras para mudança.

Estudos (Grol et al, 2003) nos EUA e Holanda mostram que pelo menos 30-40% dos pacientes não recebem o cuidado de acordo com as evidências científicas atuais e cerca de 20% do que é oferecido não é necessário ou é até mesmo prejudicial.

Conforme já citado, segundo esse mesmo estudo (Grol et al, 2003) há barreiras individuais e as barreiras organizacionais. Os profissionais precisam ser informados, motivados e, às vezes treinados, na prática para que sejam capazes de incorporar certas rotinas em sua prática diária. Os profissionais de saúde trabalham em um contexto social específico e fatores organizacionais e estruturais em diferentes níveis podem impedir a mudança.

Um estudo realizado por Grol et Wensing (2004) propõe que toda rotina ou protocolo seja analisado em seis níveis para identificar sua implantação. Esses níveis contêm informações de obstáculos e facilitadores para a implementação. O primeiro nível seria o referente às informações da própria intervenção ou programa. O segundo nível a ser analisado é o individual. Nesse nível os autores sugerem que a ciência do profissional sobre o programa, o conhecimento dele sobre as atividades e as condutas do programa, a atitude, a motivação

para a mudança e as rotinas de comportamento seriam os componentes relacionados ao profissional que merecem ser analisados. O terceiro nível seriam as situações relacionadas ao paciente. O quarto nível o contexto social, considerando a opinião dos colegas de trabalho, a presença ou não da cultura de redes, colaboração entre equipes e a liderança do serviço. O quinto nível relacionado ao contexto organizacional, ou seja, a organização do processo de cuidar, os staffs envolvidos, os recursos disponíveis e a infra-estrutura do local. O sexto e último nível a ser analisado seria o do contexto político econômico, onde são revistos os arranjos financeiros, regulações, portarias e normas para a implementação dos programas.

No caso da maternidade em estudo, comparando com os níveis citados por Grol e Wensing (2004) para analisar uma implantação, foram utilizados o segundo e quarto níveis, relacionados ao profissional de saúde e ao contexto social pela visão desse profissional para fundamentar a criação das categorias de análise.

1. Dimensão dos Obstáculos

Nesta dissertação denominamos dimensão de análise dois componentes polares de conteúdo, a dimensão dos obstáculos e a dimensão dos facilitadores. A dimensão dos obstáculos refere-se às dificuldades referidas pelos profissionais de saúde em realizar as medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

Dentro dessa primeira dimensão criada identificamos duas categorias de análise, ou seja, às relacionadas com características individuais do profissional de saúde e aquelas relacionadas ao contexto social, com características da instituição.

a. Componentes relacionados ao profissional de saúde

Em relação ao profissional de saúde identificamos uma categoria de componentes relacionados às suas características individuais, chamadas por alguns (Patton, 1997) de fatores pessoais.

a1. Conhecimento

O principal fator que dificulta a realização dessas medidas é o que o profissional conhece sobre as ações de prevenção. Ser ciente do programa de prevenção e ter conhecimento sobre as atividades recomendadas e as relações que ele desenvolve com esse conhecimento, podem se constituir em facilitadores ou obstáculos na realização das rotinas.

O que se conhece das rotinas de prevenção da transmissão vertical do HIV preconizadas pelo MS, somadas às noções e informações da comunidade científica em geral, podem gerar diversas reações dos profissionais de saúde.

Não apenas o conhecimento sobre as medidas de prevenção faz diferença na atuação do profissional de saúde, mas também características inerentes ao indivíduo. Segundo Kelman (1961), o processo de influência social provoca três reações nos profissionais envolvidos na adoção de uma recomendação: o cumprimento, a identificação e a internalização. A caracterização das categorias buscou ser fundamentada nesses conceitos e significados.

a2. Conformidade e resistência

O cumprimento ocorre quando um indivíduo aceita a influência de um grupo ou de uma pessoa para ganhar uma reação favorável do outro. Para que esse tipo de postura seja sustentável este tipo de mudança no comportamento deve ser constantemente monitorizado ou será revertida na sua conduta original.

O profissional de saúde que cumpre apenas como ato de obediência, de auto-entrega fica sujeito a ter atitudes de resistência, incoerência e insegurança nas atividades realizadas. Alguns profissionais de saúde apresentaram uma resistência em relação às rotinas. Eles demonstravam conhecê-las, mas não detinham o conhecimento sobre as bases científicas, ou só parte das recomendações. O profissional conhece, mas porque não crê, não concorda, não o faz. E ainda afirma que não tem intenção de cumprir. Alguns desses profissionais podem chegar a cumprir as atividades, mas facilmente retornam à conduta prévia.

a3. Conformidade e incoerência

Outra postura adotada por alguns profissionais em relação ao conhecimento é a incoerência. Eles assumem a posição de que conhecem as rotinas, concordam com elas, e as cumprem, mas em seu discurso constantemente demonstram a falta de consistência, de incoerência.

a4. Conformidade e insegurança

Por fim, outros profissionais pareciam adotar uma postura insegura diante dos questionamentos. Nesse caso, a falta de conhecimento na rotina e no tema, deixou o profissional inseguro para responder às informações. Por isso, ele preferia não responder ou dizer que não sabia sobre o assunto. Ele pode até conhecer parcialmente as rotinas, podendo até cumpri-las esporadicamente, mas a falta de internalização das rotinas gera a insegurança. Esse tipo de atitude foi percebido no grupo das enfermeiras e será discutido em detalhes quando for discutido esse critério de análise.

Usando como base os componentes envolvidos no processo de influência social de Kelman (1961), o profissional de saúde ainda pode identificar-se com as recomendações como meio de fazer parte do grupo social em que está inserido. A identificação ocorre quando um indivíduo assume um comportamento para estabelecer ou para manter um relacionamento

com um grupo ou com um indivíduo que tem grande estima. A manutenção dessa mudança de comportamento dependerá da durabilidade do poder e do prestígio da pessoa ou do grupo que gera a influência. Essa característica de identificação pode ser considerada um obstáculo inerente ao profissional, mas com forte influência do contexto social da instituição. A forma pela qual o profissional está inserido nas atividades de prevenção e como estas são difundidas no meio, serão fundamentais para gerar uma atitude de identificação, mas sem haver uma internalização.

b. Componentes relacionados ao contexto social

Ainda na dimensão de análise dos obstáculos é possível destacar outra categoria de análise, que são os obstáculos relacionados ao contexto social. O contexto social aqui abordado foi o descrito pelo profissional de saúde durante a entrevista. Nessa categoria durante o processo de análise das entrevistas identificamos três barreiras possíveis: falha nos processos de disseminação das rotinas no serviço, dificuldade de identificação do papel a exercer no fluxo de atividades das rotinas de prevenção e a dificuldade de acesso aos prontuários.

b1. Falha na disseminação das rotinas no serviço

A forma como certa rotina é disseminada no serviço será fundamental para gerar o conhecimento a respeito dela e também estimular sua implantação. Existem diversas formas de difundir as rotinas em um serviço e algumas já foram descritas no capítulo que aborda o profissional de saúde e outras serão acrescentadas nas recomendações.

b2. Dificuldade de identificação do papel a exercer

Outro critério presente nessa categoria de análise é a dificuldade de identificação do profissional de saúde em saber o seu papel, a sua importância no fluxo de atividades de prevenção. Cabe ressaltar que esse tipo de identificação está relacionado com as atividades que são de responsabilidade de cada profissão e não com um dos critérios de processo de influência social citado por Kelman.

Identificar as atividades específicas de cada profissional de saúde dentro de uma recomendação traz alguns benefícios para a implantação do programa. Em um estudo (Michie et al, 2004) sobre as mudanças no comportamento dos profissionais de saúde em suas práticas mostrou que as rotinas e protocolos raramente especificam quem, quando, onde e como devem ser realizadas as atividades recomendadas. Essa falta de especificidade no comportamento e atitudes esperadas nas rotinas acabam tornando as recomendações irrelevantes e, às vezes, até sem sentido.

Nesse mesmo estudo (Michie et al, 2004) os pesquisadores ressaltam que há basicamente duas grandes vantagens em tornar as atividades das rotinas e protocolos específicos quanto a quem deve realizá-las. A primeira vantagem seria dar maior clareza sobre o que se pede e se isto é alcançado ou não. A segunda vantagem, seria a de permitir um monitoramento da forma em que o comportamento está relacionado com o que ocorre antes da implantação das rotinas (antecedentes) e o que ocorre depois (conseqüências). Os antecedentes e as conseqüências podem atuar tanto como barreiras como facilitadores do comportamento do profissional diante das recomendações do programa.

b3. Dificuldade de acesso aos prontuários

A realização das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV depende da disponibilização do diagnóstico de soropositividade a tempo para que as medidas sejam instaladas. A dificuldade de acessar os prontuários em certos horários e a velocidade como isso ocorre comparada com a velocidade que muitos partos acontecem não são suficientes para gerar condutas apropriadas.

Durante o processo de leitura e posteriormente durante a análise foi destacado um outro pólo de dimensão de conteúdo que compreende as questões que facilitam a realização das medidas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV.

3. Dimensão dos facilitadores

A dimensão dos facilitadores aborda as características identificadas pelo profissional de saúde que promovem ou estimulam a realização de medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

As categorias criadas na dimensão de facilitadores para a realização das medidas de prevenção, também envolvem as características inerentes do profissional de saúde e características do contexto social pela visão desse mesmo profissional.

a. Componentes do profissional de saúde

a1. Internalização

A internalização descrita por Kelman (1961) ocorre quando um indivíduo aceita a influência de outro ou de um grupo e assume o comportamento porque é congruente às suas crenças e valores. O conteúdo do comportamento está intrínseco ao que vale a pena para ele, é recompensador. Isso não é sempre uma decisão “racional”, mas vai de encontro com o que o indivíduo acredita, com a sua própria orientação. Esse tipo de atitude apareceu durante a análise relacionada com a motivação e com o hábito do profissional no serviço.

a2. Motivação

A motivação no trabalho e na instituição foi um importante facilitador para o cumprimento das atividades de prevenção. Estar em um ambiente de trabalho agradável, com bons relacionamentos e boa interação foi fundamental para que o profissional se sentisse motivado a seguir as rotinas preconizadas. O discurso de alguns profissionais, como o das enfermeiras, da técnica de enfermagem e de uma das pediatras, que comparavam a maternidade a outros locais de trabalho onde ocupam a mesma função, era de que havia na maternidade estudada maior motivação em realizar as atividades de prevenção, pois, ali as coisas “fluem melhor”.

a3. Hábito

Outra característica relacionada ao profissional de saúde foi a prática rotineira que demonstrou ser um importante fator pessoal para manter o indivíduo envolvido com o fluxo de prevenção e a ser envolvido com as medidas. Os profissionais que realizavam as medidas de prevenção de forma mais natural, atribuíam ser um hábito, algo inerente a toda a sua prática, isto relatado por uma obstetra e discutido em detalhe posteriormente.

b. Componente do contexto social

A internalização de uma rotina pelo profissional de saúde mostrou através das entrevistas serem influenciadas também pelo contexto social.

b1. Supervisão Contínua

A auditoria e feedback do serviço, da instituição, na personificação das chefias foram para o profissional de saúde uns importantes fatores de adesão às rotinas. Definido durante as entrevistas como um sistema de “cobrança”, esse tipo de prática do serviço de supervisão contínua permite que a internalização seja constantemente reforçada, reafirmada. Auditoria pela definição do dicionário *Houaiss* de língua portuguesa (1999) significa “processo de validação de um sistema”. A “cobrança”, identificada pelos entrevistados, engloba um conjunto de atividades realizadas por um grupo ou por uma pessoa com o objetivo de conferir se o que foi recomendado está sendo realizado.

A criação de sistemas de “cobrança” que promovam diálogos, trocas e, principalmente, retorno nas exigências normativas, deu os melhores resultados de aderência do profissional, especialmente, no grupo médico.

No quadro a seguir estão sintetizadas as categorias de análise descritas e a aplicação dessas categorias está descrita no capítulo de resultados.

Quadro Síntese das Categorias de Análise

<i>Dimensão de Análise</i>	<i>Categorias</i>	<i>Crítérios</i>
I.OBSTÁCULOS (para a realização de medidas de prevenção da TV)	1.INDIVIDUAIS (Relacionados com o profissional de saúde)	a) Conhecimento b) Conformidade e Resistência c) Conformidade e Incoerência d) Conformidade e Insegurança
	2.INSTITUCIONAIS (Relacionados ao contexto da instituição pela visão profissional de saúde)	da) Disseminação das rotinas de prevenção dob) Identidade no fluxo de prevenção c) Estrutura: acesso aos prontuários Internalização
II. FACILITADORES (para a realização de medidas de prevenção da TV)	1.INDIVIDUAIS (Relacionados com o profissional de saúde)	oa) Motivação b) Hábito
	2.INSTITUCIONAIS (Relacionados ao contexto da instituição pela visão do profissional de saúde)	Supervisão contínua

4.7 Fases do estudo

O estudo foi dividido basicamente em três fases, a saber:

1) Revisão de prontuários com a definição da composição da equipe de saúde a ser entrevistada e a definição de fluxos de atividade de controle; 2) Entrevistas com os profissionais de saúde; 3) Análise das entrevistas e redação.

Na terceira fase, a de interpretação propriamente dita e dando continuidade à criação das categorias analíticas da primeira fase, agrupou-se todo o texto das entrevistas transcritas de acordo com essas categorias. Foi basicamente um processo de corte, recorte, idas e vindas e a exploração do material com o objetivo de classificar o discurso e realizar as agregações pertinentes aos objetivos do estudo. E finalmente, a terceira fase, o tratamento dos dados trabalhados e a interpretação da redatora com as suas conclusões.

4.8 Aspectos Éticos

Desenvolvemos nosso estudo após cumprir as exigências e ter sido liberado pelo o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública. Cuidados éticos foram tomados em relação ao sigilo e a privacidade das informações colhidas junto aos profissionais de saúde.

Não foi solicitada à maternidade a autorização para utilizar o seu nome na redação desta dissertação. Conseqüentemente, não estaremos revelando o nome da maternidade em estudo, mas apenas as suas características, acreditando que isto não atrapalhará na leitura e compreensão deste trabalho.

O Termo de Consentimento livre e informado foi lido pela pesquisadora e esta esteve disponível para esclarecer dúvidas antes, durante e depois da entrevista. Ressaltamos a necessidade de gravação dos dados para uma melhor análise e documentação. As fitas foram sigilosas, sem identificação dos entrevistados e de uso apenas para este estudo.

Após a compreensão do entrevistado quanto ao conteúdo da pesquisa, o procedimento (entrevista), o tempo estimado e a forma de registro (fitas gravadas), foram solicitados a assinatura do termo. O termo foi assinado em duas vias, pelo entrevistado e pela pesquisadora, ficando uma com a pesquisadora e outra com o entrevistado. Os dados finais do projeto de dissertação deverão ser apresentados formalmente à maternidade.

CAPÍTULO V

Resultados

Nesse capítulo destacamos os resultados do estudo sobre os profissionais de saúde envolvidos no momento do parto e responsável por realizar as atividades de prevenção da transmissão vertical do HIV e os dilemas que eles apresentam diante das medidas preconizadas. Na primeira parte do capítulo detalhamos como foi realizada a escolha dos profissionais de saúde entrevistados e as informações que esse processo de escolha gerou. Na segunda parte do capítulo exploramos a construção das categorias de análise e a discussão destas com o discurso dos entrevistados.

5.1 Escolhendo os sujeitos: a riqueza dos prontuários

O processo de escolha dos profissionais de saúde para a entrevista foi importante não só para identificar os sujeitos do estudo, mas também para identificar os fluxos das atividades dos profissionais concretamente realizadas em relação às medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV no momento do parto. Logo, por ser um processo importante para a análise dos resultados optamos por contemplar esta etapa do estudo detalhadamente no capítulo dos resultados em vez do capítulo da metodologia.

Durante a primeira etapa do estudo, analisamos dez prontuários, sendo cinco prontuários de gestantes soropositivos para HIV e cinco prontuários de gestantes com o VDRL positivo, diagnosticados no momento do parto. A análise do prontuário permitiu identificar as categorias profissionais envolvidas, assim como, delinear o trajeto da gestante no momento do parto dentro da maternidade.

Ao chegar ao hospital, a gestante que apresenta queixa diferente da habitualmente trazida às consultas de pré-natal é encaminhada para o serviço de admissão, que tem um caráter de atender urgências obstétricas. Na admissão, a gestante é atendida por um médico obstetra que é o profissional alocado no centro obstétrico e em esquema de plantão. Geralmente, está acompanhado de um técnico de enfermagem que o auxilia nas atividades de exame.

O médico preenche uma ficha de admissão que, dependendo do caso, pode ter diferentes classificações diagnósticas, como por exemplo: trabalho de parto, trabalho de parto em fase expulsiva, trabalho de parto prematuro, abortamento, gestante, puérpera. Conseqüentemente, uma dessas fichas será preenchida dependendo da queixa e da avaliação clínica do obstetra. Na análise dos prontuários, o preenchimento dessa ficha de admissão,

geralmente, não estava completo, mas o horário de entrada estava registrado, assim como a presença ou não do resultado do teste anti-HIV. O registro encontrado em todos os prontuários pode ser devido à seleção específica dos mesmos e não ser real para os demais prontuários do serviço.

O registro dos pedidos de exame é comumente anotado no prontuário pelo mesmo médico da admissão. No prontuário não é demonstrado com clareza quem é o profissional de saúde que colhe o exame de sangue, nem mesmo quem colhe o sangue para o teste rápido, ou quem o leva para o laboratório. No entanto, em alguns prontuários o funcionário do laboratório anota o horário em que recebeu o sangue e o horário em que foi liberado o resultado. Infelizmente, esta não foi uma prática encontrada regularmente.

O obstetra é o responsável por prescrever o AZT venoso, assim como o enfaixamento das mamas. Em nenhum dos prontuários foi detectado a prescrição de inibidores farmacológicos da lactação, e nem há o relato se a mãe foi aconselhada a realizar o teste anti-HIV e/ou forneceu o seu consentimento verbal.

O enfermeiro é o profissional de saúde que registra no prontuário a instalação do AZT, confirmando que ele foi realizado, seu horário e a sua forma de administração.

O técnico de enfermagem relata o horário de nascimento do recém-nascido e a realização de medidas de cuidado tais como: lavá-lo na sala de parto e administrar-lhe as medicações prescritas pelo pediatra.

O pediatra prescreve a amamentação artificial e o AZT oral para o recém-nascido de mãe HIV positiva. Não há relato em nenhum dos prontuários sobre o aconselhamento às mães soropositivas como devem lidar com a amamentação. É descrito em alguns prontuários, na conduta de alta que foi fornecido leite artificial, encaminhamento para serviço especializado e o xarope de AZT. Todos os recém-nascidos das mães HIV positivas destes cinco prontuários foram encaminhados para o alojamento conjunto com a mãe.

Nos prontuários percebemos a presença de um outro profissional de saúde, o epidemiologista, que não atua diretamente no momento do parto, mas atua no programa de prevenção das doenças abordadas. O serviço de epidemiologia desta maternidade esteve presente em todos os prontuários analisados, reforçando a notificação, fazendo sugestões posteriores e certificando-se de que todo o protocolo havia sido cumprido. O serviço de epidemiologia mesmo não fazendo parte diretamente do momento do parto contribui para esse momento. A entrevista com os epidemiologistas deveria ter ocorrido, mas não foi realizada por dificuldades de agendamento da pesquisadora com o grupo.

Mesmo sendo presente e clara as atuações do serviço de epidemiologia, existem alguns pontos cruciais que devem ser clareados para que o fluxo de medidas de prevenção seja realizado. Sem dúvida alguma, o fluxo de coleta de exame, o transporte desse sangue e a liberação do resultado constituem um nó a ser desfeito.

Outras classes profissionais que deveriam ter sido entrevistadas com pelo menos um profissional seriam o técnico de laboratório e o maqueiro. O técnico de laboratório funciona como um importante elo entre a solicitação do teste rápido e o seu resultado. Em algumas maternidades conveniadas ao “Projeto Nascer” é a auxiliar de enfermagem alocada no centro cirúrgico responsável por realizar o teste. Mas na maternidade em estudo quem realiza o teste rápido para HIV é o técnico do laboratório de plantão. Infelizmente não foi possível entrevistar essa categoria profissional por não ter sido identificada a sua importância no fluxo durante a ida a campo.

O maqueiro é o nome dado ao profissional responsável por transportar pacientes, exames, resultados dentro da maternidade. Esse profissional geralmente é o responsável por encaminhar o sangue coletado para o teste rápido para o laboratório, e também responsável por pegar o prontuário e levar os resultados de exames para os interessados. Essa categoria profissional é exercida por profissionais não concursados, mas sim funcionários de uma empresa tercerizada. No momento em que as entrevistas foram realizadas não havia maqueiros no hospital por questões trabalhistas.

A qualidade das informações contida nos prontuários não foi avaliada, mas apenas analisada pela entrevistadora. Os prontuários são pouco preenchidos e não há clareza de informações e horários. Nem todas as folhas de evolução do parto estavam descritas nestes dez prontuários analisados. Informações escritas sem identificação do profissional também foi uma constatação freqüente, só sendo possível identificar o profissional pela sua caligrafia. Em nenhum dos prontuários analisados foi identificado o registro do aconselhamento no pré-teste anti-HIV, conseqüentemente através do prontuário não é possível identificar quem é o profissional que realiza o aconselhamento.

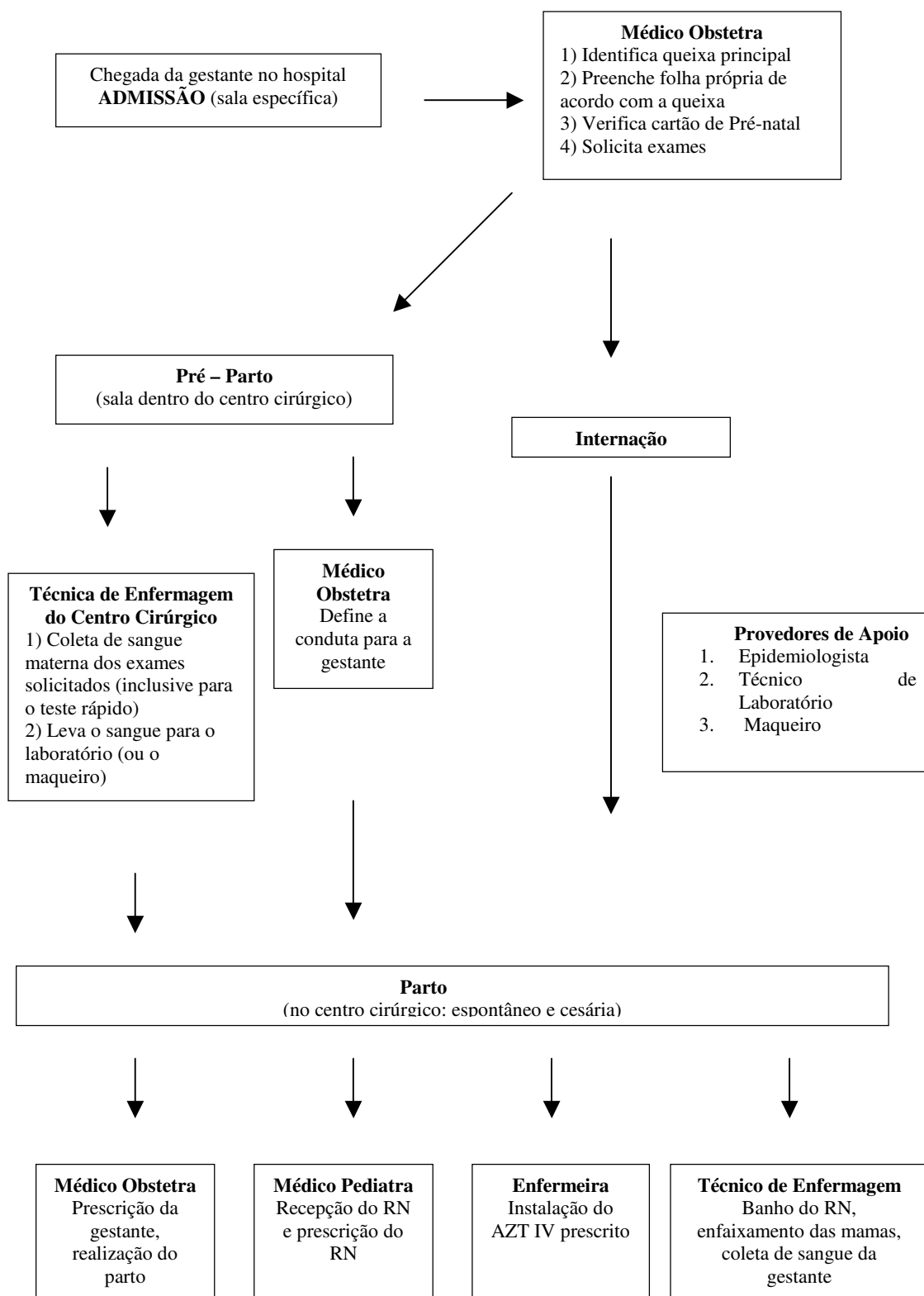
A diversidade de papéis e informações não parece trazer facilidade ou agilidade ao fluxo de informações para que as medidas de prevenção sejam realizadas. A falta do cartão de pré-natal, no momento do trabalho do parto, dificulta a identificação dos riscos da gestante. Infelizmente, o prontuário não parece ajudar, já que muitas informações descritas no cartão de pré-natal não são passadas para o prontuário e quando a gestante chega em trabalho de parto sem o cartão, as informações também não vêm com ela. Havia nos prontuários analisados o relato em uma folha a parte que a gestante estava sem o cartão de pré-natal, ou que a equipe

médica aguardava o prontuário. Os relatos retrospectivos do parto e das dificuldades de informação encontrados no momento do parto eram descritas pelo serviço de epidemiologia que tentava resgatar o que realmente ocorreu nesse processo e ressaltando as medidas de prevenção que foram realizadas e as que não foram realizadas.

Um dos prontuários analisados foi de uma gestante que deu entrada no hospital em trabalho de parto, mas sem o cartão de pré-natal. Foi realizado o teste rápido, mas o resultado chegou após o nascimento do recém nascido. O teste rápido foi positivo e nenhuma medida de prevenção foi realizada no momento do parto. No prontuário dessa paciente havia o resultado de um teste rápido, dois anos antes, quando ela deu entrada na mesma maternidade em abortamento. Havia então, no seu prontuário, o relato de um teste rápido positivo dois anos antes, e a mesma gestante não recebeu as medidas de prevenção porque não teve acesso a esse resultado presente no prontuário. Esse episódio demonstrou a dificuldade que o serviço teve em tomar conhecimento do acontecimento. A possibilidade de acontecer algo assim e passar despercebido pelo serviço denota falha de resolução das situações. O mesmo episódio também demonstra que o serviço de registro e de seu uso como um todo deve ser destacado de alguma maneira para que o fluxo de informações seja utilizado para os melhores fins de promoção da saúde.

A partir dos dados analisados pelos prontuários e descritos previamente, foi possível criar um fluxo de atividades do momento do parto, identificando os profissionais envolvidos nas diferentes etapas.

Fluxo de Atividades e os profissionais no momento do parto (a partir do prontuário)



5.2 Caracterização dos entrevistados

Com os resultados dessa primeira fase de análise de prontuários, foram selecionados para entrevistas os profissionais, ou seja, as profissões envolvidas diretamente com a realização das medidas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV no momento do parto, os profissionais destinados ao centro obstétrico: o médico obstetra, o médico pediatra, o enfermeiro e o técnico de enfermagem.

Foram realizadas onze entrevistas e destas três médicos eram obstetras, três eram pediatras, quatro enfermeiras e uma técnica de enfermagem.

Quadro de Caracterização dos Profissionais de saúde entrevistados

Profissional	Sexo	Idade	Estado civil	Formação	Especialização	Tempo de Formação	de Função	Carga horária	Trein. Esp***
Obstetra1									
Dr. Paulo	Masculino	48	Casado	Médico	Medicina do Trabalho	24 anos	Médico obstetra do centro cirúrgico (Chefe do plantão)	12 horas noturnas	Não
Obstetra2									
Dra. Roberta	Feminino	30	Solteira	médico	Residência - Ginecologia-Obstetria	6 anos	Médico obstetra do centro cirúrgico	12 horas noturnas	Sim
Obstetra3									
Dra. Mônica	Feminino	47	Casada	médico	Residência - Ginecologia-Obstetria	24 anos	Médico obstetra do centro cirúrgico e rotina	40 horas semanais	Não
Pediatra1									
Dr. Luiz	Masculino	58	Casado	médico	Residência em Pediatria	33 anos	Pediatra do centro cirúrgico - sala de parto	12 horas diurnas	Não
Pediatra2									
Dra. Sara	Feminino	52	Casada	médico	Título de Especialista em Pediatria por tempo de prática	27 anos	Pediatra do centro cirúrgico - sala de parto	12 horas diurnas	Não
Pediatra3									
Dra. Isabel	Feminino	55	Casada	médico	Medicina do Trabalho, Neonatologia	29 anos	Pediatra do centro cirúrgico - sala de parto	12 horas noturnas	Não
Enfermeira1									
Enf. Rute	Feminino	33	Solteira	enfermeira	Residência - Clínica Cirúrgica Especialização Obstetria	10 anos	Enfermeira do centro cirúrgico	30 horas semanais (12x60) noturnas	Não
Enfermeira2									
Enf. Priscila	Feminino	32	Solteira	enfermeira	Saúde da Família e Comunidade	8 anos	Enfermeira do centro cirúrgico	30 horas semanais (12x60) diurnas	Não
Enfermeira3									
Enf. Débora	Feminino	30	Casada	enfermeira	Especialização em Obstetria	2 anos	Enfermeira do centro cirúrgico	30 horas semanais (12x60) diurnas	Sim
Enfermeira4									
Enf. Maria	Feminino	49	Casada	enfermeira	Especialização em Obstetria	20 anos	Enfermeira do centro cirúrgico	30 horas semanais (12x60) noturnas	Não
Técnica de enfermagem									
Raquel	Feminino	42	Casada	Técnica de enfermagem		4 anos	Auxiliar de enfermagem do centro cirúrgico	30 horas semanais (12x60) diurnas	Sim

** TV = transmissão vertical do HIV ***Trein. Esp = treinamento específico em TV

Por ser uma pesquisa onde a participação dos entrevistados é voluntária houve uma limitação de técnicos de enfermagem entrevistados (apenas uma técnica aceitou participar após diversas tentativas). Mas, através da análise dos prontuários e das entrevistas é possível detectar alguns pontos de conflito nas relações de trabalho desses grupos com os demais.

Foram fornecidos nomes fictícios aos profissionais de saúde com a intenção de facilitar a leitura dos resultados e da discussão.

5.3 Aplicando as categorias

Como descritas no capítulo de Metodologia, as criações das dimensões de análise e das categorias podem ser divididas em dois pólos: obstáculos e facilitadores, para que, os profissionais possam realizar as atividades de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV.

Em um estudo realizado por Cabana e colaboradores (1999), eles usaram um modelo de percepção do profissional. Para a criação desse modelo baseou-se em uma revisão de 76 estudos sobre as barreiras encontradas para aderir a protocolos em diferentes áreas da saúde. Eles identificaram alguns fatores norteadores dessas dificuldades, são eles: a) a falta de conhecimento, b) a falta de ciência no protocolo, c) a falta de familiaridade (não basta saber que existe, tem que ter contato com as rotinas), d) a falta de consenso entre os que devem executar as rotinas, e) a falta de autoconfiança do profissional de saúde (a capacidade de crer na habilidade de realizar determinado comportamento), f) a baixa expectativa nos resultados favoráveis, g) a falta de motivação, e h) a percepção de que os fatores externos vão além do controle individual. Desses os mais relevantes foram: a falta de conhecimento, a falta de motivação e a percepção de que os fatores externos não podem ser mudados ou ajustados.

A adesão do profissional de saúde a protocolos e rotinas será fortemente influenciada por fatores pessoais inerentes ao indivíduo e ao contexto. A falta de algum desses fatores podem funcionar como potencializadores da adesão, assim como, a presença deles pode agir como barreira para a adesão e conseqüente implementação das rotinas, do programa.

O que percebemos é que na maternidade escolhida e diante dos protocolos de recomendações de rotinas da prevenção da transmissão vertical essas barreiras e alguns fatores facilitadores permeiam a atividade do profissional de saúde. O relato das entrevistas demonstra uma real semelhança com os fatores norteadores das dificuldades de se aderir a protocolos descritos pela literatura (Cabana et al, 1999).

1. Os profissionais médicos

A abordagem da prevenção da transmissão vertical do HIV pelo profissional de saúde envolvido no momento do parto é em parte determinada pelo grau de conhecimento e de envolvimento do profissional que realiza as atividades de controle. As rotinas presentes nos manuais, desenvolvidas por gestores e especialistas na área não se concretizam por si só, mas antes, necessitam da incorporação destas condutas na rotina diária dos profissionais da frente de batalha.

Foram seis médicos entrevistados, sendo três pediatras e três obstetras. Durante a pesquisa os entrevistados foram questionados quanto à realização de treinamento específico na área de prevenção da transmissão vertical do HIV. Os profissionais pareciam ter dificuldade em identificar exatamente o que é um treinamento específico. Para alguns, a prática em si, já seria o único treinamento específico. Para outros, nem mesmo o conhecimento das rotinas, a presença de diversos cartazes, a chefia e a experiência prática do assunto configurava um treinamento específico.

Este dado demonstra a dificuldade de permitir uma uniformidade no conhecimento técnico do profissional médico. As formas como o médico adquire o conhecimento, a reciclagem e as novas informações não são padronizados e podem gerar conflito na prática.

I. Obstáculos individuais

a) Conhecimento

O conhecimento do profissional de saúde sobre as medidas de controle e de prevenção da transmissão vertical do HIV funciona como a base para o desenvolvimento da resposta individual que cada profissional pode fornecer. A identificação desse conhecimento pode ser difícil, mas deve ser o ponto de partida para abordar os dilemas na relação entre o executor das medidas e as recomendações.

Os obstetras

Dos três médicos obstetras entrevistados dois tinham mais de 20 anos de formados e um menos de dez anos. Dra. Roberta (obstetra) tinha menos tempo de formada e detinha um maior conhecimento sobre as rotinas do Ministério. Ela ressaltava seguir as rotinas de forma “medular” e havia feito um treinamento específico no manejo de gestante de risco. Para essa entrevistada, o treinamento em si, trouxe não só um maior conhecimento e segurança sobre as condutas do ministério, mas maior importância às discussões e reciclagens.

“eu sei o que é feito no meu plantão porque você acaba fazendo aquela coisa medular, você já sabe o que fazer e faz para todo mundo” Dra. Roberta (obstetra).

Dr. Paulo (obstetra) não relata treinamento específico em obstetrícia e colocava a sua experiência no dia a dia da maternidade.

“a experiência que eu tenho com gestante HIV positivo é essa da maternidade...Treinamento específico de jeito nenhum.”Dr.Paulo (obstetra).

“... Isso a gente faz é nos congressos, assistindo palestras dos professores..., Você traça uma rotina, infelizmente você tem que seguir a rotina do hospital, apesar de muitas coisas você não concordar...” Dr. Paulo (obstetra).

Dra. Mônica (obstetra) teve seu treinamento específico na área de obstetrícia há mais de 20 anos. Mas não relata treinamento específico para manejo de gestantes de risco ou soro positivas em sua formação. O seu treinamento na área tem sido proporcionado pela secretaria ou pela direção do hospital.

“Não, específico não, mas já fiz alguns cursos que a própria secretaria proporciona e a direção do hospital me manda fazer” Dra. Mônica (obstetra).

O conhecimento das rotinas no meio médico mostrou que os obstetras têm um conhecimento adequado das rotinas que devem ser realizadas por eles, mas isso não quer dizer que realizem o que é preconizado.

Os pediatras

Da mesma forma, os pediatras detêm o conhecimento das rotinas que envolvem suas atividades, mas quanto às atividades que envolvem os obstetras, como a indicação de solicitação de teste rápido, o aconselhamento pré-teste, a indicação de cesárea e o conhecimento das rotinas, são bem precários e entra em cena o “achismo”. Sendo “achismo”, aquilo que o profissional “acha” que é certo e faz, mas sem fundamentação teórica.

“Então eu acho assim, se eu fosse HIV positivo eu gostaria de fazer uma cesárea” Dra. Isabel (pediatra).

A experiência em tratar de gestante soro-positivas é considerada como algo alcançado na prática e não com o treinamento decorrente de uma construção teórica. Os médicos entrevistados pareciam confiar mais na prática exercida do que em novos manuais e treinamentos específicos para a prevenção destas doenças. O discurso de conhecimento das rotinas estava presente praticamente em todas as entrevistas. O discurso de conhecer as rotinas do ministério, não significou conhecer de fato ou ter o desejo de realizar as medidas e finalmente cumpri-las.

A teoria de educação em saúde tem sido usada como um dos recursos nos estudos de disseminação e implantação de rotinas na prática médica. Em um estudo realizado por Green et al (1980) ele argumenta que um levantamento cuidadoso das necessidades educacionais dos profissionais deve ser realizado para que haja mudança no comportamento. Para que um profissional seja capaz de aderir às recomendações propostas deve ser considerada a existência de falhas no conhecimento e na capacidade técnica sobre o tema abordado. Conseqüentemente, devem ser criadas estratégias interativas no desenvolvimento e na implementação das rotinas no serviço.

b) Conformidade e resistência

Ao abordar esse termo resistência do profissional de saúde em relação ao conhecimento das rotinas queremos apontar para aqueles profissionais que mesmo conhecendo as rotinas, por não concordar com elas, não as cumpre.

Essa atitude geralmente está presente em profissionais que ocupam cargos de chefia e de liderança. Isso porque podem assumir esta postura sem medo ou inconveniente de advertência. Cabe ressaltar que, não se trata necessariamente de um profissional pouco qualificado. Ele é um profissional qualificado, que tem o conhecimento científico sobre a rotina, mas que por decisão pessoal opta por não segui-las. Para este profissional há uma necessidade eminente de ser convencido, e como isto não ocorre, ele mantém a sua posição de resistência.

Os obstetras

O Dr. Paulo que é o profissional responsável por ser o chefe do plantão em seu dia é resistente a muitos procedimentos como o aconselhamento pré-teste, a cesárea eletiva e a humanização do parto recomendada pelo Ministério da Saúde. As suas colocações trazem à tona a questão do distanciamento entre a construção das rotinas e a execução destas na prática.

“e isso são coisas de pessoas que não imaginam o que elas estão fazendo” Dr. Paulo (obstetra) - Falando sobre os responsáveis por escrever as rotinas.

A humanização do parto não era um dos focos das entrevistas, mas o Dr. Paulo ressaltou sua postura de resistência às recomendações dessa iniciativa do Ministério da Saúde. A adoção de práticas humanizadas e seguras preconizadas implica na organização de rotinas e na realização de procedimentos e condutas acolhedores e não-intervencionistas (Ministério da Saúde, 2001).

“Humanização do parto é... te dar um soro para aliviar essa dor, peridural, fazer episiotomia para que este parto seja o mais rápido... Isso para mim é humanização do parto”
Dr. Paulo (obstetra).

Quando questionado sobre o cumprimento das rotinas do Ministério da Saúde pelo grupo de obstetras da maternidade, a resposta é dada na terceira pessoa, como se o entrevistado não fizesse parte do grupo que realiza as atividades.

“eu acho que eles seguem as normas do ministério” Dr. Paulo. Respondendo a pergunta sobre o cumprimento das rotinas na maternidade em estudo.

O conhecimento científico não parece ser a base para as condutas ou questionamentos, mas a percepção individual do profissional que parece guiar suas ações.

A questão da solicitação do teste rápido especificou claramente sua resistência durante a entrevista. Mesmo tendo conhecimento da norma, ele não concordava e por isso não a seguia. O médico como profissional, como tem autoridade de escolher sua conduta no momento do parto, pode agir como pensa e não como é recomendado. Este exemplo mostra que, quando o profissional, especificamente, o médico não acredita na rotina, na norma, ele simplesmente não a cumpre. E se a cumpre, o faz por tempo limitado, apenas para ser “obediente” às recomendações. (Kelman, 1961).

“Primeiro solicitar a paciente para fazer o teste. Eu me recuso a isto, faz todo mundo, se não fizer eu não faço o pré-natal. Você não tem que pedir para a paciente fazer o teste”.
Dr. Paulo (obstetra).

“Por que eu tenho que pedir para a paciente fazer o teste HIV, qual a razão? Preconceito”. Dr. Paulo (obstetra).

Os outros dois obstetras, mesmo, tendo características diferentes quanto ao tempo de formação apresentam menos resistência às normas preconizadas. A Dra. Roberta (obstetra) com o menor tempo de formação é que se mostrou menos resistente às rotinas preconizadas demonstrando que havia incorporado as rotinas à sua prática. A implementação do programa para essa obstetra faz parte dos seus conhecimentos de base, por isso, não há uma resistência.

Entre os obstetras entrevistados foi possível notar a diferença entre as gerações de profissionais. Entende-se por geração um grupo etário semelhante em um período de tempo específico. Esse grupo experimenta de situações históricas comuns nas diferentes áreas da vida. Esse tipo de influência da geração é ressaltado nas falas da Dra. Roberta, inserida em uma geração diferente da dos dois outros obstetras. As diferenças e as semelhanças entre as gerações de profissionais de saúde envolvidos no momento do parto não foram abordadas

nesse estudo, mas podem ser o foco de estudos futuros sobre a atuação desses profissionais de saúde (Thomas, 1974).

A Dra. Mônica tem mais tempo de formada e tem um grande vínculo com a direção da maternidade. Ela ocupa cargos de chefia e de rotina, estando quase diariamente no serviço. Participa na elaboração das rotinas e tem um maior envolvimento com o serviço, mostrando pouca resistência às rotinas.

“eu concordo com todas as medidas. Elas não são perfeitas, mas eu acho que tem que ser feita” Dra. Mônica (obstetra).

“eu como profissional e estou na rotina e tenho visto, eu fico em cima do resultado do teste, enquanto isso não rompo a bolsa” Dra. Mônica (obstetra).

Os pediatras

Os pediatras apresentam um discurso de menor resistência às medidas de prevenção, mas, às vezes, incoerente com o que é realizado. O grupo da pediatria apresentou a característica de ser mais coeso. A chefia pareceu ser bem presente e com constantes trocas com os pediatras. Mas a falta do embasamento teórico das rotinas permite o seu cumprimento não por crer que é o melhor, mas por causa do sistema de “cobrança”.

“a gente obedece a muito o protocolo, não é? Eu acho assim, aqui às vezes eu faço coisas que lá fora eu não faço e tem coisas aqui que eu faço e não faço lá fora” – Dra. Sara (pediatra).

“não, nunca concordei. Porque eu acho que desde o momento que é pedido tem que ter” – Dra. Isabel (pediatra) falando sobre a recomendação de liberar o seio materno se não tiver o resultado do teste rápido.

b) Cumprimento e incoerência

Durante uma entrevista, o entrevistado pode assumir diferentes posturas com o objetivo de agradar ao entrevistador e comprometer o teor da entrevista. As respostas, muitas vezes incoerentes, podem ser atribuídas até mesmo ao nervosismo de alguns diante da entrevista e de um gravador. Por outro lado, a incoerência pode vir associada a um discurso inseguro que por não saber o que responder, é contraditório.

Os obstetras

Dos obstetras entrevistados apenas o Dr. Paulo apresentou aspectos de incoerência no seu discurso. A atividade de inibição da lactação que é teoricamente da área de responsabilidade do obstetra é colocada em segundo plano, como se não fizesse parte das medidas que o próprio deve realizar.

*“O pessoal aqui manda não fazer o inibidor até porque acho que não tem, não é?”
Dr. Paulo (obstetra).*

Os pediatras

Os pediatras se mostraram incoerentes especificamente com o polêmico tema da contra-indicação da amamentação. Os três concordavam com a contra-indicação da amamentação da gestante soropositiva, mas questionavam como isso deveria ser feito, considerando como a maternidade organiza os seus fluxos de atividades.

O grande dilema encontrado pelos pediatras é a liberação da amamentação sem ter o resultado do teste rápido. Pelo fluxo de atividade da maternidade, o teste rápido é realizado no laboratório que fica em andar diferente do centro obstétrico. Conseqüentemente, depende de algum tipo de transporte da coleta para o laboratório. Esse fluxo pode ser mais lento do que a evolução do parto em si, principalmente, em uma maternidade com grande volume de atendimento. A Dra. Sara e o Dr. Luiz confirmam a liberação do seio materno mesmo não tendo o teste, mas que isso raramente ocorre, é uma exceção na rotina de serviço deles.

“Então é por isso que a gente corre, vai atrás, senão a gente deixava para lá, vai ter que mamar de qualquer jeito, mas a gente tem essa preocupação” Dra. Sara (pediatra).

“Mas se não tivesse esse resultado, o senhor liberaria o seio materno? Liberaria” Dr. Luiz (pediatra).

c) Cumprimento e insegurança

No grupo dos médicos esse componente de insegurança não foi identificado. O cumprimento das rotinas como forma de auto-entrega e obediência ao recomendado pela maternidade não gerou um comportamento de insegurança. Pela própria postura da categoria médica de liderança, nenhum pareceu estar inseguro quanto às condutas, mesmo que, essas fossem contrárias ao preconizado. E, também não pareceram inseguros mesmo, às vezes, sendo incoerentes como abordado anteriormente. Por ser uma categoria de análise importante das entrevistas com o grupo de enfermagem optamos por ressaltar a informação no grupo médico.

II. Obstáculos Institucionais

As atitudes decorrentes do conhecimento sobre o tema não são suficientes para explicar a não adesão a protocolos pelos profissionais de saúde. No estudo realizado por Cabana et al (1999) ele demonstra através do levantamento de diferentes estudos que as barreiras externas podem limitar a adesão tanto quanto as barreiras individuais. Ele enumera três tipos de barreiras externas: as barreiras relacionadas ao próprio protocolo, as barreiras relacionadas ao paciente e as barreiras relacionadas à infra-estrutura do serviço.

No estudo desta dissertação identificamos dois critérios daqueles relacionados ao contexto social para a realização das medidas de prevenção: falha na disseminação das rotinas preconizadas e falhas em identificar o papel de cada profissional no fluxo de trabalho, ou seja, contemplamos dois tipos de barreiras encontradas por Cabana (1999) no estudo previamente citado.

a) Difusão das rotinas

O processo de tomada de decisão do profissional de saúde varia de acordo com a categoria profissional. O modelo de difusão de rotinas para implementá-las divulga cinco passos no processo de decisão, mas, especificamente, para a categoria médica. Os pesquisadores seriam os responsáveis em consolidar a descoberta científica, os clínicos são persuadidos quanto às vantagens da nova rotina. O médico em diferentes locais de trabalho começa a se envolver em atividades (sessões clínicas, leituras de publicações, congressos, treinamentos) que provocam sua decisão de adotar ou rejeitar a rotina, assim, ela é incorporada no dia a dia do profissional, ou ele procura reforços para justificar ou manter sua conduta anterior.

Por fim, mas não menos importante deve ser considerado o contexto social em que a rotina a ser implantada será difundida. Os sistemas mais propensos a responder melhor a uma nova rotina são aqueles com cultura de criatividade e inovação, com um sistema simples de hierarquia e uma liderança bem interessada e compromissada com mudanças e melhorias (Sanson-Fisher, 2004).

Existem diversas maneiras de divulgar uma nova rotina, um novo protocolo. A maneira escolhida por cada grupo profissional para realizá-las depende de vários fatores. Um dos meios mais utilizados pelo sistema de saúde e também pela maternidade em estudo é o uso de cartazes nas paredes e impressos colocados em pastas.

A presença de cartazes e pastas contendo as rotinas pode criar uma sensação de que o que está ali é seguido, ou pelo menos traz uma legitimização do trabalho local. Entretanto, a aquisição de conhecimento e a internalização são pouco influenciados por essas formas de difusão. Aparentemente a presença das rotinas nos cartazes na parede, ou nas folhas impressas nas pastas, ofereceria subsídio à prática cotidiana, ou para lembrar alguma informação. Discute-se sua influência na mudança de condutas e opiniões.

Em um estudo realizado por Davis et al (1995) eles definem intervenções educacionais como sendo qualquer tentativa em promover a mudança na prática clínica dos médicos através de recomendações e novas rotinas. Eles realizaram uma revisão sobre os estudos randomizados sobre os diferentes tipos de intervenções que respondiam a esses critérios. Nenhuma das intervenções observadas, como: freqüentar conferências, opinião de líderes, distribuição de materiais informativos, auditorias, visitas ao serviço, conseguiram realizar o que estavam propondo: disseminação de informação com o intuito de promover adesão. Na verdade, o que eles perceberam é que é necessário um conjunto de atividades e estratégias para disseminar as rotinas que devem ser implantadas no serviço.

Os impressos e cartazes devem ser utilizados como um dos meios de divulgação e não como o veículo principal. Como dito acima, esta forma de comunicação é boa como sistema de lembrança ou sensibilização e não como estratégia de implantação de uma nova rotina.

Os obstetras

Para os obstetras a forma mais utilizada são os cartazes nas paredes e as rotinas escritas penduradas em uma pasta. Há as sessões clínicas do serviço de obstetrícia regularmente uma vez na semana. Essa sessão clínica é identificada como local de difusão das novas rotinas e programas:

“A rotina está escrita nas paredes, pelas vitrines, nos quadros...” Dr. Paulo (obstetra).

“é uma sessão clínica e o assunto varia de acordo com a necessidade do serviço, ou algum caso que tenha acontecido nos últimos dias, e também são discutidas rotinas, antes de se instituir essas rotinas foram discutidas todas em reuniões semanais” Dr. Roberta (obstetra).

Os pediatras

Outra forma de divulgar as rotinas é a utilização de livros de rotina e de livros de passagem de plantão, onde nesses últimos é avisado que todos devem ler a rotina a ser implantada. Usualmente o plantonista deve carimbar e assinar dizendo que leu determinada rotina recomendada. Esse tipo de difusão de informações ocorre prioritariamente no serviço de pediatria.

Os pediatras também se utilizam das sessões clínicas para difundir as rotinas, mas o baixo índice de comparecimento não traz muitas vantagens nessa forma de difusão. Os livros de rotina e de passagem de plantão parecem funcionar como uma boa saída para promover a ciência do grupo quanto as novas rotinas, mas é difícil perceber o quanto esta atividade gera uma mudança no comportamento e assimilação dessa rotina na prática diária.

“Tem um livro que a gente escreve”. – Dra. Sara (pediatra). Falando de como são passadas as informações de rotina.

“Então quando muda alguma coisa ele põe nesse livro aqui: Olha lê a rotina nova, saiu o protocolo...” Dra. Sara (pediatra).

As sessões clínicas e grupos de discussão institucionais são referidos como boas maneiras de divulgar as rotinas e medidas. Infelizmente, todos os profissionais possuem outros empregos com diferentes cargas horárias dificultando a adesão a programações extras ao trabalho. Há a necessidade de criar meios eficazes de difusão das medidas de prevenção para cada grupo profissional através de formas criativas e locais.

“Qualquer mudança a gente tem um livro de intercorrência onde é escrito no livro qual é a rotina que mudou, porque mudou. Tem uma pasta de rotina onde é colocado pra gente tirar qualquer dúvida e as pessoas que fazem a chefia e as próprias rotinas... As rotinas vêm todos os dias de manhã, rotina pra manhã e de tarde” Dra. Isabel (pediatra).

b) Dificuldade de identificar o seu papel no fluxo de atividades

Uma das barreiras encontradas para que sejam realizadas as medidas de prevenção da transmissão vertical é a dificuldade do profissional em conseguir identificar seu papel no processo de prevenção. Esse tema permeia toda a análise porque de certa forma, é causa e efeito. A falta de conhecimento das medidas de prevenção gera uma dificuldade em conseguir identificar as ações específicas para cada grupo profissional. No entanto, a falta de identificação com o protocolo das medidas de prevenção cria uma falta de motivação tanto na realização destas, quanto na busca por novos conhecimentos.

Todos os profissionais entrevistados trabalhavam em outros locais. Alguns deles também trabalhavam exercendo a mesma função em outra maternidade. Essa informação permitiu questionar os entrevistados sobre sua atuação em outro serviço.

O profissional ao realizar a mesma atividade do programa de prevenção e controle da transmissão vertical em diferentes estabelecimentos pode atuar de forma diferente por estar sob um sistema de organização de trabalho distinto. A forma como o trabalho é organizado, as atividades são distribuídas, a equipe é integrada e a estrutura dos fluxos de exames e condutas irá influenciar positivamente ou negativamente.

As atividades de aconselhamento pré e pós-teste rápido não são restritos ao obstetra, mas durante as entrevistas, todos os profissionais atribuíram ao obstetra essa responsabilidade. Por outro lado, a solicitação do teste rápido é vista como um impresso carimbado pelo obstetra que teve o consentimento da gestante, mas sem envolver a atividade de aconselhamento. Nas rotinas do Ministério da Saúde (MS, 2003) não é definido claramente que o profissional responsável por pedir o teste rápido no momento do parto seja o obstetra, mas em todas as entrevistas e na análise do prontuário ficou claro que cabe ao obstetra a solicitação deste teste durante o momento da admissão. Como é o obstetra que solicita, ele deveria ser o responsável por realizar o aconselhamento pré-teste. Entretanto, pensamos que se outros profissionais pudessem realizar o aconselhamento e solicitar do teste, talvez o processo fosse agilizado.

O aconselhamento pré-teste não é visto como uma medida de prevenção. O teste anti-HIV é a medida de prevenção que permite guiar todas as medidas decorrentes de um teste positivo, mas o aconselhamento para a realização deste teste não é identificado como componente da testagem e sim uma medida supérflua no momento do parto.

A cada estabelecimento cabe criar fluxos de trabalho, para que, as rotinas sejam cumpridas. A ausência da divisão do trabalho e responsabilidades pode gerar sobrecarga para alguns profissionais, descoordenação entre as ações e desperdício de recursos com prejuízos para os pacientes, serviços e profissionais.

O grupo dos médicos consegue identificar mais claramente suas atividades no fluxo de prevenção. Tanto os obstetras quanto os pediatras sabem o que é de suas responsabilidades, mas a falta de indicadores de performance do profissional pela instituição dificulta a internalização das medidas.

III. Facilitadores individuais

Internalização

A internalização é considerada como um processo social de mudança do comportamento do profissional de saúde no serviço. O indivíduo recebe uma rotina, uma recomendação e após passar pelos estágios de adesão (Rogers, 1995): conhecimento da rotina, persuasão das informações e forma apresentada, decisão de seguir as recomendações e adesão (ou rejeição), ele torna a rotina como algo inerente a sua prática.

A teoria de influência social dá ênfase no papel de outros na tomada de decisão a respeito da mudança de comportamento. Os costumes, hábitos, crenças pessoais e dos colegas de trabalho, práticas prevalentes e normas sociais, moldam a interpretação das informações disseminadas de cada profissional (Moulding et al, 1999).

O profissional de saúde que internaliza as rotinas gera comportamentos que de forma cíclica mantém sua performance. As atividades internalizadas tornam-se hábitos para os profissionais e esses hábitos geram uma maior internalização. A motivação no trabalho, no ambiente de trabalho influencia a prática profissional e conseqüentemente, a prática impacta o ambiente de trabalho de forma individual e coletiva.

a) Hábito

O hábito, derivado da palavra latina *habitu* significa adquirir uma disposição pela repetição freqüente de um ato (Dicionário Houaiss, 1999). Ele significa internalizar uma ação através da repetição freqüente, podendo ser tanto um bom hábito quanto um mau hábito. No campo da psicologia alguns autores trabalharam com a questão do hábito como componente dos fatores psíquicos que motivam o comportamento social de um indivíduo (Bonfim, 2002).

A ação do hábito não constitui simplesmente a replicação de atos já desempenhados, mas representa um exercício de uma habilidade. Sendo que essa habilidade estará sendo realizada em novas situações (Bonfim, 2002). No serviço de saúde, os hábitos são fundamentais para a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e devem ser lembrados como tal. O presente estudo aborda a definição de hábito de forma mais genérica não querendo nesse momento aprofundar-se nas raízes do conceito.

Diferentes teorias tentam explicar a razão da adesão ou não adesão dos profissionais de saúde aos protocolos recomendados. Uma das teorias estudada é a teoria comportamental. Essa teoria sugere que a performance do profissional de saúde diante das recomendações será influenciada por fatores externos. O que percebemos é que os profissionais de saúde

entrevistados tiveram o seu hábito em realizar as atividades de prevenção influenciada por fatores que vão além de personalidade, ou desejo próprio de cada um, mas dependente da prática, do reforço externo, do modelo de aprendizagem do protocolo (Grol et Grimshaw, 2003).

Os obstetras

A Dra. Roberta em seu discurso falou do hábito. Simplesmente, sua maior relação com o cumprimento das medidas de prevenção estava relacionada com seu hábito em realizar as atividades. Ela descreve em seu discurso a internalização das medidas como descrito por Kelman, sendo algo que concorda com os seus valores e conceitos médicos. Como essa obstetra foi a que mais apresentou concordância com as rotinas recomendadas, esse seu depoimento foi valorizado para a discussão.

“Eu sei o que é feito no meu plantão porque você acaba com aquela coisa medular, você já sabe fazer e faz para todo mundo, sem discriminação”. Dra. Roberta (obstetra).

“Lá eles têm uma rotina muito mais precária, aqui eu percebo a rotina bem mais próxima da preconizada pelo ministério... aqui eles estão sempre cobrando da gente. Se eu esquecer alguma coisinha de uma paciente estão cobrando, acho isso até bom. Agora no hospital do Estado não.” Dra. Roberta (obstetra).

O momento do parto abrange peculiaridades que o tornam um momento crucial para depender dos hábitos. Por ter um caráter urgente, não previsível, dependente de ações e decisões rápidas, o costume do profissional será fator determinante nas suas ações. Não virão em sua mente todos os fluxogramas criados pelo MS, nem mesmo as diversas portarias e rotinas preconizadas, mas o que ele está acostumado a fazer, o que ele tem hábito em cumprir.

Logo, o hábito do profissional aparece como um importante fator determinante para realização ou não das medidas de controle e de prevenção. Dando continuidade as palavras de uma das obstetras entrevistadas, o cumprimento das rotinas vai além da presença ou não de recursos. Os recursos, mesmo estando presentes, não são suficientes para realizar as atividades, mas a atitude do profissional é indispensável.

“Não é questão de recurso, é questão mesmo de orientação, de hábito, de protocolo que agora só está sendo instituído um protocolo”. Dra. Roberta.

“Aconselho. Olha, eu não acho nada muito difícil porque a gente se forma seguindo rotina do protocolo e eu não acho difícil de execução. Deve ser mais difícil se mudar alguma coisa para eu me adaptar, não é?” Dra. Roberta.

O hábito em relação a uma rotina teve uma melhor adequação naqueles entrevistados que tiveram em sua formação acadêmica, na faculdade ou no treinamento específico de residência, as rotinas incorporadas. Os profissionais inseridos no serviço de saúde há mais tempo, apresentavam maior dificuldade em identificar medidas de prevenção, como inerentes aos seus hábitos clínicos.

Aparentemente a formação técnica e o treinamento específico na área permitem que o profissional já tenha o desenvolvimento do seu conhecimento dentro das normas. Isto de certa forma facilita a execução das medidas de prevenção preconizadas, quando elas vêm inseridas em um serviço de formação do profissional de saúde.

Para a Dra. Mônica a internalização das rotinas e até mesmo o conhecimento dessas recomendações irá depender do desejo de cada profissional. O hábito de realizar as atividades preconizadas dependerá não só da instituição, da presença de recursos, mas da personalidade e características individuais dos profissionais.

“O obstetra pode olhar, é só ele levantar o olho e olhar um pouquinho. Vai depender da vontade de cada um...” Dra. Mônica (obstetra).

“São para todos os médicos, é aberto, mas nem todos vão, nem todos vêm, nem todos têm interesse” Dra. Mônica (obstetra). Relatos da obstetra em relação às rotinas difundidas por cartazes e as sessões clínicas do serviço.

O interesse nas formas de disseminação das rotinas dependerá do desejo do profissional de saúde e irá influenciar diretamente no conhecimento acerca das recomendações e sua conseqüente internalização.

Estudos na área de aprendizado de práticas (Green et Seifert, 2005) propõem o desenvolvimento de três estágios no processo de aquisição dessas habilidades. O primeiro estágio seria o declarativo, quando ocorre a construção de uma memória representativa sobre o assunto. No caso em estudo seria quando o profissional de saúde recebe a informação sobre as medidas de prevenção e controle da transmissão vertical e constrói uma compreensão dos fatos. O segundo estágio seria o momento do procedimento. Nessa etapa o indivíduo é capaz de traduzir conhecimento adquirido na etapa anterior em regras de ações. Por exemplo, se der entrada na maternidade uma gestante sem ter realizado o teste anti –HIV no pré-natal, ou sem o resultado desse teste, então deve ser solicitado o teste rápido. Nesse estágio é possível agir sem interpretações, mas ainda seguindo a regra do se isso acontecer então farei aquilo.

E o terceiro e último estágio é o momento em que os procedimentos ocorrem automaticamente, denominado estágio autonômico. Esse estágio é gradual, contínuo e requer uma melhoria constante da parte do executor das ações.

O hábito que pautamos nesta dissertação como um facilitador funciona como um componente desse estágio autonômico. Quando pela repetição de um protocolo, o profissional passa a realizar a atividade de forma automática, então, as atividades passaram a ser um hábito incorporadas as suas rotinas.

Com o advento recente dos protocolos de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV, muitos profissionais inseridos há muito tempo no serviço, assumem uma postura mais resistente à mudança de condutas, fazendo com que o hábito seja uma barreira e não um facilitador.

O hábito do profissional funciona como um facilitador da realização das medidas de prevenção, caso ele as tenha incorporado em sua prática. Por outro lado, se o hábito do profissional vai contra as recomendações, há uma necessidade de promover mudanças e reforços das atividades preconizadas. E, com a frequência destas atividades, elas passam a ser um hábito.

Os pediatras

Cabe ressaltar que o hábito pode trazer algumas dificuldades na realização das medidas de prevenção. Na entrevista da Dra. Sara (pediatra) notamos que o hábito do profissional na sua prática, aparentemente com fins benéficos, pode não estar de acordo com o que é considerada boa prática.

“Oh, eu depois de tantos anos de formada tenho assim um hábito de antes de recomendar qualquer coisa ver o que realmente eu gostaria para mim, entendeu? Então eu acho assim, se eu fosse HIV positivo eu gostaria de fazer uma cesária”. – Dra. Sara (pediatra).

A forte influência do contexto social da instituição no grupo dos pediatras permite que todos afirmem seguir a rotina, mas em seus discursos o dizer seguir a rotina não esteve associado a realizar atividades internalizadas, inerentes as suas atividades na prática. Segundo a Dra. Isabel (pediatra), a disposição seria um dos fatores que permitiriam uma internalização das rotinas. Os profissionais dispostos, que toma a decisão de cumprir as rotinas seria aquele que progressivamente a internalizaria.

“Segue a rotina” Dr. Luiz (pediatra).

“Obedece a muito protocolo” Dra. Isabel (pediatra).

“A gente segue uma rotina um consenso” Dra. Sara (pediatra).

b) Motivação

Os obstetras

Os obstetras mostraram ter satisfação em trabalhar na maternidade estudada. A Dra. Roberta (obstetra) trabalha com obstetrícia em outra maternidade e a sua motivação em trabalhar na maternidade em estudo, está relacionada com o fato de poder observar e comprovar a realização dos protocolos em geral recomendados pelo MS. Percebemos que o contexto organizacional influencia diretamente a motivação do profissional de saúde (Cabana et al, 1999).

*“Lá eles tem uma rotina muito mais precária, aqui eu percebo a rotina bem mais preconizada pelo ministério e no *****existe o cartaz na parede e não existe aquela orientação da rotina” Dra. Roberta (obstetra).*

Os pediatras

Os três pediatras entrevistados compararam a maternidade em estudo com outros locais de trabalho. Os três mostraram estar bem no ambiente de trabalho. Apresentaram algumas diferenças pessoais com o serviço, mas comparativamente ainda era melhor do que os outros locais. Uma das pediatras ressaltou que a motivação do profissional de saúde em cumprir ou não as atividades de prevenção recomendadas também está relacionada com a personalidade e com a disposição do indivíduo.

“Então você está vendo que é tudo organizadinho, eu realmente gosto de trabalhar aqui” Dra. Sara (pediatra).

“Depende da personalidade de cada um, de você ter mais calma ou você questionar tudo... a disposição, o posicionamento” Dra. Sara (pediatra).

A trajetória profissional na instituição variava de acordo com a profissão. A maioria dos médicos entrevistados trabalhava na instituição há mais de 10 anos e apresentavam um discurso prazeroso do local. Por outro lado, a motivação em trabalhar no local não era igual à motivação em propor ou ser submetido às mudanças. Alguns profissionais que exercem a mesma atividade em outro hospital puderam fazer comparações com outros locais de trabalho mostrando que a infra-estrutura, o trabalho em equipe, o envolvimento da chefia contribuíam para a motivação pessoal no trabalho exercido e conseqüentemente na realização das atividades de prevenção.

IV. Facilitadores Institucionais

Na própria instituição há fatores que promovem uma maior internalização das atividades recomendadas na prevenção da transmissão vertical do HIV. Conseguimos identificar nas entrevistas dos profissionais médicos um sistema de supervisão contínua que funciona como uma forma de auditoria e de feedback. Na formação médica, o sistema de feedback é extremamente importante, para que, condutas sejam internalizadas. Compreende-se o feedback como o conjunto de atividades que são capazes de mostrar ao profissional que ele está acertando ou falhando nas suas condutas. Esse conjunto de atividades também é responsável por promover melhorias na atuação (performance) do profissional.

Para promover a internalização de protocolos e recomendações no grupo médico é importante criar meios dentro dos serviços não só de cobrança (auditoria), mas também de feedback. Sistemas de lembrança no serviço, instrutores, chefias presentes, testes individuais são alguns exemplos propostos e analisados. Mas cada instituição pode criar os seus próprios meios de promover a internalização das rotinas como veremos a seguir.

Os obstetras

Das entrevistas com os obstetras, apenas o obstetra com menos tempo de formado, a Dra. Roberta referiu a importância da supervisão contínua para que as medidas sejam cumpridas. Os outros dois obstetras que detinham cargos de chefia não ressaltaram o valor da cobrança no processo de adesão de um protocolo. Isso pode ter acontecido, pois a chefia é exatamente o grupo que deve realizar essa supervisão, sendo difícil para eles identificar essa ação como essencial.

“Aqui eles estão sempre cobrando da gente. Se eu esquecer alguma coisinha de uma paciente estão cobrando, acho isso até bom” Dra. Roberta (obstetra).

“A gente ainda precisa cobrar muito, mas eu como profissional e estou na rotina e tenho visto, eu fico em cima” Dra. Mônica (obstetra).

Os pediatras

O serviço de pediatria parece ser bem articulado com a sua chefia, que é citado diversas vezes durante as entrevistas. A presença de uma chefia forte, que não só fornece a rotina, mas que também realiza supervisão contínua das condutas permite um discurso e algumas vezes uma prática mais coesa de todo o grupo. Mesmo assim, são notadas diferentes opiniões frente às mesmas situações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita entre os pediatras.

“Seguir todo mundo segue, segue sabe por quê? Porque aqui o chefe é bravo. (risos) No sentido assim, ele questiona: “Puxa, vem cá, porque você não fez isso?” Dra. Sara (pediatra)”.

“As leis existem. Existem e têm que existir, não é? Ficam mesmo em cima e chegam aí junto dos pediatras. A cobrança assim, uma cobrança construtiva” Dra. Isabel (pediatra).

A presença de um profissional que possa fornecer uma continuidade das ações preventivas, abordando dificuldades, que esteja atento aos erros e que esteja disposto a fornecer subsídios de conhecimento e discussão dos temas gera um ambiente de maior segurança para os outros profissionais. A presença deste profissional denominado de “rotina”, por sua presença diária no serviço, diminui a impessoalidade dos plantões e permite destacar os erros e nós da organização do trabalho.

A “rotina” tem um papel fundamental na realização das medidas de prevenção das patologias abordadas. Através da “rotina”, há uma melhor determinação das atividades a realizar por cada grupo de profissão, um fornecimento atualizado de informações e um sistema de “auditoria” do serviço.

Infelizmente, a presença da “rotina” nem sempre é tão presente quanto esperado. E eles nunca poderão ficar 24 horas por dia, os sete dias da semana na maternidade. A capacidade de difundir os conhecimentos, de promover reciclagem, de gerar mudanças de comportamento é realizada através da “rotina” até pelos profissionais. Uma “rotina” bem articulada com a chefia e conseqüentemente com as determinações do Ministério da Saúde, permite uma incorporação maior das medidas de prevenção, mesmo que, diante de críticas e colocações. Os consensos nunca irão satisfazer a todos, mas devem ser conhecidos e cumpridos por todos.

“Mas nada assim de ficar no pé, nada disso não, mas uma coisa pro serviço anda correta, entendeu? E todo mundo falar a mesma língua” Dra. Isabel (pediatra).

Os médicos entrevistados nos forneceram informações além do esperado. Os conflitos encontrados na categorização das entrevistas seguem a literatura sobre as dificuldades encontradas para a adesão a protocolos.

Realizar as atividades recomendadas pelo programa de prevenção em transmissão vertical do HIV envolve um conjunto de fatores que podem servir de obstáculos ou como facilitadores para o cumprimento. Conhecer os dilemas que o profissional enfrenta na realização das medidas nos permite planejar ações eficazes que promovam a internalização das recomendações.

2. Os profissionais de enfermagem

Chamamos de grupo da enfermagem as enfermeiras e técnicas de enfermagem. As entrevistas realizadas com o grupo da enfermagem foi realizado sem grandes dificuldade em relação as enfermeiras. Já entre as técnicas de enfermagem do centro obstétrico houve resistência quanto a participação nas entrevistas, como já abordado previamente.

Foram entrevistadas quatro enfermeiras, sendo que duas trabalham em plantões diurnos na unidade e duas trabalham em plantões noturnos. Realizamos uma entrevista com uma técnica de enfermagem.

Em um estudo (Griffin, 2003) realizado em duas maternidades do Rio de Janeiro sobre a cooperação e os conflitos na assistência ao parto entre enfermeiros e obstetras observamos importantes características no relacionamento dessas duas categorias profissionais. O aumento do papel dos enfermeiros na assistência obstétrica tem sido promovido no Brasil como uma ferramenta para melhorar assistência e o cuidado a gestante. Desde 1993 a SMS (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro) do Rio de Janeiro vêm tentando incorporar as enfermeiras obstétricas na assistência pré-natal e no momento do parto. Essa tentativa tem sido acompanhada de experiências bem sucedidas e outras frustrantes.

Nesse estudo realizado por Griffin, Angulo-Tuesta et al (2003) as enfermeiras relataram ver o momento do parto como um processo fisiológico que pode ser acompanhado com poucas intervenções. Já os obstetras do estudo vêem esse momento como meio de intervir, realizar medições técnicas para que o controle da situação evite complicações. Essa diferença na forma de visualizar o momento do parto pode trazer conflitos na realização de medidas de prevenção.

O trabalho em equipe é considerado como algo importante para a assistência, mas a falta de definições de atribuições e competências causa uma limitação da atuação. Esse dado foi também identificado em nossas entrevistas. A enfermeira do centro obstétrico demonstrou estar bastante ocupada, mas sem foco de atividades. Ela se sentia parte e responsável do processo de prevenção da transmissão vertical do HIV, mas teve dificuldade em identificar as suas atribuições no fluxo de atividades.

A mesma categoria de análise utilizada para a profissão médica também foi utilizada para o grupo de enfermagem. Muitas das categorias abordadas foram mais pronunciadas nos médicos, mas questionamentos em relação à enfermagem serão descritos a seguir, assim como as reflexões pertinentes a esse grupo de profissionais de saúde.

I. Obstáculos Individuais

a) Conhecimento

As enfermeiras estão pouco envolvidas nas atividades de prevenção da transmissão vertical do HIV no momento do parto. Os técnicos de enfermagem possuem mais atividades diretas do que as enfermeiras. As rotinas escritas disponíveis para os médicos, não são lidas e nem mesmo disponibilizadas para as enfermeiras.

O conhecimento nas medidas de prevenção e recomendações pareceu superficial e alcançado através da forma mais comum de disseminação da maternidade: os cartazes.

Diversos estudos mostram que o conhecimento superficial nas rotinas e recomendações não garante uma familiaridade com elas. Conseqüentemente se o profissional não está familiarizado com as recomendações então dificilmente ele terá habilidade para colocá-las em prática.

Das quatro enfermeiras entrevistadas, três possuem treinamento em obstetrícia, mas sem reciclagens e treinamentos específicos em gestação de alto risco ou no manejo de gestantes soro-positivas. Uma das enfermeiras não havia sido treinada especificamente em obstetrícia, mas adquiriu a sua prática no serviço após concurso de entrada.

A *Enf. Débora* e a *Enf. Rute* consideram que os seus conhecimentos são provenientes da prática e não de treinamentos teórico-práticos. Uma das explicações para esse fato seria a “recente” presença de gestantes soropositivas na unidade.

“Essa de HIV positivo aqui, gestante, pra nós é recente, é coisa recente, não é? Enf. Débora

“Não, específico, não... através da prática.” – Resposta dada a pergunta sobre treinamento específico e se a forma de se obter experiência em cuidar de gestante soropositiva” – Enf. Rute.

A falta de conhecimento nas atividades de prevenção com um todo e até mesmo do programa de prevenção da transmissão vertical do HIV geraram respostas sem fundamento. Uma das enfermeiras quando questionada em relação a indicação de cesárea para a gestante soropositiva afirmou que não sabia nada a respeito.

“Eu tenho pouco conhecimento para te responder isso. Não tenho base para te responder” Enf Rute.

Essa mesma enfermeira também não sabia se testava o recém nascido ou não após o nascimento (o que não é recomendado em nenhuma situação).

Alguns poderiam levantar a questão de que realmente não cabe a enfermagem decidir sobre essas condutas, mas a questão de ser ou não responsável pela conduta a isenta de conhecer as rotinas?

O conhecimento do grupo das enfermeiras não compromete diretamente o cumprimento de suas atividades. Por outro lado a falta de conhecimento geral no programa limita as suas atividades, trazendo insegurança nas ações e não aproveitamento do potencial técnico das enfermeiras.

A técnica de enfermagem Raquel não considerava ter um treinamento específico na área de gestação de risco, ou um treinamento para lidar com a gestante de soro positiva. Ela trabalha em outra maternidade onde treinada para o projeto nascer com o objetivo de realizar o teste rápido, mas não considerou isso como um treinamento específico para lidar com as medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

b) Cumprimento e resistência

As enfermeiras mesmo não demonstrando conhecer as rotinas tão claramente apresentavam resistência a algumas recomendações independente de serem atividades de sua responsabilidade ou não.

A questão da liberação do seio materno foi o que trouxe mais conflito. Uma enfermeira (Enf. Rute) chega a afirmar que mesmo que o pediatra libere o seio materno, se não tiver o teste rápido ela não coloca o recém nascido no seio materno, afirmando que ela não vai cometer esse erro.

“eu vejo chefia que fala que pode levar ao seio. É para levar? Eu não levo, então se ele quiser levar ele vem aqui e bote no peito ele, porque eu não vou botar, minha conduta não vai ser errada” Enf. Rute. Relato sobre a liberação do seio materno antes do resultado.

A falta de clareza nas atividades e no conhecimento técnico das enfermeiras faz com que algumas atividades elas cumpram outras não. É claro que a relação de cumprimento e resistência nesse grupo é bem diferente do grupo médico. Isso porque as enfermeiras não possuem tanta autonomia nas suas condutas, dependendo da determinação médica.

Por isso o trabalho em equipe e com identificação do papel da enfermeira na prevenção da transmissão do HIV fará com que ela demonstre os seus saberes e práticas (Angulo-Tuesta, 2003).

Uma característica do profissional de enfermagem é estar mais envolvida com as atividades de cuidado do paciente. Muitas vezes é o profissional da instituição que tem mais contato direto com a gestante. Algumas das entrevistadas colocam a questão da dificuldade de

cumprir as atividades preconizadas, ou do cumprimento sem internalização no fluxo de atividades e nas usuárias da maternidade. Em nenhuma entrevista com os médicos surgiu a questão de que as medidas pudessem não estar sendo internalizadas por causa das características das usuárias da maternidade, mas duas enfermeiras levantam essa possibilidade.

“Entrevistador: O que você acha que não está funcionando?”

Enf. Priscila: É difícil...Primeiro a nossa clientela, já começa por aí. É uma clientela que não faz pré-natal, então a gente tem a rotina do teste rápido de HIV que nem sempre é tão rápido assim”.

Em um estudo (Silva et al, 2002) realizado sobre os limites do trabalho multiprofissional no cuidado de soropositivos percebeu que para uma melhoria no atendimento desses pacientes seria fundamental um reconhecimento e o aprofundamento da relação assistência e o cuidado. Conseqüentemente a escuta e o acolhimento só se unirão a prestação da assistência quando houver uma verdadeira comunicação entre os usuários e os profissionais.

Percebemos que a enfermagem tem um importante papel em realizar essa ponte entre o acolhimento e assistência. Alguns do grupo da enfermagem entrevistado se mostraram cumpridores das atividades, sem internalizá-las, mas resistentes a funcionar como essa ponte de ligação.

c) Cumprimento e incoerência

O discurso contraditório estava mais freqüentemente relacionado ao cumprimento das medidas de prevenção. Entre as enfermeiras nota-se a afirmação constante de que cumpriam as rotinas segundo o MS, mas quando questionadas quanto às condutas em si declaravam realizar atividades não preconizadas pelo MS. A falta de conhecimento da rotina em si colocava o profissional em uma situação de realmente acreditar que aquilo que ele está fazendo concorda com o que é preconizado.

“É uma polêmica, porque teve uma época que a gente deixava vir realmente o resultado negativo pra deixar a criança mamar depois desses casos assim que a criança mamou, mas depois veio uma ordem da pediatria, da neonatal que a criança tem que mamar assim que nascer, aqui é um hospital amigo da criança e então assim na verdade é assim tem uma rotina, a gente coloca pra mamar, quando é cesárea que demora um pouco mais, você faz...” Enf. Priscila.

A falta de coerência no discurso não parece estar relacionada ao descaso ou a falta de responsabilidade do profissional, mas sim ao despreparo do profissional em relação àquela questão decorrente de pouca familiaridade com o tema. O profissional conhece, tem ciência do tema, mas não tem intimidade (Cabana et al, 1999).

Cabe, no entanto ressaltar que os profissionais em geral, apresentaram discursos incoerentes mais comumente em relação aos procedimentos não realizados por sua categoria profissional. As enfermeiras pareciam ser incoerentes quanto aos procedimentos de aconselhamento e testagem do HIV. A coleta do exame às vezes ficava sob a sua responsabilidade (é papel da técnica de enfermagem, mas dependendo da situação a enfermeira também colhe), mas o aconselhamento não faz parte da sua rotina.

“Normalmente é feito o médico, só que a gente não participa disso, então eu não tenho muita experiência, já vem de lá com o pedido de HIV”. Enf. Maria.

A incoerência no discurso do profissional envolve não apenas a falta de conhecimento nas medidas de prevenção, mas também o distanciamento de sua prática da rotina preconizada. Esse distanciamento promove uma incoerência nas ações do profissional que tem como objetivo realizar um bom trabalho.

Todas as enfermeiras entrevistadas relataram acerca da “sobrecarga de trabalho” da enfermagem para o volume de trabalho demandado. Mas as ações que poderiam ser de sua responsabilidade não são lembradas como parte de suas atividades.

“a sobrecarga profissional dos enfermeiros é uma absurdo” Enf. Rute.

“a rotina é muito grande” Enf. Priscila.

O grande volume de pacientes também é visto como uma dificuldade de identificar o que precisa ser realizado. Há na maternidade estudada uma sobrecarga profissional das enfermeiras que geralmente é difícil de ser quantificada. O que podemos afirmar é que todas as enfermeiras entrevistadas a questão da sobrecarga de trabalho foi citada como sendo um limitante para melhor performance. Por outro lado em nenhuma das entrevistas realizadas com o grupo médico foi ressaltada a questão do volume de atendimentos.

“tem coisas que acontece que passa desapercibido, porque quando o movimento é grande,...” Enf. Maria

A técnica de enfermagem Raquel entrevistada não apresentou em seu discurso falas que pudessem ser consideradas como incoerentes. Ela demonstrou ser contra algumas atividades realizadas, mas cumpria as atividades sem ser discordante com as recomendações.

d) Cumprimento e insegurança

A autoconfiança em realizar as atividades é crer que é possível cumprir conforme o esperado. Esse tipo de comportamento não depende dos resultados, mas é iniciado e mantido pelo profissional (Cabana et al, 1999).

A insegurança ou falta de confiança na realização das atividades, não é semelhante a ser resistente às rotinas. A insegurança tem início no profissional de saúde como indivíduo, e está relacionado a sua personalidade e temperamento. Ela não depende apenas dos fatores pessoais do profissional, mas também de como ocorre a sua construção do conhecimento sobre o tema.

A presença de um treinamento mais consistente com a prática fornece ao profissional a confiança de que ele está fazendo o que é certo e confirmação de que as medidas de prevenção são eficazes.

A maior insegurança em relação às medidas de prevenção foi detectada no grupo da enfermagem. As entrevistadas apresentavam posturas comportamentais distintas durante as entrevistas. No entanto, as quatro enfermeiras entrevistadas pareciam não estar confiantes quanto às medidas de prevenção. Em parte por causa da falta de conhecimento sobre as medidas, e em parte pela falta de reciclagem e da definição do papel da enfermeira no fluxo de execução das atividades de prevenção.

Como visto no fluxograma de atividades criado a partir da revisão de prontuários, a enfermeira não é identificada como uma participante ativa e fundamental. Conseqüentemente a falta de identificação gera insegurança. A falha no treinamento em serviço, a falta de reciclagem deste grupo de profissionais nas medidas de prevenção, dificultam o cumprimento dessas mesmas medidas.

O treinamento da enfermeira no manejo da gestante HIV positiva geralmente ocorre na prática, mas sem atualizações necessárias permanentes. Muito do que é feito é transmitido de plantão para plantão através dos próprios profissionais envolvidos.

“A gente também aprende aqui, mas normalmente não dá” Enf. Maria - Relato da enfermeira sobre como aprende sobre as medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

A técnica de enfermagem Raquel relatou de forma mais bem definida as suas funções, deixando claro o seu papel na realização das medidas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV. Entretanto em nosso estudo, a compreensão de como essa categoria profissional percebe e atua no controle da transmissão vertical é limitada. Com exceção da técnica de enfermagem entrevistada todas as outras convidadas a participar se recusaram. A

única técnica abordada que desejou participar da entrevista foi uma profissional que já trabalhava na prevenção de HIV vertical em outra maternidade e parecia bastante envolvida com as atividades de prevenção. Ela estava disposta a responder e apresentava um conhecimento diferencial das atividades a serem realizadas.

“Olha o papel do técnico na prevenção é justamente quando ele nasce, que nós fazemos o cuidado, de dar o banho de imediato, e depois dá o xarope, não é?” Técnica Enfermagem Raquel.

No outro hospital em que trabalha são as técnicas de enfermagem do centro cirúrgico que realizam o aconselhamento e a testagem do teste rápido. Após o resultado, ela deve informar o médico obstetra responsável pela gestante. Para realizar essa atividade ela recebeu treinamento, não só sobre a técnica de coleta, mas também sobre as medidas de prevenção da doença. Este tipo de treinamento e envolvimento demonstrou um conhecimento de todo o processo de prevenção mais coerente com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

“O da mãe quem colhe somos nós, os técnicos, a gente colhe que aqui eles fazem o teste do HIV rápido quando a mãe chega sem pré-natal... Quando a mãe chega sem pré-natal, ou então fez o HIV no início do pré-natal. Aí aqui os médicos costumam pedir o HIV rápido. Aí a gente colhe e manda de imediato pro laboratório pra ver se o resultado chega antes do neném nascer pra poder fazer justamente a prevenção.” Técnica de enfermagem Raquel.

II. Obstáculos Institucionais

a) Disseminação das rotinas

A forma como o contexto da organização institucional se articula com os profissionais e com os órgãos provedor das rotinas é fundamental para que estas rotinas sejam difundidas. A dinâmica de disseminação das rotinas no meio profissional e em especial na maternidade irá influenciar diretamente o conhecimento destes profissionais. A postura da maternidade deve ser de criar meios de disseminar as rotinas de forma criativa e de acordo com a realidade local. A criação destas formas de disseminação pode promover um maior conhecimento sobre as medidas de prevenção que devem ser realizadas pelo grupo de profissionais de saúde e conseqüentemente diminuir as atitudes decorrentes da falta deste conhecimento.

Sanson-Fisher et al (2004) discutem sobre a teoria desenvolvida por Rogers (1995) acerca da forma de difusão das rotinas para a prática em saúde, nos serviços. São considerados aspectos das rotinas em si, estilos de comunicação, os passos a serem dados na

tomada de decisão e o contexto social. Esses seriam os fatores que norteiam a difusão ou não de uma rotina a ser implementada no serviço.

Segundo Rogers (1995) existem cinco elementos inerentes da rotina, ou seja, das recomendações do programa que irão influenciar a sua disseminação entre os profissionais de saúde. O primeiro elemento ele denomina de vantagem relativa (*advantage relative*), que é a quanto uma rotina é percebida como melhor do que a anterior ou a que está em vigência. O segundo elemento é o da compatibilidade, que é o quanto a rotina é percebida como sendo compatível com os valores existentes, com as práticas e experiências passadas e com a necessidade de ser adotada. O terceiro elemento seria a da complexidade, que é a quanto uma rotina é percebida como sendo difícil de compreender e de ser colocada em prática. O quarto elemento seria o grau de modificação da rotina em diferentes contextos, gerando crença de que é possível realizá-la. O quinto elemento é a capacidade dos resultados da rotina ser observado por outros.

Como já abordado anteriormente há diferentes estilos de comunicar uma rotina a ser implantada no serviço. Mas alguns estudos (Bero et al, 1998) mostram que a estratégia mais eficaz de comunicação é com o indivíduo, o dito “cara a cara”.

O grupo da enfermagem, as enfermeiras e a técnica de enfermagem entrevistada, demonstraram estar bem distantes das formas utilizadas pelo grupo profissional médico para difusão das rotinas. A forma de difusão do conhecimento fica às vezes dependente do próprio profissional sem materiais específicos para a categoria profissional.

“Tem os cartazes espalhados e você tem acesso. Se o profissional tiver interesse. Por exemplo, eu tenho uma apostila com 50 páginas que na época a chefe do centro cirúrgico liberou para todos os enfermeiros para eles tomarem ciência de como era a rotina” Enf. Rute.

“... estou há 7 anos aqui, nunca vi não.” Enf. Maria – Resposta dada quando perguntada se há algum tipo de treinamento para a enfermagem ou técnicos de enfermagem na unidade.

“Não, não, treinamento nunca fizeram não” Técnica de enfermagem Raquel. Resposta sobre se há treinamento na unidade em relação às medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

Um relato quase que em forma de desabafo de uma das enfermeiras mostrou que a hierarquia na enfermagem pode às vezes dificultar a difusão de rotinas no meio. Segundo ela a distância entre as recomendações e a prática das enfermeiras estaria na questão da dificuldade em passar essas informações para o grupo.

“Muito separados porque aqui se tem reuniões com chefias, chefes de setores, então algumas coisas passam, o chefe do setor passa para o chefe geral que passa para o chefe do outro setor, que passa para o supervisor para você passar, mas não bota por escrito. Fala que vai botar, mas demora-se muito. Quando resolve botar, já está na hora de mudar” Enf Maria.

“A gente é sempre a última, a saber, se discute a melhor maneira, mas quando vai passar para a gente, a gente já atendeu 100 mil e fazendo as coisas erradamente. Podia ter passado as coisas antes, ou estudado com a gente, ou reciclado, um pouco dessas coisas.” Enf Maria.

Sem dúvida alguma a maior dificuldade em internalizar as recomendações pelo grupo da enfermagem está na forma em que estão sendo divulgadas e disseminadas a informação sobre o programa de prevenção. Uma constante reciclagem, treinamentos em serviços podem não só valorizar mais o grupo, mas fornecer o conhecimento necessário para que a enfermagem seja aproveitada ao máximo.

c) Determinação do papel a cumprir

O desperdício de recursos humanos no serviço de saúde foi detectado no estudo realizado por Melchior et al (2006) na rede de assistência ambulatorial em HIV/aids no Brasil. Esse estudo mostrou um alto índice de falta de reuniões sistemáticas com toda a equipe de trabalho (68% dos serviços não realizavam reuniões de trabalho com toda a equipe). Os auxiliares de enfermagem apresentaram no estudo um sub-aproveitamento de suas funções no cuidado e assistência do paciente portador de HIV/aids.

Semelhantemente percebe-se que a estrutura organizacional do momento do parto e a forma como as rotinas estão apresentadas gera um subaproveitamento das categorias profissionais e sobrecarga em outras, sem a necessidade para tal.

A adaptação do fluxo de atividades, a sua coordenação em nível local é em princípio apropriada. No entanto, o seu monitoramento contínuo e avaliações periódicas podem favorecer a melhoria da intervenção.

As enfermeiras identificam o seu papel no fluxo de atividades de prevenção como àquele responsável por checar se tudo está sendo feito. Algumas tiveram dificuldade de identificar o seu papel nesse fluxo, já que nenhuma atividade fica sob sua total responsabilidade. A dissolução das atividades dificulta a avaliação da performance das enfermeiras na prevenção da transmissão vertical do HIV.

“Ligar bonitinho a questão de você estar com o resultado do HIV, ou quando o médico não faz o pedido, a gente está olhando,...é importante que a enfermagem assuma o paciente” - Enf Débora.

Por exemplo, cada serviço de saúde pode determinar o profissional que irá colher o teste rápido. Na maternidade do estudo geralmente é o técnico de enfermagem que colhe o exame. Este por sua vez encaminha o sangue para o laboratório. O momento da coleta é crucial para que todas as medidas de prevenção e medidas que assegurem os direitos da gestante e do recém-nascido sejam cumpridos. Nem mesmo as próprias enfermeiras conseguiram determinar exatamente qual profissional da maternidade era responsável em realizar a coleta de sangue para o teste rápido.

“a gente, a auxiliar de enfermagem” Enf Priscila – Resposta dada a pergunta sobre quem colhe o sangue para o teste rápido.

Mesmo não tendo treinamento específico para aconselhar, a enfermagem acaba assumindo este papel após ser determinada a coleta do exame por solicitação médica. O treinamento específico para realizar o aconselhamento pré-teste rápido, adaptado para as características próprias do momento do parto, para aqueles profissionais que colhem o exame permitiria um melhor cumprimento desta rotina.

A dificuldade de atribuir atividades específicas a enfermagem no momento do parto em relação a prevenção da transmissão vertical gera falta de treinamento específico e atividades cumpridas de forma errônea e sem promover internalização no grupo, como é o exemplo do aconselhamento.

“Ih jamais. Muitas vezes já vim colher e eu aviso que vou colher o exame...” Enf. Rute – Resposta dada se já viu ser realizado o aconselhamento pré e pós teste rápido.

“Só é feito o pedido, a conversa... você que está lá na boca do caixa, você que vai fazer o negócio, você que tem que conversar.” Enf Rute – Resposta dada se é o médico que faz o pedido e o aconselhamento do teste rápido.

A falta de divisão de atribuições das atividades dos profissionais presentes no momento do parto limita o trabalho de equipe que poderia melhorar a resolução das atividades. A identificação do papel da enfermagem no fluxo de prevenção da transmissão vertical do HIV no momento do parto dependerá da melhoria da capacitação técnica do grupo, gerando autonomia profissional (Angulo-Tuesta, 2003).

As atividades são realizadas pelos profissionais, mas a identificação de cada profissional com as suas atividades, sua responsabilidade visualizando todo o programa de prevenção permitiria um maior envolvimento profissional com o processo. Não fornecer ao

profissional objetivo a serem alcançados, metas e uma visão de todo o programa de prevenção é falhar em contribuir para um dos fatores mais importantes no cumprimento das medidas de prevenção pelo profissional: a motivação.

III. Facilitadores Individuais

Internalização

A análise da internalização das rotinas preconizadas na prevenção da transmissão vertical do HIV no grupo da enfermagem ficou um pouco prejudicada. A falta de identificação de atividades sob a responsabilidade das enfermeiras não gerava a necessidade por parte delas de internalizar as rotinas.

Em um estudo realizado sobre os determinantes da intenção das enfermeiras sobre a presença dos pais em uma UTI neonatal (Rossato-Abéde, 2002) foram identificados alguns importantes facilitadores da performance das enfermeiras na sua prática profissional. As enfermeiras são motivadas pelo fator social da instituição para garantir o cumprimento das normas. Para as enfermeiras se a instituição estipula algumas normas e rotinas, por causa de sua postura e atribuição profissional ela estará pronta em cumprir e observar para que outros as cumpram. Esse mesmo estudo mostra que os fatores pessoais tendem a serem menores nesse grupo profissional e a motivação maior da profissional de enfermagem é ver as coisas funcionando, “fluindo”.

O processo de internalização descrito por Kelman (1961) envolve incorporar rotinas e recomendações como parte de suas ações rotineiras. A internalização do grupo da enfermagem em relação a prevenção da transmissão vertical do HIV compreende adquirir conhecimento sobre o programa, promover o acolhimento necessário a gestante e tornar os seu saber e a sua prática parte das atividades recomendadas.

Motivação

A motivação do profissional de saúde em realizar as atividades de prevenção irá influenciar diretamente o programa. A motivação é um fator pessoal, difícil de ser classificado, medido ou abordado.

Nas entrevistas podemos perceber que a motivação dos profissionais dependia da trajetória profissional, da carga de trabalho semanal, do relacionamento com os outros profissionais de saúde, e do prazer nas atividades de seu trabalho.

A participação voluntária na pesquisa pode indicar que todos os que desejaram participar das entrevistas são profissionais motivados com o conhecimento. Por outro lado

àqueles dispostos a participar das entrevistas podem ser justamente os que estão satisfeitos com a unidade e isso deve ser considerado na análise.

Há dois tipos de motivação que podem ser abordadas. A motivação no local e atividades de trabalho e a motivação para a mudança. Não basta ter motivação para realizar as atividades de prevenção ou gostar do local de trabalho, mas estar disposto a mudar se necessário. Será focada aqui a motivação em estar em um ambiente de trabalho que agrada o profissional de saúde, crendo que isso irá facilitar e promover a realização das atividades de prevenção preconizadas.

As enfermeiras demonstraram apreciar o local de trabalho pelas atividades desenvolvidas e pelo grupo de trabalho. Não identificaram dificuldade de relacionamento com os médicos, mas isso não foi perguntado diretamente.

“Aqui é melhor” Enf. Maria. Comparando com outro local de trabalho.

O envolvimento do profissional de saúde com a instituição, a criação de laços de relacionamentos e de confiança geram um ambiente de maior motivação ao trabalho e a realização das medidas de prevenção.

IV. Facilitadores Institucionais

O sistema de supervisão contínua e a regulação do fluxo de trabalho e das condutas permitem uma melhor troca entre os executores da rotina e os que divulgam as rotinas. Para alguns seguir a rotina preconizada está diretamente relacionado à forma de cobrança e exigência do sistema de saúde.

Em diversas revisões e trabalhos (Davis et al, 1997; Grol et al, 2003; Green et al, 2005) que abordam a adoção das recomendações de práticas e condutas pelos profissionais de saúde há a discussão sobre os benefícios da auditoria e feedback. Essas revisões mostram que o sistema de “cobrança” do profissional de saúde é uma medida considerada moderadamente eficaz na implantação das rotinas, mas deve ser incorporado na rotina do serviço, ser direcionada para as categorias profissionais e ser realizada por formadores e líderes de opinião.

No grupo da enfermagem há também um sistema de supervisão contínua, mas não parece ser específico para questões teóricas, ou relacionadas a rotinas e protocolos, mas de caráter administrativo. Por não haver uma caracterização do trabalho da enfermagem no fluxograma de atividades da prevenção da transmissão vertical do HIV, então fica muito restrito o que deve ser cobrado. A questão da supervisão não foi identificada na fala do grupo

da enfermagem (enfermeiros e técnica de enfermagem) como sendo um fator facilitador para a realização das medidas como foi para categoria médica.

“É, as rotinas são mais responsáveis, o pessoal cumpre mais a rotina sabe? Lá é muito solto porque como não tem assim, geralmente é plantonista, só tem uma pessoa, uma obstetra de dia não tem uma rotina às vezes não faz, eu acho que aqui é melhor com a gente”
Enf. Priscila.

A supervisão contínua realizada pela estrutura organizacional seja no nível de instituição, nos setores, ou pela chefia profissional direta favorece um maior envolvimento destes profissionais com o cumprimento das medidas. A simples cobrança não gera os efeitos de aderência desejados, mas a cobrança associada ao *feedback* fornecido pela chefia promove um ambiente de segurança e de contínuo olhar para as rotinas.

CAPÍTULO VI

Considerações Finais

Os dilemas enfrentados, as resistências e as práticas dos profissionais de saúde envolvidos em realizar as atividades de prevenção da transmissão vertical do HIV parecem estar diretamente relacionados com a adesão a protocolos e rotinas. A implementação dessas rotinas, como mostrado nesse estudo, esta relacionada à barreiras e facilitadores identificados. Conhecer esses dilemas é fundamental para compreender a implementação dessas ações.

Analisaram-se dois grupos de profissionais, os médicos e os profissionais de enfermagem. Percebemos que as barreiras e os facilitadores são semelhantes dentro de cada grupo, mas diferentes entre eles.

Na análise das entrevistas dos médicos, observou-se que a dinâmica processual entre o cumprimento e a resistência às ações atua como barreira predominante na prática das atividades de prevenção. A internalização das medidas, mudando a relação entre aceitação e resistência, funciona como importante facilitador para a realização das mesmas atividades. O fato de o médico cumprir algumas atividades não diminuiu a sua resistência a elas. O comportamento de cumprir, mas de não internalizar através do conhecimento, atitude e decisão racional e cientificamente balizada dá margens a padrões comportamentais diferenciados, entre eles, à prática descontínua das ações. A internalização observada em alguns profissionais médicos gera a transformação da ação em algo inerente à prática profissional, isto é, o hábito.

O sistema de supervisão contínua foi identificado pelos médicos, como uma atividade do serviço, ou seja, do contexto organizacional, que influencia positivamente a internalização das atividades preconizadas. A supervisão é então na visão desse grupo um fator importante para criação e manutenção do hábito.

No grupo da enfermagem identificamos que as duas maiores barreiras encontradas, são o conhecimento sobre as rotinas e a forma como essa rotina é disseminada no serviço. As enfermeiras tiveram dificuldade em demonstrar o conhecimento sobre as medidas de prevenção, mas tiveram grande interesse no tema. Para a enfermagem a grande dificuldade para implantação das rotinas é determinar o seu papel na prevenção. A falta de identificação das atividades com a atuação da profissional do grupo faz com que não haja internalização das rotinas. As formas de difusão de novas práticas não valorizam o papel do profissional, geram conhecimentos distorcidos com conseqüentes atitudes e práticas inseguras.

Observou-se que muitos dilemas dos profissionais estão baseados na interação de suas características individuais com o contexto institucional. Um aspecto a ser relevado é a promoção contínua da adesão aos protocolos e rotinas. A simples existência de um protocolo não garante a sua implantação e nem mesmo a ciência de sua existência por aqueles que devem cumpri-lo. Há na literatura diversas abordagens para analisar e promover a relação entre práticas profissionais e protocolos e recomendações, enfatizando aquela interação.

O estudo de revisão realizado por Moulding, Silagy e Weller em 1999, propõe a sintetização das diferentes teorias sociais e comportamentais para a criação de um modelo conceitual para promoção da adesão a protocolos e rotinas pelos profissionais. O modelo une diferentes propostas teóricas para compreender a atitude do profissional da realização de atividades preconizadas e criar passos claros que devem ser tomados para promover a adesão.

Assim, com o objetivo de formular recomendações para a maternidade estudada utilizamos esse modelo para basear as propostas de estratégias de disseminação e implantação de rotinas. Segundo aqueles autores, vários fatores influenciam adesão dos profissionais às rotinas. Esses fatores podem ser arranjados através de várias teorias para explicar as relações entre as práticas profissionais e o contexto onde esses trabalhadores estão inseridos. O modelo apresenta cinco teorias.

A teoria da difusão define que a adesão do profissional está centrada em estágios de adoção: a) fase de conhecimento; b) de persuasão; c) de decisão e d) e de adoção ou resistência. Essa teoria dá ênfase ao papel de profissionais-chaves como agentes de mudança, isto é, eles seriam responsáveis por promover a disseminação das rotinas. Para essa teoria, a implantação de uma rotina é criticamente dependente do nível de conhecimento e da atitude do profissional. Essa teoria é congruente com as análises das entrevistas dos médicos. Percebemos que o conhecimento do médico e as suas mudanças de atitude e comportamento estão fortemente relacionados com a rede social em que ele se encontra, notadamente com o papel de agentes estratégicos de persuasão.

O modelo de “Mudança Comportamental” também discute a trajetória que deve ser percorrida entre o conhecimento de uma rotina e a sua implantação. Esse modelo já citado previamente nessa dissertação preconiza cinco estágios: a) pré-contemplação (o profissional toma ciência de uma nova rotina); b) contemplação (observa a nova rotina); c) preparação (adquire capacitação técnica para colocar em prática as recomendações da nova rotina); d) ação (ato de realizar as atividades recomendadas) e e) manutenção (o profissional é capaz de manter a sua atitude e comportamento diante da nova rotina). A trajetória entre a pré-contemplação e a manutenção envolve a aquisição de conhecimentos e atitudes do

profissional de saúde envolvido. Nessa teoria a mudança de comportamento é vista como um processo e que deverá ser conquistada.

Algumas outras teorias veem complementar a teoria social e comportamental. São elas: a teoria de educação em saúde, a teoria de influência social e a teoria ecológica social. Na teoria de educação em saúde é ressaltada a importância de se identificar as falhas no conhecimento para que essas possam ser resolvidas antes da tentativa de implantação de uma rotina. A teoria de influência social mostra o relevante papel da rede social de colegas de trabalho na formação de interpretações acerca da rotina a ser implantada. Os costumes, crenças e hábitos dos profissionais de saúde interferem diretamente na atitude frente às rotinas preconizadas.

E por fim, a teoria ecológica social vem discutir que o contexto do ambiente organizacional provoca uma influência mútua no comportamento do profissional, onde o ambiente influencia-o e ele também através de seu comportamento influencia o ambiente.

Ao analisarmos essas teorias e nos colocarmos diante da análise das entrevistas realizadas percebemos a importância das características pessoais dos profissionais e dos relacionamentos desenvolvidos na maternidade. O conhecimento da rotina e das recomendações funciona como a base em que essas atitudes podem desenvolver-se. O modelo conceitual para a disseminação e implantação das rotinas tenta unir as diferentes teorias e criar no concreto os cinco passos necessários para obter os resultados de implantação esperados.

Alguns temas demonstraram ser mais polêmicos do que outros para os profissionais de saúde. O aconselhamento pré e pós-teste é um deles. Portanto tomaremos o aconselhamento como exemplo para desenvolver o modelo recomendado.

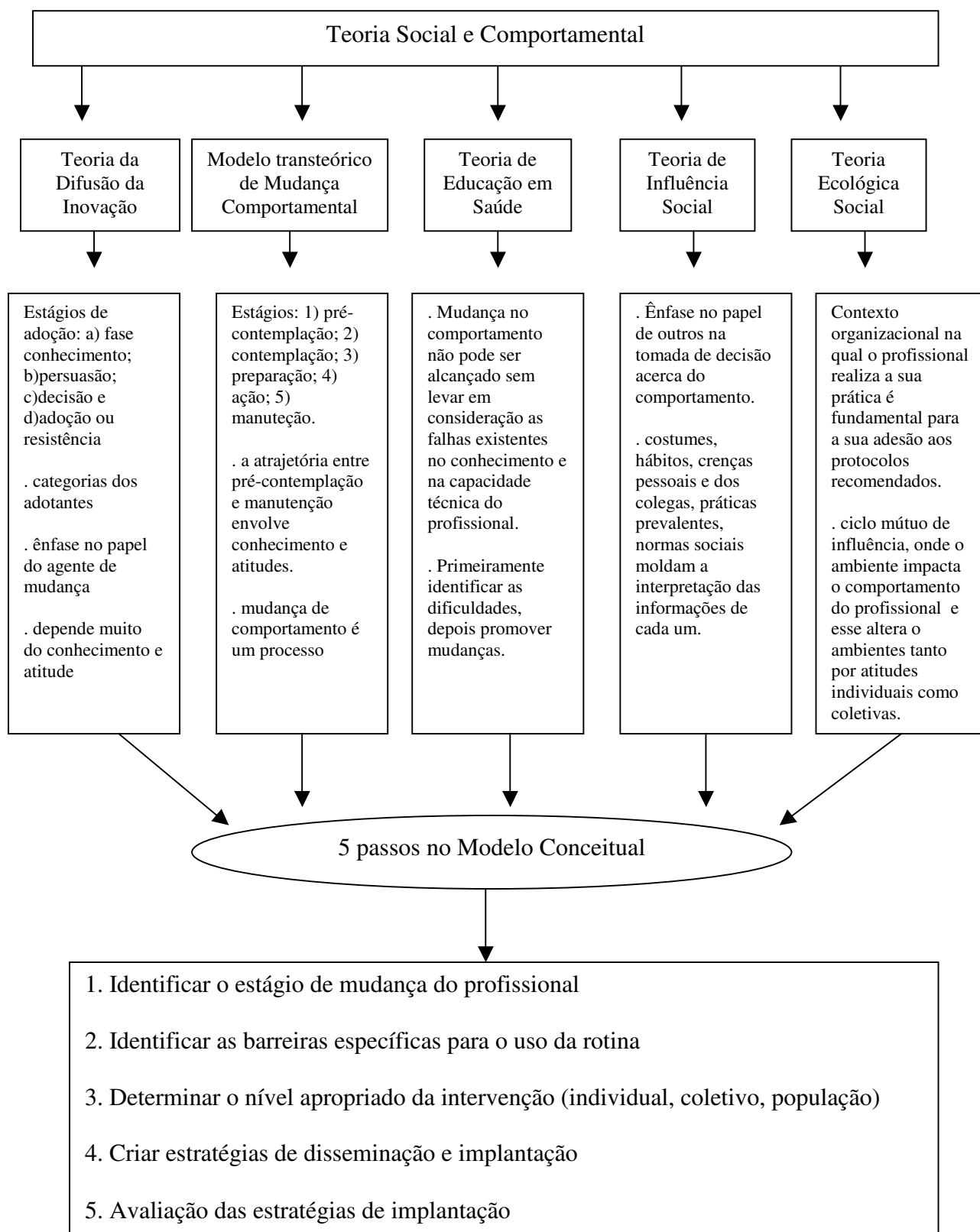
O profissional de saúde pode basicamente atuar de duas formas diante do aconselhamento. A primeira atitude é a de prover informações sobre o teste em si, sua importância e a sua confidencialidade, realizando o aconselhamento como recomendado pelo Ministério da Saúde. A outra atitude é a de assumir que o teste rápido faz parte da rotina de coleta de exames, sem haver a necessidade de explicar para a gestante o que está sendo feito. Nesse segundo caso o profissional de saúde assume uma postura mecânica, justificando na rotina do serviço sua atitude de não aconselhar.

O primeiro passo seria o de caracterizar o estágio do processo de mudança do profissional de saúde. É importante determinar se ele está interessado e disponível para adotar a nova rotina. O segundo passo seria o de identificar as barreiras específicas para o processo de implementação daquela inovação. Nesse passo é essencial conhecer o que inerente à rotina,

interfere em valores e conceitos dos profissionais de saúde. O terceiro passo consiste em determinar o nível apropriado para a intervenção de adesão a rotina. Ou seja, se as principais barreiras encontradas estão no nível individual, organizacional ou social de forma a selecionar as ações que vão ao encontro aos níveis de dificuldade. Criar as estratégias próprias para a disseminação e a implantação dessa nova rotina é o passo a seguir. E por fim, um quinto passo seria o de avaliar as estratégias de implementação e se necessário as ajustá-las.

Independentemente da teoria utilizada para explicar a forma de disseminação e implantação das rotinas é imprescindível saber que as barreiras existem no próprio serviço e são oriundas de diferentes níveis. Mas há também facilitadores que devem ser potencializados para promover uma real adesão dos profissionais de saúde.

MODELO CONCEITUAL PARA DISSEMINAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS (Esquema)



Ao longo do desenvolvimento dessa dissertação foi possível detectar diferentes propostas na literatura para melhoria da implantação de rotinas e protocolos no serviço. Há uma urgência em criar meios de fortalecer a implantação do programa de prevenção para que os resultados esperados sejam alcançados. Identificar os dilemas que envolvem os profissionais de saúde no fluxo de atividades da prevenção permite identificar as iniciativas que estão dando certo e as barreiras para implantação.

Todo o programa a ser implantado apresentará dificuldades, limitações que devem ser vencidas. Identificar estes problemas deverá então ser um ponto importante. Conhecer grupos profissionais envolvidos, a forma como eles se organizam e poder acompanhar os seus desempenhos, são fundamentais para não só identificar as dificuldades, mas para gerar soluções factíveis. A proposta de realizar avaliações no serviço de saúde traz uma possibilidade de contemplar estes objetivos focando na melhoria do programa.

Grishaw et al (2002) sugerem que há estratégias de disseminação e estratégias de implantação para melhorar a adesão dos profissionais de saúde a rotinas. Entre as estratégias de disseminação eles ressaltam as relacionadas com a capacidade de influenciar o conhecimento, e as relacionadas com as atitudes dos profissionais em relação às rotinas e aos protocolos. As estratégias de implantação têm como objetivos melhorar a aderência às recomendações gerando conhecimento e atitudes de mudança na prática.

Algumas estratégias podem ser utilizadas em uma maternidade para melhorar a adesão dos profissionais as rotinas promovendo uma real disseminação e implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV. O desenvolvimento de consensos locais é importante para familiarizar os grupos locais com as rotinas propostas nacionais e criara as pontes entre o que é proposto e o que é factível.

A criação de grupos de aprendizado na própria maternidade pode ser criadas em turnos de plantão de formas criativas e dinâmicas como, por exemplo, casos clínicos reais e familiares para a realidade local. Disseminar as descobertas científicas por correio, e-mail ou outros sistemas pode não gerar uma mudança diretamente, mas pode vir a reiterar e confirmar o que já vem sido trabalhado na maternidade. Existem vários canais de disseminação que podem ser utilizados para promover a difusão do conhecimento. A forma como as rotinas estão sendo disseminadas e implantadas são um ponto ressaltado no modelo teórico conceitual previamente descrito e demonstrar ser extremamente relevante durante o estudo realizado. Em ambos os grupos trabalhados (médicos e enfermagem) notam-se as dificuldades de coerência na forma de disseminação, o que traz insegurança e atividades fora da conformidade.

Grol e colaboradores (2003) desenvolveram um levantamento bibliográfico sobre os estudos que avaliaram intervenções para melhorar a adesão dos profissionais de saúde a protocolos e rotinas. Entre os recursos mais utilizados estão às estratégias educacionais e a auditoria e feedback. Entre as estratégias educacionais há diferentes abordagens como as grandes conferências, cursos, treinamentos em pequenos grupos e facilitadores treinados em serviço. Essas intervenções mostraram ser eficazes apenas quando associadas às outras formas de disseminação.

A auditoria e o feedback foram vistos como uma boa forma de complementar as ações educacionais. Mas a maneira como será desenvolvida essa supervisão contínua (“cobrança”) e a frequência em que ela será realizada influenciará os seus resultados. No estudo realizado percebemos que o sistema de supervisão em serviço, principalmente no grupo dos médicos, tem funcionado como um importante facilitador para que as medidas preconizadas sejam internalizadas.

Outras atividades como lembretes, substituição de tarefas, trabalho multiprofissional, campanhas, gerência de qualidade total, intervenções financeiras e combinações dessas atividades podem ser necessários para promover a implantação do programa no serviço. A presença de indicadores de saúde da maternidade favoráveis nos permite crer que há espaço para a promoção de atividades que potencialize a implantação do programa de controle e prevenção da transmissão vertical do HIV.

Depoimento pessoal

Participar da elaboração e desenvolvimento dessa dissertação trouxe para mim não só a possibilidade de um título acadêmico, mas a inserção no meio de construção e desenvolvimento do saber. Conseguir identificar meios de usar as descobertas tecnológicas da ciência e colocá-las no serviço para a melhoria desses é um desafio que me desperta. Criar estratégias de trabalho e de disseminar e implantar rotinas traz crescimento não só para os profissionais envolvidos, mas para todo o serviço.

O desafio é continuar trilhando no caminho do conhecimento, sabendo que a construção dessa dissertação funcionou como faísca nesse desejo.

BIBLIOGRAFIA

- BARDIN ,L. 1979. *Análise de Conteúdo*.Portugual, Edições 70.
- BERENHOLTZ S, PRONOVOST PJ.2003. *Barriers to translating evidence into practice. Curr Opin Crit Care Aug 2003; 9(4):321-5*
- BERO LA, GRILLI R, GRIMSHAW JM, et al. 1998.*Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. BMJ 1998;317:465-468.*
- BLANCHET A, GOTMAN A. 1992. *L'enquete et ses méthodes: L'entretien*. Paris: Nathan.
- BONFIM, E. Raul Carlos Briquet. Rio d e Janeiro:Imago,2002.
- BORBAS C, MORRIS N et al.2000.*The role of Clinical opinion leaders in guidelines implementation and quality improvement. CHEST; 118:24S-32S.*
- BULTERYS M, FOULLER MG.2000. *Prevention of HIV infection in children. Pediatric Clinic North Am; 47 :241-60.*
- CABANA M, RAND C, POWE N, WU A, WILSON M ET AL.1999. *Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. JAMA, Vol 282(15).*
- CASANOVA AO, BARBOSA RHS. 2004. *Pré-natal e transmissão vertical do HIV – A perspectiva de profissionais da rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro In: Bosi MLM e Mecado FJ, organizadores. Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, Rj: Vozes. P 278-336.*
- CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION – CDC.1994. *Recommendations of the U.S. public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. MMWR; v.43 (RR-11).*
- CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION - CDC.2004. *Public Health Service Task Force recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. MMWR; 51 (RR-18).*
- CONNOR EM et al.1994. *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med; 331 (18):1173-1180.*
- DAVIS DA, TAYLOR-VAISEY A. *Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in adoption of clinical practice guidelines. Can Med Assoc J 1997;157:408-16.*
- DAVIS DA, THOMSON MA, OXMAN AD, HAYNES RB.1995.*Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. J Am Med Assoc; 274:700-705.*
- DATASUS.[http// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
- DHALIA C, BARREIRA D, CASTILHO EA. *A AIDS no Brasil: situação atual e tendências. Boletim Epeidemiológico de AIDS 200 [online]. Brasília (DF); 2000. Disponível no site: http://www.aids.gov.br/udtv/boletim%5Fdez99%5%jun00/AIDS_brasil.htm>*

- FONTANA A, FREY JH.1994. *Interviewing: The art of science. In: Handbook of Qualitative Research (N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, ed.), pp. 361-376, Thousand Oaks: Sage Publications.*
- GRIFFIN K , ANGULO-TUESTA FL et al.2003. *Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. Cad. Saúde Pública Set-Out 2003; 19 (5):1425-1436.*
- GREEN LA, SEIFERT CM. 2005. *Translation of Research Into Practice: Why We Can't "Just Do It". J Am Board Fam Pract 2005;18:541-5*
- GREENHALGH T, ROBERT G, MACFARFALANE F, BATE P et al. 2004. *Difussion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. The Milbank quarterly, Vol 82, No. 4 (pp.581-629)*
- GROL R, GRIMSHAW J.2003. *From best evidence to best practice: effective implantation of change in patients' care. The Lancet. Oct 2003; 362: 1225-1230.*
- GROL R, WENSING M. 2004. *What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. MJA. Vol 180: S57-S60*
- GUAYL L, MARSEILLE E, HAHN JG et al. 1999. *Cost Effectiveness of single-dose nevirapine regime for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa. Lancet; 354:803-09.*
- HARTZ ZMA. 1997. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p. il.*
- HEFFNER JE.2001. *Altering physician behavior to improve clinical performance. Top Health Inf Manage Nov; 22(2):1-9.*
- HORIZONS PROGRAM. 2001.. *Integrating HIV Prevention and Care into Maternal and Child Health Care Settings: Lessons Learned from Horizons Studies July 23-27, 2001 Maasai Mara and Nairobi, Kenya Consultation Report. The Population Council Inc.*
- HOUAISS A, VILLAR FM e FRANCO M. (Orgs.).1999. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva.*
- KELMAN HC. 1961. *Processes of Opinion Change. Public Opinion Quaterly, Vol. 25, No.1 Spring, 1961, pp. 57-78.*
- KIND C, RUDIN C, SIEGRIST CA et al. SWISS NEONATAL HIV STUDY GROUP 9. 1998. *Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective Cesarean section and zidovudine prophylaxis. AIDS. 12(2):205-210.*
- KLINE MW, OCONNOR KG.2003. *Disparity between pediatricians knowledge and practices regarding perinatal human immunodeficiency virus counseling and testing. Pediatrics; 112:367-370.*
- LEAL MC, CUNHA C B. 2004. *Perfil das Maternidades do Projeto Nascer-Brasil. Relatório de pesquisa disponível no Programa Nacional de DST e Aids, Brasília –DF.*
- LITTLEJOHNS P, CLUZEAU F. 2000. *Guidelines for Evaluation. Family Practice; 17:S3-S6.*
- MANDELBROT L, LE CHENEDAC J, BERREBI A, BONGAIN A, et al.1998. *Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. JAMA;280(1):55-60.*

- MARSHALL MN. 1998. *How well do general practioners and hospital consultas work together? A qualitative study of cooperation and conflit within the medical professional.* Br J Gen Pract. Jul;48(432):1379-82.
- MELCHIOR R, NEMES MIB, BASSO CR, CASTANHEIRA ERL, ALVES MTSB, BUCHALL CM, DONNI A. 2006. *Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/aids no Brasil.* Rev Saúde Pública 2006;40(1):143-51.
- MICHIE S, JOHNSTON M. 2004. *Changing clinical behaviour by making guidelines specific.* BMJ. Volume 328. & February 2004. 343-345.
- MINAYO MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Ed Vozes, 10º edição; 1998.
- MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec-Abrasco, 5º edição; 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005. *Boletim Epidemiológico. Programa Nacional de DST e Aids.*
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003. *Projeto Nascer. Programa Nacional de DST e Aids.*
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2000. *Aconselhamento em DST, HIV, Aids: diretrizes e procedimentos básicos.* Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001. *Coordenação DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.* Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2000. *Coordenação DST e Aids. Manual Técnico de assistência pré-natal.* Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2000. *Manual Técnico de gestação de alto risco.* Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar.*
- MORGAN M.2000. *Measuring process and outcomes: professional compliance, professional opinions and patients' well-being.* Family Practice. 2000; 17 (1) S21-S25.
- NEVES JL. 1996. *Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades.* Caderno de Pesquisas em Adimnistração, São Paul, V.1, no 3, 2o sem.
- NOGUEIRA AS. et al.2001. *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.
- OBERSAUCHER N, BAGGALEY R. 2002. *HIV Voluntary Counselling and Testing: a gateway to prevention and care Five case studies related to prevention of mother-to-child transmission of HIV, tuberculosis, young people, and reaching general population groups” UNAIDS/Geneva.*

- PANBURANA P, SIRINAVIN S, PHUAPRADIT W, VIBHAGOOOL A, CHANTRATITA W.2004. *Elective cesarean delivery plus short-course lamivudine and zidovudine for the prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. Am J Obstet Gynecol. Mar;190(3):803-8.*
- PATTON MQ. *How to use qualitative methods in evaluation. London Sage; 1987: 108-43.*
- PATTON MQ. *Utilization-Focused Evaluation. London Sage; 1997: 39-63.*
- PETERS V, LIU KL, DOMINGUEZ K.2004. *Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV-exposed infants born 1996-2000, Pediatric Spectrum of HIV Disease Cohort. Pediatrics; (111): 1186-1191.*
- POPE, C. & MAYS, N., 2005. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2ª Edição.*
- READ JS, NEWELL MK. 2005. *Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. Cochrane Database Syst Rev. Oct 19; (4):CD005479.*
- ROBINSON JS, TURNBULL DA.2004. *Changing healthcare organizations to change clinical performance. MJA; 180 (6): S61-S62.*
- ROGERS E. 1995. *Diffusion of Innovations. The Free Press. NY, USA.*
- ROSSATO-ABÉDE LM, ANGELO M. 2002. *Crenças Determinantes da Intenção da Enfermeira acerca da presença dos pais em Unidades Neonatais de alto-risco. Rev Latino-am Enfermagem; 10(1):48-54.*
- SANSON-FISHER RW. 2004. *Diffusion of innovation theory for clinical change. MJA; 180:S55-S56.*
- SARNA, A 2002. *PMTCT Evaluation: Report on Discussions with National AIDS Control Organization and Visits to Two Pilot Program Studies.*
- SHAFFER N, ROONGPISUTHIPONG A, SIRIWASIN W, CHOTPITAYASUTHIPONG T, CHEARSKUL N, NANCY N, et al. 1999. *Maternal virus load perinatal human immunodeficiency virus type 1 subtype E transmission. Thai J Infect Dis;179:590-9.*
- SIDDIQI K, NEWELL J, ROBINSON M. 2005. *Getting evidence into practice: what works in developing countries? International Journal for Quality in Health Care. Volume 17, Number 5:pp447-453.*
- SINT TT, DABIS F, KAMENGA C, SHAFFER N, ZOYSA I. 2005. *Should nevirapine be used to prevent mother-to-child transmission of HIV among women of unknown serostatus? Bulletin of the World Health Organization 2005;83:224-229.*
- SILVA NEK, OLIVEIRA LA, FIGUEIREDO WS, LANDRONI MAS ET AL. 2002. *Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. Rev Saúde Pública 2002;36(4 Supl): 108-116.*
- SMS/RJ.2005.*Transmissão vertical do HIV no Município do Rio de Janeiro-2005. <http://www.saude.rio.rj.gov.br>*
- SOUZA-JÚNIOR, SZWARCOWAD CL, BARBOSA-JÚNIOR A et al. 2002. *Infecção pelo HIV durante a gestação:Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002HIV infection during pregnancy: the SentinelSurveillance Project, Brazil, 2002.*

- STONE S. 2001. *Hand hygiene: the case for evidence based education*. *J R Soc Med*;94:278-81.
- SZWARCWALD CL, BASTOS FI, ESTEVES MAP, ANDRADE CLT. 2000. *A disseminação da Epidemia da AIDS no Brasil, no Período de 1987-1996: Uma análise espacial*. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.16, supl1, p.7-9..
- TEERARATKUL A, SIMONDS RJ, ASAVAPIRIYANONT S et al. 2005. *Evaluating programs to prevent mother-to-child HIV transmission in two large Bangkok Hospitals, 1999-2001*. *J Acquir Immune Defic Syndr*. Vol 38, number 2, February 1, 2005.
- TESS, BH et al. 1998. *Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil*. *São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1*. *AIDS*, 26:12(5):513-20.
- THE EUROPEAN MODE OF DELIVERY COLLABORATION. 1999. *Elective Cesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial*. *Lancet* 27;353 (9158):1035-9.
- TURATO EG. 2005. *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetos de pesquisa*. *Rev Saúde Publica* 2005; 39(3):507-14.
- UNAIDS. 2005. *AIDS epidemic update*. Genebra. [http:// www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- UNICEF. 2003. *Programme recommendations for the prevention of mother-to-child transmission of HIV – a practical guide for managers*. August, 2003.
- UNICEF. 2003. *Programme recommendations for the prevention of mother-to-child transmission of HIV - a practical guide for managers*.
- VÍCTORA GC, KNAUTH DR, HASSEN MNA. 2000. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000 -136p.
- WHO/CDC (World Health Organization/Center for Diseases Control and Prevention). 2005. *Prevention of Mother-to-Child HIV transmission Generic Training Package*.
<http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/pmtct/>
- WHO/UNAIDS. 2003. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers*.
<http://www.who.int/child-adolescent>
- WHO. 2004. *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the prevention of HIV infants and young children*.
- W. K. KELLOG FOUNDATION. (2001, October). *Logic model development guide*. Battle Creek, MI: Author. <http://www.wkkf.org>
- YIN R. 1994. *Case Study Research. Design and Methods*. 2nd ed. Thousand Oaks : Sage.

ANEXOS

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) participar deste estudo: *“O papel do profissional de saúde na prevenção do HIV vertical e da sífilis congênita no momento do parto”*. Este estudo visa compreender os fatores e o papel do profissional de saúde envolvido no atendimento a gestante no momento do parto no que se refere a prevenção do HIV vertical (mãe para filho) e da Sífilis Congênita (mãe para filho).

Você foi selecionado por ter uma profissão que faz parte deste grupo de profissionais envolvidos na prevenção destas doenças no momento do parto. Logo você se encaixa nos objetivos de análise deste estudo.

Com o objetivo de ter uma melhor análise dos dados fornecidos nesta entrevista, ela será gravada em fita cassete para posterior análise. As informações fornecidas são sigilosas e confidenciais. E o estudo será divulgado sem que seja possível a identificação dos indivíduos.

Você estará recebendo uma cópia deste termo podendo entrar em contato comigo a hora que tiver interesse para esclarecimentos.

Eu ouvi e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2005

Assinatura do voluntário

Número de Identidade

Assinatura do Pesquisador

Número de identidade

Carla Vita Decotelli Mendes/ Fundação Oswaldo Cruz – Ensp/Densp Rua Leopoldo Bulhões 1480, Térreo

2. Roteiro das Entrevistas

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS – PROFISSIONAL DE SAÚDE (Médicos e Enfermagem)

Observação: a técnica de enfermagem foi submetida ao mesmo questionário, mas sem os casos clínicos.

1) Identificação

Sexo: Idade: Estado civil:

Cor/Raça: Como você vê a sua cor/raça:

2) Trajetória profissional

P1- Qual a sua formação?

P2- Quantos anos você atua nesta área?

P3- Você tem outros empregos? Aonde?

P4- Descreva a sua semana de trabalho.

P5- Você tem experiência em cuidar de gestante com HIV? Fez algum treinamento na área? Se sim, qual?

3) Aprendizado pessoal e profissional em relação a gestante HIV e/ou Sífilis positiva

P7- Você tem alguém das suas relações sociais que tem o vírus HIV? Qual é a sua relação com esta pessoa?

P8- Na sua prática de controle de HIV vertical (mãe para filho), qual a atividade você acha mais difícil de ser realizada

Atividade	Informação Espontânea	Informação Induzida	Observação
P9a. Aconselhamento para testagem do HIV			
P9b. Informação de resultados:HIV			
P9c. Prescrição de inibidor de lactação			
P9d. Prescrição de fórmula infantil			
Outros			

4)Conhecimento de rotinas

P10 – Me descreva o que você faz neste hospital que interfere no controle do HIV vertical e da sífilis congênita.

P11- Você conhece o Projeto Nascer do Ministério da Saúde? O que é? Aonde é realizado?

P12- Você sabe se o Ministério da Saúde possui rotinas para orientação no manejo da prevenção do HIV vertical e da sífilis congênita? Você as conhece?

P13- Estas rotinas estão acessíveis em algum lugar do hospital? Você sabe onde? (se possível pedir para pegar)

P14- Você pratica da forma como foi recomendada ou faz alguma adaptação?

P15 - O que mudaria?

P16- Você sabe se há rotinas específicas deste hospital?

a) Para HIV vertical? Qual?

b) Para sífilis congênita? Qual?

P17- Você sabe se há reciclagem ou monitoramento do serviço? (sessões clínicas, revisões de prontuários e outros).

P18- Se trabalha em outro hospital o serviço atua de forma diferente?

P19- Como?

P20- Você acredita que atua de forma diferente? Por quê?

P21- Você sabe quem é o responsável pelo controle dos casos de sífilis congênita e HIV vertical no hospital?

P22- Existe um serviço de epidemiologia no hospital? Você sabe onde fica?

5)Acesso aos insumos e conhecimento científico

Casos clínicos :

P23 – Chega neste hospital uma gestante de 24 anos, primigesta em período expulsivo, que realizou o seu pré-natal em consultório particular, mas não dava direito ao parto. Não tem o cartão de pré-natal, mas tem alguns exames em uma pasta.

Quais exames devem ser checados? Quais exames solicitados se estes acima não foram realizados? Como se procede para ter o exame?

P24 – Uma gestante, Gesta III para II, chega a este hospital sem pré-natal. Os outros dois filhos nasceram de parto normal sem intercorrências. Bolsa rota há 2 horas e dilatação parcial. Foi solicitado um teste rápido para HIV que foi positivo.

Qual o próximo passo? O que deve ser prescrito? (Ir para o quadro abaixo) Qual a via de parto escolhida?

P25- Um médico obstetra de outro hospital solicitou o teste rápido para uma gestante sem o teste que deu entrada neste hospital em período expulsivo. O médico pediatra ao fazer a sala de parto deste recém-nascido não conseguia encontrar a informação de solicitação do teste e nem o resultado.

O que poderia ter sido diferente nesta história?

O médico pediatra deve liberar o seio materno mesmo sem o anti-HIV?

P26- Uma gestante chega ao hospital com pré-natal completo, em trabalho de parto. Gesta I Para 0. Você nota que ela teve um VDRL positivo no segundo trimestre e que foi tratada corretamente com Penicilina Benzatina. O recém-nascido tem exame físico normal, mas resultado solicitado da mãe na admissão mostra que ela tem os mesmos títulos da gestação antes do tratamento.

Qual o tratamento correto da gestante?

O que pode ter acontecido para que os títulos estivessem iguais?

O que deve ser realizado no recém-nascido?

