

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM MEDICINA

TROPICAL

VALDENISE DE OLIVEIRA XAVIER RAMOS

FATORES DE RISCO PARA O DESCONHECIMENTO E

RETARDO PARA O CONHECIMENTO DA SOROLOGIA

PARA O HIV DURANTE A GESTAÇÃO

EM UMA MATERNIDADE DO NORDESTE DO BRASIL

RECIFE - 2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

VALDENISE DE OLIVEIRA XAVIER RAMOS

**FATORES DE RISCO PARA O DESCONHECIMENTO E
RETARDO PARA O CONHECIMENTO DA SOROLOGIA
PARA O HIV DURANTE A GESTAÇÃO
EM UMA MATERNIDADE DO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa
de Pós-Graduação em Medicina
Tropical do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Federal de
Pernambuco como parte do requisito
para a obtenção do grau de mestre em
Medicina Tropical

ORIENTADORA:

Profa. Dra. HELOÍSA RAMOS LACERDA DE MELO.

Coordenadora do programa de Pós-graduação em Medicina
Tropical da Universidade de Pernambuco

CO-ORIENTADOR:

PROF. Dr. RICARDO ARRAES DE ALENCAR XIMENES

Professor do programa de Pós-Graduação em medicina Tropical da
Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE

2008

Ramos, Valdenise de Oliveira Xavier

Fatores de risco para o desconhecimento e retardo para o conhecimento da sorologia para HIV durante a gestação em uma maternidade do nordeste do Brasil / Valdenise de Oliveira Xavier Ramos. – Recife: O Autor, 2008.

ix, 104 folhas : il., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Medicina Tropical, 2008.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Teste HIV – Gestação – Transmissão vertical. 2. Profilaxia da transmissão vertical do HIV. I. Título.

616.98:578.828

CDU (2.ed.)

UFPE

616.970 201

CDD (22.ed.)

CCS2008-047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO (PROPESQ)
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL (PPGMEDTROP)

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DA MESTRANDA

VALDENISE DE OLIVEIRA XAVIER RAMOS

No dia 15 de fevereiro de 2008, às 08h00, na Sala Prof. Murillo La Greca - 3º. and do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (C.C.S./UFPE), os Membros Doutores: **Prof. Dr^a. Vera Magalhães da Silveira (UFPE – Membro Interno)**, a **Prof. Dr^a. Maria Luiza Bezerra Menezes (UPE - Membro Externo)** e a **Prof^a Dr^a Sandra Valongueiro Alves (UPE – Membro Externo)**, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram a mestranda **VALDENISE DE OLIVEIRA XAVIER RAMOS** sobre a sua dissertação intitulada **“FATORES DE RISCO PARA O DESCONHECIMENTO E RETARDO PARA O CONHECIMENTO DA SOROLOGIA PARA O HIV DURANTE A GESTAÇÃO EM UMA MATERNIDADE DO NORDESTE”**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof^a. Dr^a. Vera Magalhães da Silveira

Aprovada

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Bezerra Menezes

Aprovada

Prof^a. Dr^a. Sandra Valongueiro Alves

Aprovada

Vera Magalhães

Prof^a. Dr^a. Vera Magalhães da Silveira

Maria Luiza Menezes

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Bezerra Menezes

Sandra Valongueiro

Prof^a. Dr^a. Sandra Valongueiro Alves

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. José Tadeu Pinheiro

DIRETOR SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Dr. George da Silva Telles

COORDENADORA DO PROGRAMA DE MEDICINA TROPICAL

Profa. Heloísa Ramos Lacerda de Melo

VICE- COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

Profa. Rosângela Cunha Duarte Coelho

CORPO DOCENTE

Profa. Célia Maria Machado Barbosa de Castro

Profa.. Elizabete Malagueño de Santana

Profa. Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Profa. Gerusa Dreyer Vieira

Prof. Joaquim Alfredo Alves Norões

Profa. Maria Amélia Vieira Maciel

Profa. Maria de Fátima Pessoa Militão de Albuquerque

Profa. Maria Rosângela Cunha Duarte Coelho

Prof. Ricardo Arraes de Alencar Ximenes

Profa. Silvia Maria de Lemos Hinrichsen

Profa. Vera Magalhães da Silveira

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo seu amparo constante.

Ao meu marido Amaury e a toda minha família pela compreensão e ajuda amiga nessa caminhada.

Aos meus orientadores por me mostrarem os caminhos a serem seguidos.

A colaboração estatística do Prof. Ulisses Montarroyos.

A Simone Carla da Silva que dividiu a coleta dos dados.

A instituição do Hospital Agamenon Magalhães.

A todas as Puérperas, que por alguns momentos compartilharam um pouco de suas vidas e permitiram que esse estudo fosse realizado.

Aos funcionários Walter Galdino e Jupira Pinho Ramos, pela colaboração amiga.

A todos os colegas do mestrado e doutorado.

A todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta na realização desse trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

HAM - Hospital Agamenon Magalhães

HAART - *Highly active antiretroviral therapy*

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IC - Intervalo de Confiança

MS - Ministério da Saúde

OR - *Odds Ratio*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACTG - *Pediatric Aids Clinical Trials Group*

UNAIDS - *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

LISTA DE TABELAS

ARTIGO


TABELA 1 – Associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e as características biológicas, reprodutivas e sócio-demográficas das puérperas, Recife, 2007.....	51
TABELA 2 - Associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e as características sócio-econômicas do responsável pela família, Recife, 2007.....	52
TABELA 3 - Associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e as características assistenciais no pré-natal, Recife, 2007.....	53
TABELA 4 - Associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e informação em saúde sobre o HIV por parte das puérperas, Recife, 2007.....	54
TABELA 5 - Modelo final de associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e as características das puérperas, Recife, 2007.....	55

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	vii
LISTA DE TABELAS	ix
INTRODUÇÃO.....	14
REVISÃO LITERÁRIA	16
OBJETIVOS.....	27
1. OBJETIVOS GERAIS.....	28
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
METODOLOGIA.....	30
1. DESENHO DO ESTUDO.....	31
1.1. Definição de caso e controle.....	32
1.2. Vantagens e limitações do estudo caso-controle.....	33
2. LOCAL DO ESTUDO.....	34
3. PERÍODO DE ESTUDO.....	35
4. POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	36
5. AMOSTRA.....	37
6. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS.....	38
6.1 Referentes à procedência da amostra.....	38
6.1.2. Referentes ao tamanho da amostra.....	38
6.2. Referentes ao tipo de estudo.....	38
6.2.1. Viés de seleção.....	38
6.2.2. Viés de informação.....	39
7. DEFINIÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	41
7.1. Definição e categorização da variável dependente.....	41
7.2. Definição e categorização das variáveis independentes.....	41

7.2.1. Variáveis biológicas e reprodutivas das puérperas.....	41
7.2.2. Variáveis sócio-demográficas das puérperas.....	42
7.2.3. Variáveis sócio-econômicas do responsável pela família.....	43
7.2.4. Variáveis assistências.....	44
7.2.5. Variáveis de informação em saúde.....	45
8. MÉTODO DE COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	48
ANÁLISE DOS DADOS.....	49
ASPECTOS ÉTICOS.....	51
ARTIGO.....	53
FATORES DE RISCO PARA O DESCONHECIMENTO E RETARDO PARA O CONHECIMENTO DA SOROLOGIA PARA O HIV DURANTE A GESTAÇÃO EM MATERNIDADE DO NORDSTE DO BRASIL	
1. RESUMO.....	55
2. SUMMARY.....	57
3. INTRODUÇÃO.....	58
4. MÉTODOS.....	61
5. RESULTADOS.....	63
6. DISCUSSÃO.....	69
7. CONCLUSÃO.....	75
8. AGRADECIMENTOS.....	76
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXOS.....	91
ANEXO 1 - Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do HAM.....	92
ANEXO 2 - Termo de consentimento.....	93

ANEXO 3 – Formulário de Levantamento de dados da pesquisa.....	95
---	-----------



A razão especial que motivou esta linha de pesquisa foi vivenciar a perplexidade de mulheres, ao se depararem com o diagnóstico de infecção pelo HIV, através do teste rápido, realizado no momento da admissão para o parto. Somado aos conflitos emocionais gerados na equipe de saúde, resultantes, principalmente, da sensação de oportunidades perdidas, por só poder intervir tardiamente na profilaxia da transmissão vertical deste vírus. Tal vivência serviu de estímulo para identificar quais os motivos que impedem que uma mulher, chegue ao momento do parto sem que tenha tido a oportunidade de conhecer a sua sorologia para o HIV.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o final dos anos oitenta a epidemia da Aids vem avançando entre as mulheres², caracterizando a feminização da epidemia. Cerca de 83% dos casos de Aids em mulheres, no Brasil, ocorrem na faixa etária dos 20 aos 49 anos², exatamente o período reprodutivo feminino, o que tem como reflexo direto o aumento do número de casos de Aids resultantes de transmissão vertical.

A transmissão vertical do HIV é a principal causa de Aids na infância, responsável por 82% dos casos de Aids em crianças menores de 13 anos de idade entre os anos de 2004 e 2006².

À luz dos conhecimentos atuais esta forma de transmissão pode ser evitada ou reduzida a valores abaixo de 2%^{32, 33, 34}, a partir do diagnóstico da infecção materna em fase precoce da gestação e instituição de medidas profiláticas em tempo hábil. No entanto, a taxa de transmissão vertical do HIV no Brasil se situa em torno de 6,8%, com valores que alcançam 11,8% na região Norte e 8,9% na região Nordeste¹⁰ e um dos maiores obstáculos para a redução desses índices é falta de diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes, devido a não realização ou o não conhecimento do resultado do teste anti-HIV durante a gestação, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do País^{35, 36, 39, 41, 44}.

REVISÃO LITERÁRIA

Conforme as novas estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Programa das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS), até o ano de 2007, havia um total de 33,2 (34.1- 47) milhões de pessoas no mundo convivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), com a ocorrência de 2,5 milhões de novas infecções e um total de 2,1 milhões de mortes por Aids nesse ano¹.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil, desde o início da epidemia até junho de 2007 foram notificados 477.273 casos de Aids, com 289.074 casos no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.750 no Centro-Oeste e 16.103 no Norte².

No Brasil e nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o número de casos novos de Aids tende a estabilização, enquanto que nas regiões Norte e Nordeste a tendência é de crescimento².

Desde o início da epidemia até junho de 2007, o estado de Pernambuco notificou 13.113 casos de Aids.

No município do Recife, o número de casos de Aids tem evoluído de forma crescente, com média de 324 casos notificados por ano no período de 1996 a 2006, com um total de 4.852 casos de Aids notificados desde o início da epidemia até outubro de 2007².

A epidemia da Aids sofreu modificações epidemiológicas ao longo dos anos e se caracteriza atualmente por pauperização, heterossexualização e feminização, na qual mulheres adultas e jovens estão cada vez mais sendo afetadas. A população feminina responde por 1/3 (159.793) do total de casos de Aids registrados no Brasil até o ano de 2007, havendo uma queda sistemática

da razão entre sexos que passou de 15,1 homens por mulher em 1986 para 1,4 homens por mulher em 2007², sendo que na faixa etária dos 13 aos 19 anos, a partir do ano de 1998, ocorreu inversão na razão entre sexos com uma razão de 0,6/1 no ano de 2005². No município do Recife, o número de casos de Aids tem evoluído de forma crescente, principalmente entre as mulheres e a feminização da epidemia fica evidenciada através da queda da razão entre sexos que passou de 13,7/1 em 1987 para 1,9/1 em 2006³.

Atualmente, 83.3 % dos casos de Aids em mulheres ocorrem na faixa etária dos 20 aos 49 anos², o que coincide exatamente com o período reprodutivo feminino, trazendo para o contexto a gestante soropositiva, cuja prevalência a nível nacional é de 0.4 %⁴. No ano de 2004, através de estudo nacional de prevalência do HIV em gestantes, foi estimado cerca de 12.390 gestantes infectadas naquele ano, tendo como base uma média nacional de 3 milhões de partos ocorridos naquele ano².

A crescente contaminação de mulheres jovens em idade fértil tem como reflexo direto o aumento do número de casos de Aids por transmissão vertical, responsável por cerca de 82% das notificações dos casos de Aids em crianças menores de 13 anos no Brasil, entre os anos de 2004 e 2006². No município do Recife, entre os anos de 1997 e 2006, 100% dos casos de Aids em menores de 13 anos foram secundários à transmissão vertical³.

Segundo estimativas da OMS/UNAIDS até o ano de 2007 havia um total de 2,5 milhões crianças menores de 15 anos convivendo com o HIV/Aids no mundo¹. No Brasil, desde o início da epidemia até o ano de 2007, 13.012 crianças menores de 13 anos já haviam sido acometidas pelo HIV². No ano de

2006, foram notificados 526 casos de Aids em crianças menores de cinco anos e até outubro de 2007 mais 175 casos².

A transmissão do HIV, caso nenhuma medida profilática seja instituída, é da ordem de 25,5%⁵, com 35% da transmissão ocorrendo intra-útero, principalmente no final da gestação e 65% no trabalho de parto e parto^{6, 7, 8}. A amamentação acrescenta risco de 7 a 22%, chegando a 40% quando a infecção materna é recente⁹. Existindo uma relação direta entre o tempo de amamentação e as taxas de transmissão do vírus¹⁰.

Diversos fatores interferem na transmissão vertical do HIV, tais como fatores Virais: genótipo, fenótipo, carga viral materna^{11, 12} e carga viral nas secreções cérvico-vaginal¹³; fatores maternos: uso de drogas ilícitas^{12, 16}, estado clínico e imunológico da gestante^{14, 15, 16}; fatores obstétricos como tempo de ruptura das membranas amnióticas^{15, 16}, tipo de parto^{14, 17}, procedimentos invasivos e hemorragias; fatores ligados ao recém-nascido como prematuridade e baixo peso ao nascer^{14, 15, 16}, práticas alimentares como a amamentação^{9, 10} e intervenções profiláticas como o uso de anti-retrovirais^{5, 12, 14, 20}.

Desde o ano de 1994 com o clássico estudo de Connor et. al. através do protocolo 076 do Pediatric Aids Clinical Trials Group (PACTG 076), ficou evidenciado que o uso da Zidovudina a partir da 14^a semana de gestação, durante o trabalho de parto e parto e seu uso pelo recém-nascido até seis semanas após o nascimento, juntamente com a não amamentação, é capaz de reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV em 67,5%⁵. Estudos posteriores evidenciaram redução das taxas de transmissão para 0,8 a 2% com associação do parto cesárea eletivo às medidas anteriores^{18, 19}.

Posteriormente Wade et al.²⁰ (1998), evidenciaram benefícios do uso da Zidovudina por períodos mais curtos, com taxas de transmissão de 6,1% (IC 4,1-8,9) quando iniciada no período pré-natal, de forma semelhante ao protocolo 076 do PACTG; de 10% (IC 3,3 -21,8) quando iniciada no trabalho de parto e parto e mantida por 42 dias para o recém-nascido e de 9,3% (IC 4,1-17,5) quando iniciado apenas para o recém-nascido dentro das 48 horas do nascimento e mantida por até 42 dias de vida. Obtendo valores insatisfatórios quando iniciada para o recém-nascido no terceiro dia de vida com valores de 18,4% (IC 7,7- 34,3).

Cooper et al.¹² (2002), avaliando um grupo de 2.549 mães infectadas e crianças expostas entre os anos de 1990 a 2000, nos Estados Unidos, verificaram resultados superiores na redução das taxas de transmissão vertical do HIV, com o uso de anti-retrovirais combinados, incluindo drogas altamente potentes (HAART), em relação ao uso da Zidovudina em monoterapia. Obtendo taxas de transmissão vertical de 10,8% (IC 8,2 - 12,6) com uso de Zidovudina em monoterapia e de 1,2% (IC 0 - 2,5) com o uso da HAART. De forma que, atualmente, o uso isolado da Zidovudina, em monoterapia, é considerada sub-ótimo para a profilaxia da transmissão vertical do HIV²¹. Nesse estudo, também foi evidenciado uma relação direta entre o tempo de uso das medicações e a redução das taxas de transmissão vertical desse vírus, com valores de 3,6% (IC 0 - 7) quando a HAART era administrada por apenas um trimestre de gestação e de 0-3% quando administrada por dois ou três trimestres de gestação¹².

Diversos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de conseguir menores taxas de transmissão vertical do HIV, de formas mais simples e com

menores custos, principalmente para que sejam adotadas em países com escassez de recursos financeiros^{20, 22, 23, 24,25}.

No ano de 2004, Lallemand et al. em estudo realizado na Tailândia, com o uso da Zidovudina a partir da 28 semanas de gestação, associada à Nevirapina, em dose única, dada à mãe na hora do parto e o uso da Zidovudina para o bebê por sete dias, com ou sem uma única dose de Nevirapina, conseguiu excelentes resultados na redução das taxas de transmissão vertical do HIV, com valores de 1,9% (IC 0,9 – 3)²³.

A organização Mundial de Saúde (OMS) tem sugerido este esquema associado ao uso de Zidovudina e Lamivudina, para a mãe, nos sete dias seguintes à dose de Nevirapina, dada no momento do parto (com o objetivo de evitar o desenvolvimento de cepas virais resistentes aos inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos)²⁶ e faz referência aos excelentes resultados obtidos com esquemas mais complexos¹² usados em países europeus, Estados Unidos, alguns países da América Latina e Brasil que têm obtido taxas de transmissão vertical abaixo de 2%²⁶ com o uso desses esquemas.

A OMS orienta esquema mais simples, como última alternativa, para locais isentos de recursos, na tentativa de evitar a transmissão vertical do HIV, que consiste em administrar uma única dose de Nevirapina à mãe na hora do parto e para o bebê logo após o nascimento, trazendo eficácia de até 40%^{27, 28}. Porém, este esquema profilático apesar da eficácia, está associado a riscos elevados de resistência viral aos inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos, para a mãe e para a criança, caso a profilaxia não obtenha sucesso²⁹.

Os estudos evidenciam que os esquemas profiláticos mais eficazes são aqueles que associam profilaxia usada no período gestacional, durante o trabalho de parto e parto e pelo recém-nascido, pois atuam através de três mecanismos: redução da carga viral materna durante a gestação, profilaxia durante a exposição ao vírus no momento do trabalho de parto e parto e profilaxia pós-exposição com o uso pelo recém-nascido logo após o parto.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, desde o ano de 1997, adotou efetivamente o uso de medidas profiláticas em relação à transmissão vertical do HIV, (Portaria Técnica Ministerial nº 874/97)³⁰, através de normas específicas contidas em manuais que são atualizados periodicamente. Recomendando a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento e consentimento, para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal e, mais recentemente, a repetição do teste no início do terceiro trimestre de gestação e disponibiliza, gratuitamente, testes diagnósticos, anti-retrovirais, tipo de parto indicado, substituto para o aleitamento materno e acompanhamento especializado para as mães e crianças expostas³¹.

As orientações atuais do Ministério da Saúde do Brasil, em relação à profilaxia da transmissão vertical do HIV indicam, para as mães infectadas que não necessitam de tratamento por sua própria doença, que seja iniciada terapia anti-retroviral combinada a partir da 14^a semana de gestação, resguardando o período da embriogênese. Nos casos em que a mãe tem indicação para tratamento, a terapia anti-retroviral combinada deve ser iniciada mesmo no primeiro trimestre de gestação e para aquelas que já estavam em curso de tratamento orienta, que sua terapia seja adaptada para o período gestacional.

Com orientação do uso da Zidovudina venosa para a mãe durante o trabalho de parto e parto e seu uso pela criança até seis semanas após o nascimento.

O MS ressalta que uso da Zidovudina para a gestante em monoterapia pode ser considerado, porém apenas para os casos de mães assintomáticas, com níveis de linfócitos T CD4+ acima de 200 células/mm³, com carga viral abaixo de 1.000 cópias/mL, virgens de tratamento e desde que seja garantido o parto cesárea. Orienta ainda, que nos casos de diagnósticos tardios da infecção materna, durante a gestação, que a profilaxia seja iniciada logo após o diagnóstico³¹.

Estas orientações profiláticas, adotadas pelo MS do Brasil têm obtido excelentes resultados com taxas de transmissão vertical do HIV que variam de 0 a 1, 6%^{32, 33, 34} com o uso dessas medidas.

No entanto, para que estas medidas sejam instituídas em tempo hábil, é fundamental o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV em gestantes. Entretanto, estudos a nível nacional e em diferentes regiões do País, evidenciam um alto grau de desconhecimento do estado sorológico em relação ao HIV, mesmo para aquelas gestantes que fizeram o pré-natal, com menor grau de desconhecimento verificado na região Sul do País.

Em estudo realizado por Succi e Costa³⁵ (2006), no município de Belém, no Pará, com 813 gestantes, foi verificado que 94,59% fizeram o pré-natal, porém apenas 23% foram encaminhadas para o teste e destas 15,25% ignoravam o resultado.

Estudo realizado no estado de Sergipe por Lemos et al.³⁶ (2005), com 9.215 parturientes em maternidades do SUS, evidenciou que 89% realizaram o

pré-natal, entretanto, apenas 32,5% foram submetidas ao teste anti-HIV na gestação e das gestantes soropositivas, 59% desconheciam seu estado sorológico antes do admissão para o parto.

Conforme o boletim do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Agamenon Magalhães, no ano de 2006, de 2300 gestante testadas para o HIV no momento de admissão para o parto nesta unidade de janeiro a outubro, 13 tiveram infecção confirmada, entretanto, 69% desconheciam seu estado sorológico até o momento de admissão para o parto³⁷.

Em contraste aos estudos realizados nas regiões Norte e Nordeste do País, estudo realizado em Porto Alegre por Rosa et al.³⁸ (2006), com 1.642 gestantes evidenciou que 94,3% das puérperas haviam sido testadas para o HIV na gestação, documentando uma maior cobertura do teste anti-HIV durante a gestação na região Sul do País³⁸.

A nível nacional, o Estudo Sentinela Parturiente do ano de 2002 estimou taxa de cobertura do teste anti-HIV em gestantes no Brasil de 52%, com grandes diferenças de cobertura entre as cinco regiões do País, com cobertura de 72% na região Sul e de 24% para a região Nordeste³⁹.

Estes estudos apontam como fatores associados ao desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação, a baixa escolaridade, a baixa renda, a faixa etária jovem (adolescentes) e a procedência de cidades de pequeno porte e das regiões Norte e Nordeste do País^{38, 39, 40,41}.

Devido às falhas de cobertura do teste ou da qualidade do pré-natal e às dificuldades de acesso ao teste anti-HIV, em algumas regiões do País, foi criado pelo MS, no ano de 2003 o Projeto Nascer Maternidade (implantado,

inicialmente, nas maternidades do SUS e conveniadas, que preenchiam critérios pré-estabelecidos, como o número de partos por ano acima de 500 e número de notificações de casos de Aids por transmissão vertical, entre outras especificações)⁴². Este Projeto tem como objetivo diagnosticar os casos de mães HIV positivas que não foram diagnosticadas no pré-natal, com a realização do teste rápido anti-HIV no momento de admissão para o parto, em todas as gestantes que não o fizeram durante a gravidez. Em caso de positividade do teste, é indicado o uso de Zidovudina venosa para a gestante durante o trabalho de parto e parto, seu uso pelo RN durante as seis primeiras semanas do nascimento e fornecido substituto para o leite materno. Além de encaminhamento da mãe e RN para acompanhamento especializado após a alta⁴².

A adoção das medidas profiláticas orientadas pelo MS, iniciadas durante a gestação ou no momento de admissão para o parto, nos casos de diagnósticos tardios, conseguiu reduzir em cerca de 50% o número de casos de Aids resultantes de transmissão vertical, entre os anos de 1996 a 2005 (de 1228 para 648 casos) no Brasil².

No entanto, as taxas de transmissão vertical do HIV no País ainda não atingiram os valores desejados, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do País⁴³ e uma das grandes barreiras é ainda a baixa cobertura do teste anti-HIV durante a gestação, conforme evidenciado pelos estudos sentinelas parturientes dos anos de 2004⁴⁴ e 2006⁴¹ que registraram cobertura nacional de 62%, mantendo diferenças regionais, que para o ano de 2006 foram de 86% para a região Sul, 74% para a região Sudeste e 70% para a região Centro-Oeste, em contraste com as regiões Norte e Nordeste que apresentaram

coberturas de 46% e 41% respectivamente. Fato preocupante, uma vez que, nestas regiões, a epidemia da Aids apresenta tendência a crescimento².

OBJETIVOS

1- OBJETIVOS GERAIS

Determinar a frequência do conhecimento da sorologia para o HIV até a 14ª semana de gestação. Determinar a frequência do desconhecimento da sorologia para o HIV durante todo o período gestacional e Identificar os fatores de risco para este desconhecimento.

2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar a frequência de mulheres que conheciam sua sorologia para o HIV (cobertura do teste) até a 14^a semana de gestação.

2. Determinar a frequência de mulheres que desconheciam sua sorologia para o HIV durante a gestação.

3. Identificar os fatores de risco para o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação entre variáveis de ordem biológicas, reprodutivas, sócio-demográficas, assistenciais e de informação em saúde.

METODOLOGIA

1. DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um corte transversal para determinar a frequência do conhecimento da sorologia para o HIV até a 14^a semana de gestação e a frequência do desconhecimento da sorologia para o HIV durante todo o período gestacional e posteriormente foi realizado um estudo caso-controle.

1.1. DEFINIÇÃO DE CASOS E CONTROLES:

Casos: puérperas que não realizaram o teste anti-HIV durante a gestação ou que mesmo tendo realizado o teste durante a gestação, não tenham tido conhecimento do resultado, antes da admissão para o parto.

Controles: puérperas que realizaram o teste durante a gestação e que tiveram conhecimento do resultado, antes da admissão para o parto.

1. 2. VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO CASO-CONTROLE:

1.2.1. Vantagens:

O estudo de caso-controle é de baixo custo e de realização rápida, muitos fatores de riscos podem ser investigados simultaneamente⁴⁵, o que é relevante no estudo em questão, no qual se deseja analisar vários fatores associados ao desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação.

1.2.2. Limitações:

- A seleção do grupo controle é uma grande dificuldade, porém no estudo em curso, caso e controle são oriundos da mesma população de puérperas.

- Lidar com fatos que ocorreram no passado: O que no estudo em análise não será relevante, em virtude do curto período de tempo que é uma gestação e por ser o teste anti-HIV um exame marcante. Além de que, os fatores de riscos avaliados sofrem pouca ou nenhuma influência do papel da memória nem de registros antigos de prontuários.

2. LOCAL DO ESTUDO:

Pesquisa realizada na maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), localizado na cidade de Recife, capital do Estado de Pernambuco, que fica no Nordeste do Brasil.

A referida maternidade é um centro de referência para gestação de alto risco, atende parturientes exclusivamente da Rede Pública de Saúde, provenientes de várias cidades do estado, realiza aproximadamente três mil partos por ano e está afiliada ao Projeto Nascer Maternidade do MS.

3. PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no período de abril a outubro de 2007.

4. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Mulheres no puerpério imediato, internadas na maternidade do HAM, no período de estudo, pertencentes à amostra selecionada, que aceitaram em participar da pesquisa através do consentimento livre e esclarecido e que satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão definidos para a pesquisa.

Critérios de inclusão:

Foram incluídas na pesquisa todas as puérperas cuja gestação não tenha resultado em abortamento. Adotando o conceito de abortamento estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, que considera abortamento a interrupção da gestação com idade gestacional menor que 22 semanas e peso fetal inferior a 500 gramas. Considerando o critério peso abaixo de 500 gramas como prioritário para a definição.

Critérios de Exclusão:

- Mulheres no puerpério imediato com diagnóstico de infecção pelo HIV prévio a gestação.

- Mulheres no puerpério imediato com patologias graves, distúrbios mentais e/ou com dificuldade de comunicação, durante todo o período de estudo, que viessem a prejudicar a obtenção das informações contidas no questionário.

- Mulheres que tenham sofrido abortamento, devido ao curto período gestacional decorrido, o que poderia vir a prejudicar a avaliação do desconhecimento do estado sorológico ao HIV durante a gestação.

5. AMOSTRA

A amostra foi calculada baseada na análise dos 150 primeiros questionários, admitindo um erro alfa de 5% e um poder de amostra de 80%⁴⁶, com base na menor “odds ratio” encontrada que foi de 2,37 (variável: conhecimento da finalidade do teste anti-HIV) e frequência correspondente de exposição entre os controles que foi de 18,7%, com proporção de um caso para cada três controles, chegando a um cálculo de 79/237. A amostra final foi composta de 105 casos para 380 controles, contabilizando um total de 485 puérperas.

As puérperas foram identificadas através do livro de registro de ocorrências da sala de parto e selecionadas através de amostragem aleatória simples, com reposição.

6. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS:

6.1. Referente à procedência da amostra:

Uma limitação do estudo resultou por ser a amostra oriunda de um hospital de referência para gestação de alto risco, de forma que os resultados encontrados só deverão ser extrapolados para população de gestantes que tenham as mesmas características.

6.1.2. Referentes ao tamanho da amostra:

Alguns intervalos de confiança alargados resultaram do tamanho da amostra, no entanto, o aumento do tamanho da amostra não alteraria a significância estatística encontrada, contribuiria para aumentar a precisão, ou seja, obter intervalos de confiança mais estreitos.

6.2. Referente ao tipo de estudo:

O estudo Caso-controle é susceptível a viés de seleção e de informação.

6.2.1 Viés de Seleção:

“O viés de seleção ocorre quando a amostra estudada não representa todos os grupos da população de estudo”⁴⁵. Como não houve nenhuma seleção prévia do grupo estudado quanto às características que pudessem estar relacionadas com o desconhecimento do estado sorológico ao HIV, não se espera que haja diferença de características entre a população da amostra estudada e o universo de onde foi retirado, acrescentando que caso e controle foram selecionados de forma aleatória e oriundos do mesmo universo.

O número de recusas para participar do estudo por parte dos componentes da amostra selecionada (perdas), pode implicar em viés de seleção. Para minimizar o número de recusas foi esclarecido para as puérperas a importância da realização da pesquisa, para uma melhoria na qualidade da assistência prestada no pré-natal. Apenas uma puérpera se recusou a participar do estudo. Essa puérpera havia realizado o teste e obtido o resultado.

6.2.2 Viés de informação:

6.2.2.a. Viés do respondente:

Viés de memória - “É um erro sistemático devido a diferenças em lembrar episódios passados”⁴⁵.

Como o teste HIV é um exame marcante e as variáveis em análise sofrem pouca ou nenhuma influência da memória, além de que o período gestacional é relativamente curto, provavelmente o viés de memória não deve ter sido introduzido na pesquisa.

Um outro tipo de viés que pode ter sido introduzido na pesquisa, seria resultante de uma resposta falsa por parte das entrevistadas sobre o conhecimento da sua sorologia para o HIV durante a gestação, levando a um erro de classificação. Este tipo de viés foi difícil de ser contornado, uma vez que as puérperas foram provenientes de várias cidades do estado e não se dispõe de um sistema de registro único, que forneça os dados dos exames realizados no pré-natal, que servisse como referência para validar as respostas das puérperas. De forma que o recurso disponível, onde se pôde ter o registro do teste no momento de admissão para o parto, foi o cartão do pré-natal,

porém em cerca de 50% dos casos as puérperas informaram ter realizado o teste e não havia registro desse dado no cartão do pré-natal. Tal fato pode ter sido resultante, do esquecimento de anotar o teste por parte do profissional de saúde que realizou o pré-natal ou de uma resposta falsa por parte das puérperas, indicando que, infelizmente, no momento, não se dispõe de um padrão ouro para validar tal informação.

6.2.2.b. Viés do observador:

“Refere-se à situação na qual o processo de obtenção de informação pelo investigador difere se o informante é um caso ou um controle”⁴⁷.

Para minimizar este tipo de viés, foi utilizado um questionário padrão para todas as entrevistadas, com questões fechadas e submetido à avaliação prévia por estudo piloto (ANEXO 2).

7. DEFINIÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS:

7.1 – Definição e Categorização da Variável Dependente:

Desconhecimento do Estado Sorológico ao HIV – definido como a não realização do teste anti-HIV durante a gestação ou a sua realização, porém sem o conhecimento do resultado antes da admissão para o parto. Categorizado como sim ou não.

7.1.1. Realização do teste anti-HIV. Categorizado como sim ou não.

7.1.2. Conhecimento do resultado do teste antes do parto. Categorizado como sim ou não.

7.2 - Definição e Categorização das Variáveis Independentes:

7.2.1 - Variáveis biológicas e reprodutivas:

7.2.1.a. Idade Materna – idade em anos completos informado pela puérpera. Categorizada em 3 grupos etários: 1. De 14 a 19 anos; 2. De 20 anos a 35 anos; 3. Acima de 35 anos.

7.2.1.b. Cor da pele/etnia: Cor da pele/etnia atribuída pela entrevistada por autodenominação. Categorizada em: Branca, parda, preta, amarela e indígena.

7.2.1.c. Paridade - definida como o número de gestações anteriores à gestação atual. Categorizada como: 1. Nenhuma; 2. Uma; 3. Duas; 3. Três e mais.

7.2.1.d. Idade Gestacional - idade gestacional no momento do parto em semanas, obtida em ordem de prioridade por dados da Ultra-sonografia

obstétrica do primeiro trimestre, na ausência deste dado pelo método do Capurro e na ausência destes dados através do intervalo entre a data da última menstruação e a data do parto. Categorizado como: Pré-termo: menos de 37 semanas de gestação, Termo: 37 a 42 semanas de gestação; Pós-termo: 42 ou mais semanas de gestação.

7.2.2. Varáveis sócio-demográficas da puérpera:

7.2.2.a. Procedência

7.2.2.a.1. Em relação ao município de residência - definida como local de residência da puérpera, categorizada como: 1. Recife; 2. Região Metropolitana do Recife (Olinda, Jaboatão, Abreu e Lima, Camaragibe, Igarassu, Itapissuma, Itamaracá, Moreno, Paulista e São Lourenço da Mata); 3. Interior do estado de Pernambuco.

7.2.2.a.2. Em relação à zona de residência - 1. Zona rural: 2. Zona urbana.

7.2.2.b. Escolaridade – Definida como anos completos de estudo conforme a Lei Nacional de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (número 9394 de 20 de dezembro de 1996), utilizada nas estatísticas do Ministério da Educação e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Categorizada em cinco grupos: nenhum ano de estudo, 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental, da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental, Ensino Médio e Educação Superior.

7.2.2.c. Situação Conjugal - definida como a situação conjugal durante a gestação, conforme informação fornecida pela puérpera. Categorizada como: Com companheiro e Sem companheiro

7.2.2.d. Trabalhar em atividade remunerada - definida como a realização de algum trabalho remunerado. Categorizada como sim ou não.

7.2.2.e. Renda do Indivíduo – Definida como todos os rendimentos obtidos pelas entrevistadas no período de um mês. Categorizada como: 1. Não tem; 2. Menos de um salário mínimo; 3. Um e mais salários mínimos.

7.2.2.f. Renda familiar – Definida como todos os rendimentos obtidos pela família no período de um mês. Categorizada como: 1. Menos de um salário mínimo; 2. Um e mais salários mínimos.

7.2.2.g. Renda Familiar per capita – definida como todos os rendimentos recebidos por mês pela família (salários, pensões, bolsa escola, aposentadoria e outros rendimentos), divididos pelo número de pessoas residentes no domicílio. Medida em salários mínimos (SM). Categorizada como: 1. Até 1/2; 2. De 1/2 a menos de 1; 3. De 1 a menos de 2; 4. De 2 a 3; 5. Acima de 3,

7.2.3. Variáveis sócio-econômicas do responsável pela família:

7.2.3.a. Trabalhar em alguma atividade remunerada. Definida como qualquer forma de trabalho com remuneração. Categorizada como sim ou não.

7.2.3.b. Renda do chefe da família – Definida como o rendimento obtido no período de um mês em salários mínimos. Categorizada como: 1. Menos de um; 2. Um e mais.

7.2.3.d. Escolaridade do chefe da família – Definida como anos completos de estudo conforme a Lei Nacional de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (número 9394 de 20 de dezembro de 1996), utilizada nas estatísticas do Ministério da Educação (ME) e do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE). Categorizada em cinco grupos: nenhum ano de estudo, 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental, da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental, Ensino Médio e Educação Superior.

7.2.4. Variáveis assistenciais:

7.2.4.a. Realização de pré-natal. Categorizada como sim ou não.

7.2.4.b. Trimestre de início do pré-natal: Categorizado como: 1. Primeiro; 2. Segundo; 3. Terceiro.

7.2.4.c. Número de consultas no pré-natal - categorizada como: nenhuma, 1 a 2; 3 a 5; 6 a mais.

7.2.4.d. Local de realização do pré-natal. Categorizado como: HAM, Outro hospital/maternidade, Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família (PSF), e consultório particular,

7.2.4.e. Profissional responsável pela assistência no pré-natal. Categorizado como: médico, enfermeiro, médico e enfermeiro (atendimento misto), não sabe informar.

7.2.4.f. Época de início do pré-natal – categorizado em: 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre.

7.2.4.g. Solicitação do teste anti-HIV. Categorizado em sim ou não.

7.2.4.h. Solicitação do teste na primeira consulta. Categorizado como sim ou não.

7.2.4.i. Esclarecimento da importância do teste anti-HIV para a profilaxia da transmissão vertical do HIV (aconselhamento em relação ao teste). Categorizado como: Sim ou Não.

7.2.4.j. Profissional Perguntou se queria realizar o teste. Categorizado como sim ou não.

7.2.4.k. Dificuldade para realizar o teste. Categorizada como sim ou não.

7.2.4.l. Idade gestacional quando da realização do teste. Categorizado como: 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre.

7.2.4.m. Tempo para obter o resultado do teste anti-HIV. Definido como o tempo, em dias, transcorrido entre a coleta e a obtenção do resultado do teste.

7.2.4.n. Motivo da não realização do teste anti-HIV. Categorizado como: 1. não solicitação 2. Não valorização do teste. 3. Medo do resultado. 4. Não conseguir realizar o teste. 5. Outros.

7.2.4.o. Motivo de não saber o resultado do teste antes do parto. Caracterizado como: 1. Não estar pronto 2. Não achar importante 3. Não conseguir pegar o resultado 4 – Medo do resultado.

7.2.5. Variáveis de informação em saúde:

7.2.5.a. Informação em saúde sobre as formas de transmissão do HIV/Aids por parte da puérpera. Definida como o conhecimento da puérpera das formas de transmissão de HIV/Aids para adultos e crianças. Caracterizado como: sim ou não.

7.2.5.b. Fontes de conhecimento sobre as formas de Transmissão do HIV/Aids. Categorizada como:

1 - Mídia (jornais, TV, rádio e revistas). 2 - Serviços de assistência em saúde (cartazes, palestras, orientação pelo profissional de saúde) 3 - Escolas 4 - Conversas informais com populares 5 – Grupos de Sociedade Civil Organizada (Grupos de mulheres etc.) 6 – Outras fontes 7- Fonte de conhecimento ausente.

7.2.5.c. Informação em saúde sobre as formas de transmissão vertical (TV) do HIV/Aids por parte da puérpera. Definida como o conhecimento da puérpera das formas de transmissão de HIV/Aids para o bebê. Caracterizado como: sim ou não

7.2.5.d. Fontes de conhecimento sobre as formas de Transmissão Vertical do HIV/Aids. Categorizada como: 1 - Mídia (jornais, TV, rádio e revistas). 2 - Serviços de assistência em saúde (cartazes, palestras, orientação pelo profissional de saúde). 3- Escolas. 4 - Conversas informais com populares. 5 – Grupos de Sociedade Civil Organizada (Grupos de mulheres etc.). 6 – Outras fontes. 7- Fonte de conhecimento ausente.

7.2.5.e. Informação em saúde sobre a feminização da epidemia: definida como o conhecimento por parte da puérpera sobre o aumento do número de casos da infecção HIV em mulheres. Categorizado como: sim ou não.

7.2.5.f. Fontes de conhecimento sobre feminização da epidemia - Definida como as fontes que levaram informações para a gestante sobre a feminização da epidemia. Categorizada como: 1 - Mídia (jornais, TV, rádio e revistas) 2 - Serviços de assistência em saúde (cartazes, palestras, orientação pelo profissional de saúde) 3 - Escolas. 4 - Conversas informais com populares.

5 - Grupos de Sociedade Civil Organizada (Grupos de mulheres etc.). 6 –
Outras fontes. 7 - Fonte de conhecimento ausente.

8. MÉTODO DE COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas com as puérperas, através de questionário padronizado (ANEXO 2), com perguntas fechadas, testado previamente. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por uma auxiliar devidamente treinada, à beira do leito das puérperas, nas 24 horas seguintes ao parto ou próximo a esse período e desde que elas se sentissem em boas condições. Do prontuário das puérperas foram obtidos dados referentes à idade gestacional e se havia diagnóstico prévio de infecção pelo HIV. No cartão do pré-natal foi verificado se havia registro do teste anti-HIV durante a gestação. Do prontuário do recém-nascido foi verificado a idade gestacional. .

Todos os questionários foram revisados pela pesquisadora, codificados e repassados para o programa Epi Info versão 6.04 através de dupla entrada dos dados. A comparação dos dados foi realizada através do “validate” e foram realizadas as correções pertinentes.

ANÁLISE DOS DADOS

Para efeito de análise, as variáveis foram agrupadas em cinco blocos: biológicas e reprodutivas, sócio-demográficas das puérperas, sócio-econômicas do responsável pela família, assistenciais e de informação em saúde.

Inicialmente foi realizada análise descritiva de todas as variáveis, seguida de estudo analítico no qual a “odds ratio” (OR) foi usada como medida de associação, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%), sendo avaliada a significância estatística através do teste do qui-quadrado ($p < 0,05$). Dentre as variáveis que tiveram associação pela “odds ratio”, aquelas com valor de $p < 0,20$ foram introduzidas no modelo para a análise multivariada que foi analisada por cada bloco separadamente.

Foi utilizado o programa de informática Epi Info versão 6.04 para análise univariada, distribuição de frequências e preparo dos dados para a análise multivariada e o STATA versão 9 para a análise multivariada.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo obedeceu às normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos durante o período de estudo a todos os envolvidos na pesquisa, bem como a assistência hospitalar, independente de sua aceitação em participar da pesquisa. O projeto dessa pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HAM, com registro 16/2007 (Anexo 1).

ARTIGO

**FATORES DE RISCO PARA O DESCONHECIMENTO E RETARDO PARA O
CONHECIMENTO DA SOROLOGIA PARA O HIV DURANTE A GESTAÇÃO
EM UMATERNIDADE DO NORDESTE DO BRASIL**

**Valdenise de Oliveira Xavier Ramos^{1, 2, 3}, Heloísa Ramos Lacerda^{1, 2},
Ricardo Arraes de Alencar Ximenes^{1, 2}**

¹ Curso de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Hospital Agamenon Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Introdução - As estimativas de cobertura do teste anti-HIV em gestantes no Brasil são de 62%, com valores de 41% no Nordeste, obstáculo à profilaxia da transmissão vertical do HIV. O objetivo deste estudo foi identificar fatores de risco para o desconhecimento da sorologia para o HIV em gestantes, determinando a cobertura do teste durante toda a gestação e até a 14ª semana.

Métodos – Estudo caso-controle realizado em uma maternidade de referência para gestação de alto risco no Nordeste do Brasil onde foram entrevistadas 485 puérperas sobre variáveis biológicas, reprodutivas, sócio-demográficas, assistenciais e de informação em saúde.

Resultados - Do total de puérperas 21,65% informaram desconhecer o resultado da sorologia para o HIV durante a gestação (cobertura do teste = 78.35%); 87,42% trazia o cartão da gestante, com registro do teste em apenas 48.58% deles, 22% informaram conhecimento do resultado do teste até a 14ª semana de gestação, ou 15,4% se considerado apenas as que realizaram o teste em laboratório público. Análise multivariada: menos de nove anos de estudos (OR, 2,92; P=0,006), morar no interior do estado (OR, 4,11: P=0,001), coletar o teste no terceiro trimestre de gestação (OR, 11,6: p=0,000) e falta de aconselhamento sobre a importância do teste na profilaxia da transmissão vertical do HIV (OR, 2,31; p=0,022), estiveram associados com o desconhecimento.

CONCLUSÕES: a cobertura encontrada para o teste anti-HIV foi elevada, para a região Nordeste, quando comparada com estudos anteriores, porém, acentuadamente baixa (22% e 15,4%), até a 14ª semana de gestação.

Escolaridade abaixo de nove anos de estudo, procedência de cidades do interior do estado, coleta do teste no terceiro trimestre de gestação e ausência de aconselhamento estiveram associados com o desconhecimento independente de outros fatores.

Palavras-chave: HIV/Aids, teste anti-HIV, transmissão vertical do HIV, aconselhamento, fatores de risco.

SUMMARY

BACKGROUND: The estimated overall HIV test coverage among pregnant women in Brazil is 62%, but only 41% in northeastern Brazil. This is an obstacle to prophylaxis against vertical HIV transmission. The aim of this study was to identify risk factors for unawareness of HIV serological status among pregnant women and determine the test coverage up to the fourteenth week of pregnancy.

METHODS: Case-control study in a reference maternity hospital for high-risk pregnancy in northeastern Brazil. 485 puerperae were interviewed about knowledge of the results from HIV testing and biological, reproductive, sociodemographic, healthcare and health information variables.

RESULTS: 21.65% said they were unaware of their HIV serological status during pregnancy (78.35% coverage). 87.42% brought their antenatal card, but the test results were only recorded on 48.58% of them. 22% said they knew the results by the fourteenth week. Multivariate results associated with unawareness comprised less than nine years of schooling (OR=2.92; P=0.006), living outside the state's capital metropolitan region (OR=4.11; P=0.001), test performed in the third trimester of pregnancy (OR=11.6; p=0.000); and lack of counseling about the importance of this test for prophylaxis against vertical HIV transmission (OR=2.31; p=0.022).

CONCLUSION: HIV testing had a high coverage in comparison with previous studies in northeastern Brazil, but coverage prior to the fourteenth week of pregnancy coverage was very low. Less than nine years of schooling, living outside the state's capital metropolitan region, test in the third trimester and lack of counseling were associated with unawareness, irrespective of other factors.

KEY WORDS: HIV testing, vertical HIV transmission, counseling, pregnancy

INTRODUÇÃO

O clássico estudo de Connor et al. no ano de 1994, evidenciou que o uso da Zidovudina durante a gestação, trabalho de parto e parto e pelo recém-nascido, até 42 dias após o nascimento, associado com a não amamentação, consegue reduzir o risco de transmissão vertical do HIV de 25,5% para 8,3% (67,5%)¹.

Nos anos de 1998 e 1999 foi evidenciado que o risco de transmissão vertical do HIV pode ser reduzido ainda mais, para taxas de 0,8 a 2%, com a associação do parto cesárea eletivo às medidas anteriores^{2, 3}.

No ano de 2002, Cooper et al.⁴, em uma coorte prospectiva nos Estados Unidos, evidenciou resultados superiores com o uso de terapia anti-retroviral combinada altamente potente (HAART), em relação à Zidovudina em monoterapia, com taxas de transmissão vertical do HIV de 10,8% (IC 8,2 -12,6) com uso de Zidovudina em monoterapia e de 1,2 % (IC 0 - 2,5) com o uso de HAART⁴. Nesse estudo, também foi evidenciado uma relação direta entre o tempo de uso das medicações e a redução das taxas de transmissão vertical desse vírus, com valores de 3,6% (IC 0 - 7) quando a HAART era administrada por apenas um trimestre de gestação e de 0-3% quando administrada por dois ou três trimestres de gestação⁴.

Em 1994, o *Centers for Disease Control and prevention* (CDC) recomendou para os Estados Unidos o uso da Zidovudina nas gestantes infectadas pelo HIV e recém-nascidos expostos⁵, e no ano de 1995, o

Ministério da Saúde do Brasil publicou norma específica sobre a profilaxia da transmissão vertical do HIV, estabelecendo-a como uma das prioridades do Programa Nacional de DST/AIDS⁶.

O Brasil adotou efetivamente estas medidas a partir do ano de 1997 (Portaria Técnica Ministerial nº 874/97*), com normatização através de manuais que são atualizados periodicamente⁷. O Ministério da Saúde do Brasil disponibiliza gratuitamente testes diagnósticos, anti-retrovirais, tipo de parto indicado, substituto para o leite materno e acompanhamento especializado para mães infectadas pelo HIV e recém-nascidos expostos e orienta para gestantes que não necessitem de tratamento por sua própria doença, o início da profilaxia para a transmissão vertical do HIV com terapia anti-retroviral combinada a partir da 14ª semana de gestação⁷ e para aquelas gestantes com indicação de tratamento por sua própria doença, que este seja iniciado independente do período gestacional, com adaptação das drogas a esse período especial.

A adoção das medidas normatizadas pelo MS⁷ levou a redução de aproximadamente 50% no número de casos de Aids resultantes de transmissão vertical, entre os anos de 1996 a 2005 (de 1228 para 648 casos)⁸, porém as taxas de transmissão vertical do HIV no País ainda não atingiram os valores desejados.

Um dos grandes obstáculos encontrados é a não realização do teste anti-HIV ou o não conhecimento do seu resultado durante a gestação, conforme evidencia o estudo sentinela parturiente de 2006, no qual, a taxa de cobertura do teste em gestantes no Brasil, foi da ordem de 62%; com grandes diferenças regionais, com coberturas de 86% para a região Sul, 74% para a

região Sudeste e 70% para a região Centro-Oeste, em contraste com as regiões Norte e Nordeste que apresentaram coberturas de 46% e 41%, respectivamente⁹. Nesse estudo foi evidenciado que as coberturas são maiores em municípios com mais de 400.000 habitantes (71%) e menores em municípios com menos de 50.000 habitantes (52%)⁹.

A baixa cobertura do teste anti-HIV durante a gestação tem como reflexos diretos maiores taxas de transmissão vertical deste vírus, com média nacional de 6,8% no ano de 2004, com diferenças regionais que variam de 5,1% para a região Centro-Oeste a 11,8% na região Norte e 8,9% na região Nordeste¹⁰.

O Ministério da Saúde do Brasil lançou em 2007 o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis com metas para a redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão Vertical do HIV até o ano de 2011, com metas de taxas de transmissão vertical do HIV de 2,1% para a região Centro-Oeste, de 6,6% para a região Norte e de 3,6% para a região Nordeste e preconiza, entre outras medidas, a realização do teste anti-HIV no primeiro e terceiro trimestres de gestação¹¹.

Saber das baixas coberturas alcançadas pelo teste anti-HIV na região Nordeste e da importância do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV em gestantes, estimulou a realização desse estudo, com o objetivo de identificar a frequência de gestantes que tiveram conhecimento do resultado do teste anti-HIV até a 14ª semana de gestação, a frequência do desconhecimento da sorologia para o HIV durante toda a gestação e os fatores de risco para este desconhecimento, em um grupo de mulheres admitidas para o parto em uma maternidade do Nordeste.

MÉTODOS

O estudo foi realizado de abril a outubro de 2007, na maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), localizado em Recife, Nordeste do Brasil, referência para gestação de alto risco. O HAM pertence à Rede Pública de Saúde e presta assistência médica às gestantes de várias cidades do estado, com uma média de 3.000 partos por ano.

Foi definido como desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação, o fato de não ter realizado o teste anti-HIV durante a gestação ou mesmo tendo realizado, não ter tido acesso ao resultado desse teste até o momento de admissão para o parto.

Inicialmente foi realizado um corte transversal para determinar a frequência do conhecimento do resultado do teste anti-HIV até a 14ª semana de gestação e a frequência do desconhecimento da sorologia para o HIV durante toda a gestação e, posteriormente, prosseguiu-se com um estudo de caso-controle.

Foram entrevistadas 485 puérperas admitidas para o parto, através de questionário padronizado, com perguntas fechadas, testado previamente por estudo piloto. Do prontuário das puérperas e dos recém-nascidos, foram obtidos dados relativos à antecedente de infecção materna pelo HIV e idade gestacional. No cartão do pré-natal foi verificado se havia registro do teste anti-HIV.

Os sujeitos do estudo foram selecionados através de amostragem aleatória simples, com reposição, a partir do livro de ocorrências obstétricas da sala de parto. Os critérios de exclusão foram diagnóstico prévio de infecção

pelo HIV, abortamento e patologias maternas que prejudicassem a aplicação do questionário.

A amostra foi calculada baseada na análise dos 150 primeiros questionários, admitindo um erro alfa de 5% e um poder de amostra de 80%, com base na menor “odds ratio” encontrada que foi de 2,37 (variável: conhecimento da finalidade do teste anti-HIV) e frequência correspondente de exposição entre os controles que foi de 18,7%, com proporção de um caso para cada três controles, chegando a um cálculo de 79/237. A amostra final foi composta de 105 casos para 380 controles.

Para a análise de risco foi considerado como variável dependente o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação, as variáveis independentes foram biológicas, reprodutivas, sócio-demográficas, assistenciais e de informação em saúde.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, com registro 16/2007 e as entrevistas foram realizadas após esclarecimentos e assinatura do termo de consentimento.

Foi realizada análise descritiva de todas as variáveis, seguida de estudo analítico no qual a “odds ratio” (OR) foi usada como medida de associação (IC 95%), sendo avaliado a significância estatística através do teste do qui-quadrado ($p < 0,05$). A análise multivariada foi realizada por cada bloco separadamente. Para análise dos dados foram utilizados os programas Epi Info versão 6.04 e STATA versão 9.

RESULTADOS

Conforme as informações das puérperas entrevistadas, 51% foram provenientes de cidades com mais de 400.000 habitantes (Recife e Jaboatão dos Guararapes), 98% realizaram o pré-natal, destas 68.6% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 68.2% tiveram seis ou mais consultas.

Do total 54 (11,13%) não fizeram o teste anti-HIV e 51 (10,5%) não tiveram acesso ao resultado, totalizando 105 (21,65%) puérperas que desconheciam o resultado da sorologia para o HIV durante a gestação.

Das 475 (98%) puérperas que fizeram o pré-natal, 450 (94,73%) tiveram o teste solicitado, sendo que para 75,4% não foi perguntado se desejava fazê-lo.

Das 379 (78,14%) puérperas que informaram conhecimento do resultado do teste anti-HIV durante a gestação, 87,42% trazia o cartão da gestante e em apenas 48.35% destes havia registro do teste.

Do total de puérperas que informaram ter feito o teste, apenas 84 (22%) informaram ter conhecimento do resultado até a 14ª semana de gestação, porém quando considerado apenas as que realizaram o teste no serviço público esse percentual cai para 54 (15,4%).

Na análise univariada, as variáveis que apresentaram associação com o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação ($p < 0.05$) entre as variáveis biológicas, reprodutivas e sócio-demográficas foram: número de gestações anteriores, procedência, escolaridade e renda (Tabela1).

Tabela 1. Associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e as características biológicas, reprodutivas e sócio-demográficas das puérperas, Recife, 2007.

Variáveis	Desconhecimento				OR (IC)	p-valor
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Idade da gestante						
De 20 e mais	74	19,6	304	80,4	1,0	-
De 14 a 19	31	29	76	71	1,68 (1,00 – 2,81)	0,051
Cor da pele						
Branca	35	22,1	123	77,9	1,0	-
Não branca	70	21,4	257	88,6	0,95 (0,60 – 1,51)	0,852
Idade gestacional						
Termo	81	19,9	325	80,1	1,0	-
Pré-termo	21	29,5	50	70,5	1,68 (0,95 – 2,96)	0,070
Pós-termo	01	25,0	03	75,0	1,33 (0,13 – 13,0)	0,802
Morte fetal	02	50,0	02	50,0	4,01 (0,55 – 28,9)	0,168
Número gestações anteriores						
Nenhuma	43	80,2	175	19,8	1,0	-
Uma	14	86,1	87	13,9	0,65 (0,33 – 1,26)	0,206
Duas	23	78,3	83	21,7	1,12 (0,63 – 1,99)	0,679
Três e mais	25	58,3	35	41,7	2,90 (1,57 – 5,36)	0,001
Município de residência						
Recife	28	12,7	192	87,3	1,0	-
RMR	34	21,2	126	88,8	1,85 (1,06 – 3,20)	0,028
Interior ou outros	43	40,9	62	59,1	4,75 (2,72 – 8,28)	0,000
Zona de residência						
Urbana	71	18,3	316	81,7	1,0	-
Rural	34	34,7	64	65,3	2,36 (1,44 – 3,85)	0,001
Sabe ler e escrever						
Sim	94	20,3	368	79,7	1,0	-
Não	11	47,8	12	52,2	3,58 (1,53 – 8,38)	0,003
Escolaridade						
Nove anos ou mais	21	9,4	203	90,6	1,0	-
De 5 a 8 anos	52	29,5	124	70,5	4,05 (2,32 – 7,05)	0,000
De 1 a 4 anos	26	35,6	47	64,4	5,34 (2,77 – 10,3)	0,000
Não estudou	06	50,0	06	50,0	9,67 (2,86 – 32,7)	0,000
Trabalhar em alguma atividade remunerada						
Sim	17	16,2	88	83,8	1,0	-
Não	88	23,2	292	86,8	1,56 (0,88 – 2,76)	0,127
Renda (em salário mínimo)						
1 e mais	06	7,7	71	92,3	1,0	-
Menos de 1	99	24,2	309	75,8	3,79 (1,59 – 8,99)	0,002

Todas as características de instrução, trabalho e renda do responsável pela família mostraram associação com o desconhecimento do teste anti-HIV durante a gestação na análise univariada (tabela 2).

Tabela 2. Associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e as características sócio-econômicas do responsável pela família, Recife, 2007.

Características do responsável pela família	Desconhecimento				OR (IC)	p-valor
	Sim		Não			
	n	%	N	%		
O chefe da família trabalhou em alguma atividade remunerada						
Sim	79	18,9	338	81,1	1,0	-
Não	26	38,2	42	61,8	2,64 (1,53 –4,57)	0,000
Renda do chefe da família (em salário mínimo)*						
1 e mais	50	15,1	280	84,9	1,0	-
Menos de 1	51	34,9	95	65,1	3,00 (1,90 –4,73)	0,000
O chefe da família sabe ler e escrever*						
Sim	79	18,7	344	81,3	1,0	-
Não	25	43,1	33	56,9	3,29 (1,85 –5,85)	0,000
Escolaridade do chefe da família*						
9 anos ou mais	19	11,6	145	88,4	1,0	-
De 5 a 8 anos	32	21,9	114	78,1	2,14 (1,15 –3,97)	0,016
De 1 a 4 anos	26	26,3	73	73,6	2,71 (1,41 –5,23)	0,003
Não estudou	21	46,7	24	53,3	6,67 (3,13 –14,2)	0,000

*Algumas diferenças no número total resultaram da falta de informação por parte das entrevistadas.

Quanto à assistência pré-natal durante a gestação: não ter realizado o pré-natal, trimestre de início, número de consultas no pré-natal, não ter o teste solicitado, trimestre da coleta do teste e ausência de aconselhamento sobre a importância do teste estiveram associados ao desconhecimento na análise univariada (tabela 3).

Tabela 3. Associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e as características assistenciais no pré-natal, Recife, 2007.

Variáveis assistenciais	Desconhecimento				OR (IC)	p-valor
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Fez pré-natal						
Sim	96	20,2	379	79,8	1,0	-
Não	09	90,0	01	10,0	35,3(4,44–283,8)	0,001
Trimestre de início do pré-natal						
Primeiro	58	17,7	268	82,3	1,0	-
Segundo	35	24,4	108	75,6	1,49 (0,93–2,40)	0,096
Terceiro	03	50,0	03	50,0	4,62(0,90 –23,4)	0,065
Número de consultas						
6 e mais	52	16,0	272	84,0	1,0	-
3 a 5	36	26,0	102	74,0	1,84 (1,14 –2,98)	0,013
1 ou 2	08	61,5	05	38,5	8,36 (2,63 –26,5)	0,000
Começou e terminou no mesmo serviço						
Sim	76	20,4	296	79,6	1,0	-
Não	20	19,4	83	80,6	0,93 (0,54 –1,62)	0,821
Profissional pediu o teste HIV						
Sim	75	16,7	375	83,3	1,0	-
Não	21	84,0	04	16,0	26,2 (8,75 –78,6)	0,000
Teste HIV pedido na 1ª consulta						
Sim	57	16,2	294	83,8	1,0	-
Não	18	18,2	81	81,8	1,14 (0,63 –2,05)	0,647
Trimestre da coleta do teste HIV						
Primeiro	08	5,0	150	95,0	1,0	-
Segundo	26	11,1	208	88,9	2,34 (1,03 –5,32)	0,042
Terceiro	17	43,6	22	56,4	14,4 (5,59 –37,5)	0,000
Aconselhamento sobre o teste HIV						
Sim	46	13,3	307	86,7	1,0	-
Não	28	29,1	68	70,9	2,74 (1,60 –4,70)	0,000

A falta de conhecimento sobre a finalidade do teste, sobre as vias de transmissão do HIV e do risco da transmissão deste vírus, durante a gestação, parto ou aleitamento esteve associado com desconhecimento do resultado do teste na análise univariada (tabela 4).

Tabela 4. Associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e informação em saúde sobre o HIV por parte das puérperas, Recife, 2007.

Variáveis	Desconhecimento				OR (IC)	p-valor
	Sim		Não			
	n	%	N	%		
Conhecimento da função do teste						
Sim	74	18,2	332	81,8	1,0	-
Não	31	39,2	48	60,8	2,89 (1,72- 4,85)	0,000
Conhecimento da transmissão horizontal via sexual						
Sim	73	18,6	319	81,4	1,0	-
Não	32	34,4	61	65,6	2,29 (1,39 –3,77)	0,001
Conhecimento da transmissão horizontal via parenteral						
Sim	40	15,7	214	84,3	1,0	-
Não	65	28,1	166	71,9	2,09 (1,34 –3,26)	0,001
Conhecimento da transmissão vertical via Gestação e parto						
Sim	46	14,7	265	85,3	1,0	-
Não	59	33,9	115	66,1	2,95 (1,89 –4,60)	0,000
Conhecimento da transmissão vertical via leite materno						
Sim	33	11,8	251	88,2	1,0	-
Não	72	35,0	129	65,0	4,00 (2,52 –6,36)	0,000
Conhecimento da feminização da epidemia da AIDS						
Sim	32	13,5	204	86,5	1,0	-
Não	73	29,3	176	70,7	2,64 (1,66 –4,19)	0,000

As variáveis que permaneceram no modelo final da análise multivariada foram: escolaridade da gestante, município de residência, trimestre de coleta do teste e esclarecimento sobre a importância do teste para a profilaxia da transmissão vertical (aconselhamento sobre o teste) (tabela 5).

Tabela 5. Modelo final de associação entre o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação as características das puérperas, Recife, 2007.

Variáveis	OR	IC (95%)	p-valor
Escolaridade da gestante			
9 anos e mais	1,0	-	-
Menos de 9 anos	2,92	1,36 – 6,25	0,006
Município de residência			
Recife	1,0	-	-
RMR	0,88	0,37 – 2,07	0,781
Interior ou outros	4,11	1,82 – 8,75	0,001
Trimestre da coleta do teste			
Primeiro	1,0	-	-
Segundo	1,66	0,69 – 3,99	0,251
Terceiro	11,6	4,07 – 33,5	0,000
Aconselhamento sobre o teste			
Sim	1,0	-	-
Não	2,31	1,12 – 4,73	0,022

DISCUSSÃO

Tendo como referência as informações das puérperas, ficou demonstrado que o desconhecimento do teste anti-HIV durante a gestação foi de 21,65% (o que corresponde a uma cobertura de 78,35%) e que apenas 22% das gestantes tiveram conhecimento do resultado do teste até a 14ª semana de gestação, com redução para 15,4% quando se considera apenas as gestantes que realizaram o teste no serviço público.

Foi demonstrado também, que o risco do desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação é cerca de três vezes maior se a gestante tem menos de nove anos de estudos e quatro vezes maior se mora no interior do Estado. Ter o teste coletado no terceiro trimestre de gestação aumentou o risco do desconhecimento em pelo menos 4 vezes e se a gestante não é aconselhada sobre a importância do teste anti-HIV na gestação o risco do desconhecimento aumentou em cerca de 2,5 vezes.

A cobertura do teste anti-HIV encontrada, tendo como referência a informação da puérpera, foi de 78.35%, percentual acima do referido para a Região Nordeste, no Estudo Sentinela Parturiente de 2006, que foi de 40%⁹. Porém, o Estudo Sentinela Parturiente de 2006 se baseou em dados de registros do teste no cartão do pré-natal e não em informação da puérpera⁹.

A diferença na metodologia dos dois estudos poderia justificar a diferença nos resultados, pois quando se avalia no presente estudo a cobertura do teste, baseada em dados de registros do teste no cartão do pré-natal, que foi trazido por 87,42% das puérperas – porém com registro do teste em apenas cerca de 50% deles – o percentual de cobertura seria de aproximadamente 40%, valor semelhante ao encontrado no Estudo Sentinela Parturiente de

2006⁹. No entanto, esta forma de avaliar pode subestimar a cobertura do teste, tanto no presente estudo quanto no Estudo Sentinela Parturiente de 2006, no qual embora 90,1% das parturientes estivessem com cartão de pré-natal na hora do parto, apenas 62,3% trazia o cartão com a anotação do resultado do teste⁹.

A discrepância encontrada quando se avalia a cobertura do teste, tendo como referência a informação da puérpera ou o dado contido no cartão do pré-natal, torna evidente que, no momento, não se dispõe de um padrão ouro para se obter esta avaliação, que pode ser superestimada caso se obtenha uma informação equivocada por parte das puérperas ou subestimada nos casos em que o teste realmente tenha sido realizado e não tenha sido anotado no cartão da gestante.

Souza Júnior *et al.*¹² (2002) e Szwarcwald¹³ (2004), considerando as informações das puérperas para avaliação da cobertura do teste anti-HIV durante a gestação, encontraram para o Nordeste taxas de cobertura de 24% e de 31,1% respectivamente, valores mais aproximados ao do estudo sentinela parturiente de 2006 e que se encontram muito aquém do valor aqui verificado. Dessa forma a maior cobertura encontrada, um achado inesperado do estudo, talvez possa ser explicada, por ser a amostra proveniente de uma maternidade de referência para gestação de alto risco e por 51% da amostra ser proveniente de cidades com mais de 400.0000 habitantes, nas quais já foi evidenciado coberturas de 70% do teste durante a gestação⁹.

Este nível de cobertura encontrado se assemelha aos níveis encontrados para a região sul do País e para países desenvolvidos. Nos Estados Unidos Anderson e Sanson¹⁴ (2006) usando dados de um estudo

nacional em Saúde reprodutiva realizado em 2002, verificaram que apenas 69% das entrevistadas, com gravidez ocorrida nos últimos doze meses, fizeram o teste anti-HIV durante a gestação; Giles et al.¹⁵ (2007) em estudo com os obstetras registrados no *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists*, no qual participaram 70% de todos os obstetras na Austrália, documentaram que apenas 70% deles referiu que sempre oferecem o teste anti-HIV para as gestantes.

Entretanto, apesar de uma boa cobertura do teste, estes dados demonstram oportunidades perdidas para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, mesmo em países desenvolvidos.

Por outro lado, apesar da boa cobertura encontrada no estudo atual, foi marcante o elevado desconhecimento da sorologia para o HIV até a 14ª semana de gestação, registrado neste estudo, aspecto não analisado em estudos anteriores.

Tal fato é relevante, uma vez que, embora tenha sido evidenciado que o uso de anti-retrovirais, mesmo quando iniciados em fases mais tardias da gestação^{16, 17} ou mesmo quando iniciados no momento de admissão para o parto¹⁸, possam reduzir a transmissão vertical do HIV, o início dos anti-retrovirais precocemente permite a redução eficaz da carga viral até níveis indetectáveis¹⁹ o que reduz o risco de transmissão vertical a valores de 1% (IC 0,4-1,9) ao final da gestação e parto^{20, 21, 4}.

Ressaltando que, para as gestantes infectadas, que requerem o início imediato de terapia por sua própria doença, o conhecimento do status sorológico deveria se dar o mais precocemente possível, de forma ideal antes

da gestação, uma vez que nesses casos a terapia anti-retroviral deve ser iniciada já no primeiro trimestre de gestação⁷.

Verifica-se, portanto, que apesar da população estudada apresentar uma boa cobertura do teste, ainda estão sendo perdidas oportunidades de intervenção na transmissão vertical do HIV. Esforços para que o teste seja realizado precocemente na gestação e tenha seu resultado emitido rapidamente, devem ser implementados.

Coleta do teste anti-HIV no terceiro trimestre de gestação esteve associado com o desconhecimento da sorologia para o HIV durante a gestação e sugere demora na entrega dos resultados do teste, apontando mais uma vez, para a necessidade de implementação de medidas que agilizem sua entrega ou a implementação de teste rápido, de alta sensibilidade e especificidade, na rotina do pré-natal.

A baixa escolaridade e a procedência de cidades do interior do estado foram associadas à baixa cobertura do teste anti-HIV no grupo estudado, fato também evidenciado por Souza Júnior et al.¹² (2002) e Szwarcwald¹³ (2004) e no estudo sentinela parturiente de 2006⁹, no qual a taxa de cobertura do teste HIV no pré-natal foi de 48% para parturientes com menos de 4 anos de escolaridade e de 70% para aquelas com onze anos ou mais de estudo.

Tal fato é preocupante, pois é exatamente esta população que tem maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Fernandes et al.²² (2005) em estudo realizado no Rio de Janeiro, verificou que 67,5% das mães infectadas pelo HIV tinham menos de 9 anos de estudo, portanto, estratégias específicas para esta população, mais vulnerável, devem ser priorizadas.

A baixa cobertura do teste anti-HIV no interior do estado, verificada nesse estudo, também foi verificada nos estudos sentinela parturientes de 2002¹² 2004¹³ e 2006⁹ para cidades de pequeno porte e juntamente com a interiorização da epidemia do HIV/Aids, aumentam o risco de transmissão vertical deste vírus e evidencia as dificuldades de acesso às ações de saúde nos municípios de pequeno porte.

A solicitação do teste, sem consulta prévia à gestante do desejo de fazê-lo foi de 75,4% e vai de encontro às orientações da OMS e do Ministério da Saúde do Brasil²⁴ e evidencia a ausência do aconselhamento no momento da solicitação.

A falta de conhecimento sobre a importância do teste anti-HIV durante a gestação, aumentou o risco do desconhecimento da sorologia para o HIV, em cerca de 2,5 vezes e torna evidente a importância do aconselhamento no momento da solicitação do teste. Goldani et al.²³ (2003), avaliando 1.658 gestantes em Porto Alegre, Sul do Brasil, verificou que para 59% delas o teste anti-HIV foi solicitado sem que tenha sido realizado o aconselhamento e que as gestantes provenientes de grupos sociais menos privilegiados, foram aconselhadas em menor frequência.

Como o aconselhamento para o HIV inclui entre outras etapas a avaliação, juntamente com o indivíduo, dos riscos para aquisição do HIV aos quais ele está exposto, orientações sobre as formas de transmissão do vírus, inclusive sobre transmissão vertical, no caso da gestante e orientação para redução dos riscos de aquisição deste vírus ou de reexposição²⁴, quando não se realiza o aconselhamento se perde um grande momento de intervenção na cadeia de transmissão do HIV.

Uma das limitações do estudo é ter sido realizado em uma maternidade de alto risco, cuja população analisada pode ter tido uma assistência médica pré-natal mais adequada em relação à população em geral.

Alguns intervalos de confiança alargados resultaram do tamanho da amostra, no entanto, o aumento do tamanho da amostra não alteraria a significância estatística encontrada, contribuiria para aumentar a precisão, ou seja, obter intervalos de confiança mais estreitos.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou taxa de cobertura do teste anti-HIV, durante a gestação, elevada para o Nordeste, quando se tem como referência a informação da puérpera. No entanto, esta cobertura até a 14^a semana de gestação, foi acentuadamente baixa, principalmente quando consideradas apenas as gestantes que realizaram o teste em serviço público, o que caracteriza oportunidades perdidas para se obter os melhores resultados em termos de profilaxia da transmissão vertical.

Demonstrou maior risco de desconhecimento em uma população mais vulnerável, de baixa escolaridade e proveniente de cidades do interior do estado, que deve ser o alvo preferencial de campanhas de captação para o teste, as quais devem ter linguagem acessível ao grau de escolaridade, aliadas a estratégias que favoreçam o acesso ao teste em municípios de pequeno porte.

Sugere a possibilidade de que intervenções para esclarecimento do risco da transmissão vertical do HIV para as gestantes, capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, podem melhorar a cobertura da realização do teste.

Finalmente, mostra a necessidade de rapidez na realização do teste que pode ser obtida pela sua realização precoce ou com a utilização de novas tecnologias como o teste rápido anti-HIV.

AGRADECIMENTOS:

Aos meus orientadores: Profa. Dra. Heloísa Ramos Lacerda de Melo e ao Prof.

Dr. Ricardo Arraes de Alencar Ximenes,

A Instituição do Hospital Agamenon Magalhães,

A todas as puérperas que participaram do estudo,

A colaboração estatística do Professor Ulisses Montarroyos,

A Simone Carla da Silva, que dividiu o trabalho da coleta dos dados,

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Connor EM, Sperling SR, Gelber R, Kiselev P, Scoot G, O' Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with Zidovudine treatment. For the Pediatrics AIDS Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med, 1994; 331(18):1173-80.
2. Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, Bongain A, Bénifla JL, Delfraissy JF et al. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. JAMA, 1998; 280(1): 55-60.
3. The International Perinatal HIV .The Mode of delivery and the Risk of Vertical Transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1: A Meta-Analysis of 15 prospective Cohort studies. N Engl J Med, 1999; 340: 977-87.
4. Cooper ER, Charurat M, Monfenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. J Acquir Immune Defic Syndr, 2002; 29 (5):484-94.
5. Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. Recommendations of the U.S. Health Public Service Task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. MMWR, 1994; 3: RR – 11.
6. Brito AM, Souza JL, Luna CF, Dourado I. Tendências da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. Rev Saúde Pública, 2006; 40 (Supl): 18 -22.

7. Ministério da Saúde do Brasil, Programa nacional de DST e AIDS. Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia anti-retroviral em Gestantes. Brasília (DF); 2007.
8. Ministério da Saúde do Brasil /Secretaria de Assistência à Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Brasília (DF): 2007; 4(1).
9. Ministério da Saúde do Brasil. Programa Nacional de DST/AIDS. Estudo Sentinela-Parturiente no Brasil: Proposta metodológica para estimar a taxa de prevalência de HIV e Sífilis entre parturientes no ano de 2006 com base em dados secundários. Brasília (DF): 2007.
10. Succi RCM, Grupo de Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Diferenças Regionais na Transmissão Vertical do HIV no Brasil. Resultado de um Estudo colaborativo Multicêntrico 2002- 2004. Arq Pediatr 2006; 19: s100.
Disponível em: www.sbp.com.br/img/arquivos%20de%20pediatria.pdf
[acesso em 15 nov. 2007].
11. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Plano Operacional Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis. 2007.
Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf
[acesso em 15 dez. 2007].
12. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF; Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Rev Saúde Pública, 2004; 38 (6): 1-15.

13. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 19 anos. In: Boletim Epidemiológico AIDS e DST, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF).2006; 3 (1).
14. Sanson S, Anderson S. HIV Testing among U.S. women during prenatal care: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *Matern Child Health J*, 2006;10 (5):413-17.
15. Giies MI, Garland SM, Lewin SR, Heiard ME What are the barriers to offering HIV testing in antenatal setting? A national study of obstetricians. *AIDS*, 2007; 21(12):1601-6.
16. Lallemand M, Gonzague J, Le Coeur S, Kim S, Koetsawang S, Comeau AM et al. A trial of Shortned Zidovudine Regimens to prevent Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *N Engl J Med*, 2000; 343:982-991.
17. Lallemand M, Jourdain G, Le Coeur S, Kim S, Yves Mary J, Ngo-Giang-Huong N et al. Single-Dose Perinatal Nevirapine plus Standard Zidovudine to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Thailand. *N Engl J Med*, 2004; 351:217-228.
18. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, Charbonneau TT, French T, Wang L et al. Abbreviated Regimens of Zidovudine Prophylaxis and Perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med*, 1998; 339: 1409 -1414.
19. Ministério da Saúde do Brasil, Programa nacional de DST e AIDS. Avaliação da resposta ao tratamento anti-retrovial. In: Recomendações para a

Terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília (DF); 2007.

20. Iloannidis JPA, Abrams JE, Amman A, Bulterys M, Goedert J, Gray L et al. Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 by Pregnant Women with RNA Virus Loads <1000Copies/mL. The J infect Diseases, 2001; 183:539-545.

21. Shaffer N, Roongpisuthipong A, Siriwasin W, Chotpitayasunondh T, Chearskul S, Yong NL et al. Maternal Virus Load and Perinatal Human Immunodeficiency Virus Type 1 Subtype E Transmission in Thailand. The J infect Diseases, 1999;179: 590-9.

22. Fernandes RCSC, Araújo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos de Goytacazes, Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, 2005; 21(4): 1153 -1159.

23. Goldani MZ, Giugliane ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilho K, Feldens L et al. Aconselhamento e testagem voluntária para o HIV durante a assistência pré-natal. Rev Saúde Pública, 2003.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-891... [acesso em 10 nov.2007].

24. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de DST/AIDS. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS. 2ª ed.1998. Brasília (DF).

25. Araújo MA, Vieira NFC, Bucher JSNF. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV. In: Boletim Epidemiológico AIDS e

DST. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF),
2006; 3(1).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization UNAIDS/WHO Aids Epidemic UPDATE 2007.
2. Ministério da Saúde do Brasil, Programa Nacional de DST/Aids. Boletim Epidemiológico. Brasília (DF), 2007; 4 (1).
3. Secretaria de Saúde da Cidade do Recife. Diretoria de Vigilância à Saúde, Gerência Epidemiológica. Informe Epidemiológico Eletrônico HIV- AIDS, 2007;18, trimestre 3º.
4. Ministério da Saúde do Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. Estudo Sentinela-Parturiente no Brasil: Proposta metodológica para estimar a taxa de prevalência de HIV e Sífilis entre parturientes no ano de 2006 com base em dados secundários. Brasília (DF): 2007.
5. Connor EM, Sperling SR, Gelber R, Kiselev P, Scoot G, O' Sullivan MJ et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with Zidovudine treatment. For the Pediatrics AIDS Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med, 1994; 331(18):1173-80.
6. Rouziox C, Costagliola D, Burgard M, Blanche S, Mayaux MJ, Griscelli C., Valleron JA and the HIV infection in newborns French Collaborative Study Group. Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV – 1) transmission by use of a Markov Model. Am J Epidemiol, 1995; 142 (12); 1330 – 1337.
7. Bertoli J, St Louis ME, Simond RJ, Nieburg P, Kamenga M, Brouwn C et al. Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breastfeeding cohort in Kinshasa, Zaire. J. Infect Dis, 1996; 174:722 – 726.

8. Kalish LA, Pitt J, Lew J, Landesman S, Diaz C, Hershow R et al. Defining the time of fetal or perinatal acquisition of human immunodeficiency virus type on the basis of age at first positive culture. *J Infect Dis*, 1997; 175: 712 -715.
9. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*,1992; 340: 585 –588 [\[CrossRef\]\[ISI\]\[Medline\]](#)
10. Bobat R, Moodley D, Coutsooudis A, Coovadia H. Breastfeeding by HIV-1 infected woman and outcome in their infants: a cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*,1997;11(13);1627-1633.
11. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Burchett SK et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. *N Engl J Med*, 1999; 341(6): 394-402.
12. Cooper ER, Charurat M, Monfenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2002; 29(5): 484-94.
13. Chuachoowong R, Shaffer N, Siriwasin W et al. Short course of Zidovudine reduces both cervicovaginal human immunodeficiency virus type 1 RNA levels and risk of perinatal transmission. *J Infect Dis*, 2000; 181(1): 99-106.
14. Ioannidis JPA, Abrams EJ, Ammann A, Bulterys M, Goedert JJ, Gray I et al. Perinatal Transmission Of Human Immunodeficiency Virus Type 1 by pregnant Women with RNA Virus Load < 1.000 Copies/mL. *The Journal of Infectious Diseases*, 2001; 183:539-45.

15. Kunh L, Steketee RW, Weedon J, Abrams EJ, Lambert G, Bamji M. Distinct Risk Factors for Intrauterine and Intrapartum Human Immunodeficiency Virus Transmission and Consequences for Disease Progression in Infected Children. *J Infectious Diseases*, 1999; 179: 52-8.
16. Landesman SH, Kalish LA, Burns DN, Minkoff H, Fox HE, Zorrilla C et al. Obstetrical Factors and the Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Mother to Child. *N Engl J Med*, 1996; 334:1617-23.
17. Kuhn L, Bobat R, Coutsoods A, Moodley D, Coovadia HM, Tsai WY, Stein ZA. Cesarean Delivery and Maternal-Infant to Child HIV Transmission: Results from a Prospective Study in South Africa. *J Acquir Defic Syndr Hum Retrovirol*, 1996; 11(5): 478-83.
18. The International Perinatal HIV Group. The Mode of Delivery and the Risk of Vertical Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1: A Meta-Analysis of 15 Prospective Cohort Studies. *N Engl J Med*, 1999; 340: 977-87.
19. European Collaborative Study. Cesarean Section and the Risk of Vertical Transmission of HIV-1 Infection. *Lancet*, 1994; 343:1464-67.

European Collaborative Study. Risk Factors for Mother-to-Child Transmission of HIV-1. *Lancet*, 1992; 339(8800):1007-12.
20. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, Charbonneau TT, French T, Wang L et al. Abbreviated Regimens of Zidovudine Prophylaxis and Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus. *N Engl J Med*, 1998; 339: 1409-1414.
21. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-

Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV transmission in the United States, 2007. Updated guidelines available on the HIV AIDS Treatment Information Service. Disponível em: <http://AIDSinfo.nih.gov> [acesso em 20 dez.2007].

22.Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S, Kim S, Koetsawang S, Comeau AM et al. A Trial of Shortned Zidovudine Regimens to Prevent Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. N Engl J Med, 2000; 343:982-91.

23.Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S, Kim S, Yves Mary J, Ngo-Giang-Huong N et al. Single-Dose Perinatal Nevirapine plus Standard Zidovudine to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Thailand. N Engl J Med, 2004; 351:217-228.

24. Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakibiito C et al. Intrapartum and neonatal single-dose Nevirapine compares with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial.Lancet, 1999;354 (9181):795-8002.

25. Jackson JB, Musoke P, Fleming T, Guay LA, Bagenda D, Allen M et al. Intrapartum and neonatal single-dose Nevirapine compares with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomized trial. Lancet, 2003; 362(9387): 859-868.

26. World Health Organization. Anti-retroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV infection In Infant: Towards Universal Access. Recommendations for a public health approach. 2006.

27. Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakibiito C et al. Intrapartum and neonatal single-dose Nevirapine compares with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *Lancet*, 1999;354 (9181):795-8002.
28. Jackson JB, Musoke P, Fleming T, Guay LA, Bagenda D, Allen M et al. Intrapartum and neonatal single-dose Nevirapine compares with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomized trial. *Lancet*, 2003; 362(9387): 859-868.
29. Eshleman SH, Mracna M, Guay LA, Deseyve M, Cunningham S, Musoke P et al. Selection of Nevirapine Resistance Mutations (NVP R) in Ugandan Women and infants receiving NVP prophylaxis to prevent HIV-1 vertical transmission. 2001, 8th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections.
30. Portaria Técnica Ministerial nº 874/97. Publicada no Diário Oficial da União de 04/07/97.
31. Ministério da Saúde do Brasil, Programa nacional de DST e AIDS. Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia anti-retroviral em Gestantes. Brasília (DF); 2007.
32. Succi RCM. Avaliação da implementação da prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil: resultados e problemas enfrentados, a experiência da Escola Paulista de Medicina EPM/UNIFESP. In: Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em mulheres e crianças. Rio de Janeiro - Brasil: Informed Eventos; 2002. p. 6 -7.

33. Pinho Neto OS. Modelo Assistencial e Terapia Anti-retroviral utilizados pelo SAE Materno-Infantil / HULW/UFPB/ como fatores na redução da Transmissão Vertical do HIV. VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/AIDS – 2006.

Disponível em:

<http://sistemas.aids.gov.br/congressoprev2006/Html/resumo146.html>

[acesso em 2 dez. 2007]

34. Calvet GA, Custódio JE, Nielsen-Saines K, Cunha CB, Menezes JA, D'Ipólito MM. Tendências Temporais Observadas em uma coorte de gestantes infectadas pelo HIV acompanhadas no Rio de Janeiro de 1996-2004. Rev Bras Epidemiol, 2007; 10 (3): 323-37.

35. Succi RCM, Costa TFD'A. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida em Grávidas admitidas para o parto no Município de Belém-Pará. J Bras Aids, 2006; 7(2): 53-60.

36. Lemos LMD, Gurgel RQ, DAL FABRO AL. Prevalência da infecção HIV em Parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. Rev Bras. Ginecol. Obstet, 2005; 27 (1): 32-6.

37. Quadro Epidemiológico Mensal, referente à Maternidade e Unidade Neonatal, Hospital Agamenon Magalhães – Núcleo de Epidemiologia. Ano III- 2006, Nº 39 -Outubro.

38. Rosa H, Goldani MZ, Scanlon T et al. Barreiras para a realização do teste do HIV em gestantes no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública, 2006; 40 (2):220-5.

39. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF; Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Rev Saúde Pública, 2004; 38 (6): 1-15.

40. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 19 anos. In: Boletim Epidemiológico AIDS e DST, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF), 2006; 3 (1).

41. Ministério da Saúde do Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. Estudo Sentinela-Parturiente no Brasil: Proposta metodológica para estimar a taxa de prevalência de HIV e Sífilis entre parturientes no ano de 2006 com base em dados secundários. Brasília (DF): 2007.

42. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. Projeto Nascer. Brasília (DF): 2003.

43. Succi RC, Grupo de Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Diferenças Regionais na Transmissão Vertical do HIV no Brasil. Resultado de um Estudo colaborativo Multicêntrico 2002- 2004. Arq Pediatr 2006; 19:s100.

Disponível em: www.sbp.com.br/img/arquivos%20de%20pediatria.pdf

[acesso em 15 nov. 2007].

44. Szwarcwald C.L. Relatório: Primeiros Resultados do Estudo Sentinela Parturiente 2004. Disponível em:

<www.aids.gov.br/final/biblioteca/relatório_07_2005>.

[acesso em 21 set. 2006].

45. Pereira MG, Epidemiologia Teoria e Prática. Editora Guanabara Coogan S.A. Rio de Janeiro, 1995.

46. Browner WS, Newman TB, Cummings SR, Hulley SB. Estimando o tamanho da amostra e poder estatístico. In:Hully SB, Cummings SR, browner

WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Tradução: Duncan MS, Peres AE.
Delineando a Pesquisa Clínica, uma abordagem epidemiológica. 2ª edição,
ARTMED, 2006.

47. Rodrigues LC, Werneck GL, Estudo Caso-controle. In: Medronho RA,
Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck LG. Epidemiologia, Atheneu, 2006.

ANEXOS



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

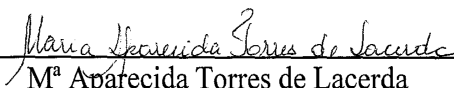
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Recife, 30 de março de 2007

Prezada Investigadora

Informamos a Vsa que foi aprovado na reunião do dia 29/03/2007, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, **“DESCONHECIMENTO DO ESTADO SOROLÓGICO AO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA DURANTE A GESTAÇÃO. IDENTIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA E FATORES PRÉ-NATAIS RELACIONADOS, EM MULHERES ADMITIDAS PARA PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES NO ANO DE 2007”**, conforme normas para pesquisa envolvendo seres humanos resolução 196/96

Atenciosamente,



M^a Aparecida Torres de Lacerda
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa
HAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós estamos fazendo uma pesquisa para saber quantas gestantes realizaram o teste anti-Hiv e quantas souberam o seu resultado durante a gestação e caso não tenha feito o teste na gravidez saber também porque não o fez. Estas informações são muito importantes para planejar maneiras de melhorar o atendimento das gestantes no pré-natal.

Para obter esta informação, caso você concorde em participar da pesquisa, você vai responder a este questionário e serão obtidos alguns dados do seu prontuário e do prontuário do bebê e do cartão da gestante. As informações aqui obtidas não terão seu nome divulgado e você pode desistir de participar a qualquer momento. O seu tratamento não será modificado caso você participe ou não do estudo. Este trabalho não trará benefício pessoal ou financeiro, mas poderá ajudar para melhorar a qualidade do pré-natal de outras pessoas.

EU, _____,

RG _____, residente à Rua/Av.

_____, Número

_____, Bairro _____ CEP _____

Cidade _____, autorizo, à pesquisadora Valdenise de Oliveira Xavier Ramos, a minha participação no projeto de pesquisa intitulado “Desconhecimento do Estado Sorológico ao Vírus da Imunodeficiência Humana em gestantes. Frequência e fatores pré-natais relacionados”.

Esta pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal de Pernambuco através do curso de Mestrado em Medicina Tropical.

Caso necessário poderá contactar, através do telefone
(081) 32228728 (pesquisadora).

Recife, _____ de _____ de 2007.

_____ (Entrevistada).

_____ (Responsável, se menor de 18

anos)

_____ (Pesquisadora).

III-PROCEDÊNCIA

8 Qual a cidade em que você mora?

_____ |__|__|__|

9. Você mora na cidade ou no sítio/engenho/campo?

1 – Zona Rural 2 – Zona Urbana |__|

Qual o seu endereço?

Rua, Av. Trav. _____

Nº. __|__|__| 14. Apto __|__|__| 15. Bloco _____

Bairro _____

Código do Bairro _____ |__|__|__|

Cidade _____ 18. Estado _____

Tel.: _____ 20 - Cel.: _____

.Dê um ponto de referência:

III- CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

10. Quem é o (a) chefe/responsável financeiro pela sua família?

1.A entrevistada (segue para a questão **18 referente ao** indivíduo)

2.Outra pessoa |__|

11. Você é o quê do (a) chefe da família? |__|__|

1.Companheira 06. Filha/enteada 10. Neta/bisneta.

02. Irmã 07. Mãe/sogra 11. Outro parentesco

03. Pessoa responsável. 08. Empregada doméstica

04. Parente do empregado doméstico 12. Pensionista

05. Agregada 09. Individual em domicílio coletivo

Chefe da Família

12. Na semana passada, o chefe da família trabalhou em alguma atividade em que recebeu dinheiro?(inclusive preparação de algum produto, venda ou prestação de algum serviço no próprio domicílio). Ou obteve alguma renda?

1. _____ Sim 2. _____ Não

|__|

13. Quanto de dinheiro o chefe da família recebeu

No mês passado?

(0 = Nada).

1. \$ _____

2. Não sabe/Não quis informar

14. Ele recebe algum dinheiro de aposentadoria ou benefício?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe/ não quis informar

15. Quanto de dinheiro ele recebeu no mês passado de aposentadoria ou benefício ?

(0 = Nada).

1. \$ _____

Nº de S.M.

2. Não sabe/ Não quis informar

16. O chefe da família sabe ler e escrever?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar

17. Qual foi a última série que o chefe da família estudou e passou de ano?

01. Primeira 02. Segunda 03. Terceira 04. Quarta

05. Quinta 06. Sexta 07. Sétima 08. Oitava

09. Ensino médio incompleto

10. Ensino médio completo

11. Supletivo (Ensino Fundamental) 12. Supletivo (2º grau)

13. Ensino superior incompleto.

14. Ensino superior completo

15. Curso técnico incompleto

16. Curso técnico completo

17. Não estudou.

18. Não sabe informar.

Indivíduo

18. No mês passado, você trabalhou em alguma atividade em que recebeu dinheiro?

1. Sim 2. Não

19. Quanto de dinheiro você recebeu no mês passado?

(0 = Nada).

1. \$ _____

Nº S.M.

2. Não sabe/não quis informar.

20. Qual é a sua ocupação?

(códigos da Clas. Brás. de Ocup. 2002)

21. Você recebe algum dinheiro de aposentadoria ou benefício?

1. Sim 2. Não |____|

22. Quanto de dinheiro Você recebeu no mês passado de aposentadoria ou benefício?

(0 = Nada).

1. \$ _____

Nº S.M. |____|____,____|____|

2. Não sabe/ não quis informar

23. Quanto de dinheiro você recebia até ficar grávida?

(0 = Nada).

1. \$ _____

Nº S.M. |____|____,____|____|

Alguém mais em casa recebe algum dinheiro por mês, incluindo salário, pensão alimentícia, aposentadoria, bolsa escola, bolsa família, ajuda de familiares ou outros ganhos?

NÃO INCLUIR A ENTREVISTADA E NEM O CHEFE/RESPONSÁVEL FINANCEIRO PELA FAMÍLIA, CASO JÁ TENHA SIDO CONTEMPLADO NAS QUESTÕES 24 a 28.

NOME

RENDA

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(Pesquisador)

Renda total da família em Reais = Entrevistada + familiares + Chefe da família

\$ _____

Renda total em salário mínimo = \$ _____

(Salário Mínimo Vigente = 380,00 Reais)

24. Atualmente, quantas pessoas moram na sua casa? (Excluir hóspedes e visitantes temporários), **incluir o RN.**

|____|____|

(Renda per-capta em S.M.= _____)

|____|____,____|____|

(Renda total familiar em SM= _____)

25. Você sabe ler e escrever?

1. Sim 2. Não |____|

|

26. Qual foi a última série que você estudou e **passou de ano?**. |__|__

01. Primeira 02.Segunda 03Terceira 04. quarta

05.Quinta 06.Sexta 07. Sétima 08.Oitava

09.Ensino médio incompleto 10. Ensino médio completo .

11.Supletivo (Ensino Fundamental) 12.Supletivo (2º grau)

13.Ensino superior incompleto. 14.Ensino superior completo

15. Curso técnico incompleto 16.Curso técnico completo

17 Não estudou.

27.Com quem você mora?

1.Sozinha

2 .Com a família

3.Em abrigo (casa de apoio)

4. Na rua. |__|

28.Você tem companheiro(a) fixo(a) ?

1 - Sim 2 – Não |__|

IV- DADOS BIOLÓGICOS

29. Quantas vezes você já esteve grávida antes desta gravidez?
_____vezes |__|

30. Qual é a cor da sua pele(etnia)?

1.Branca 2.Preta 3.Parda 4.Amarela 5. Indígena |__|

V- ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

31. Você fez pré-natal?

1. Sim (Vá para a 33) 2. Não |__|

32. Por que você não fez o pré-natal? **1.SIM** **2. NÃO**

1.Falta de tempo ()

2.distância do serviço médico()

3.Não conseguiu marcar consulta ()

4.Não tinha com quem deixar os filhos ()

5. Não achou importante ()

6.Outros _____()

33 Quantas consultas de pré-natal você fez? Nº. _____ consultas

|__|__|

53. Quanto tempo (em **dias**) levou para sair o resultado?

|____|____|____|

54. Acaso não tenha feito o teste, qual foi o motivo? |____|

1. Não fez pré-natal

2. Fez pré-natal, mas não foi solicitado

3. Fez pré-natal foi solicitado, mas não achou importante

4. Não fez pré-natal, foi solicitado mas não achou importante

5. Teve medo do resultado

6. Quis fazer, mas não conseguiu (Motivo) _____

(fazer anexo para motivos)

7. Outros _____

(Pesquisador fazer anexo para outros)

55. Você pegou (soube) o resultado do teste HIV realizado no pré-natal, antes do parto?

1. Sim

2. Não |____|

56. Caso não tenha pegado o resultado, qual foi o motivo? |____|

1. Não ficou pronto a tempo

2. Não achou importante.

3. Medo do resultado.

4. Não pôde ir buscar. Motivo: |.

(fazer anexo para os motivos).

VI- INFORMAÇÃO EM SAÚDE

57. Como você acha que uma pessoa **adulto ou criança** pode pegar a infecção pelo HIV/Aids?

1 – Sim 2 – Não (NÃO LER AS ALTERNATIVAS)

a. Através do beijo na boca []

b. Através do sexo oral []

c. Transar sem camisinha com pessoa que tem a doença []

d. Através da coleta de exames de sangue []

e. através da doação de sangue []

f. Através da transfusão de sangue contaminado []

g. Ao usar os mesmos pratos e talheres que alguém que tem o HIV []

h. Através de seringas/agulhas contaminadas com sangue de alguém que tem a doença []

i. Ao dormir na mesma cama que alguém que tem a doença []

j. A gestante com HIV/Aids pode transmitir a doença para o seu bebê durante a gravidez ou durante o parto []

k. Através da amamentação caso a mãe esteja contaminada []

l. Não sabe informar. []

m. Através de sangue contaminado []

58. Como você ficou sabendo que se pode pegar HIV/Aids dessas formas?

(NÃO LER AS ALTERNATIVAS). 1. Sim 2. Não.

1. Mídia (TV, rádio, Jornais, Revistas) ()
2. Serviços de Saúde (Palestras, Cartazes, informação do profissional de saúde) ()
3. Escola ()
4. Conversas informais com amigos ()
5. Através de grupos de bairro, grupos de mães, ONG etc. (Organizações civis) ()
6. Outras fontes: _____ ()
7. Fonte de conhecimento ausente ()

59. Você sabe dizer se existe risco para o bebê que está dentro da barriga da mãe pegar HIV/Aids quando a mãe grávida está com HIV/Aids?

1 - Sim 2 - Não
|_____|

60. Como você ficou sabendo disso? **NÃO LER AS INFORMAÇÕES**

1. Sim 2. Não

1. Mídia (TV, rádio, Jornais, Revistas) ()
2. Serviços de Saúde (Palestras, Cartazes, informação do profissional de saúde) ()
3. Escola ()
4. Conversas informais com amigos ()
5. Através de grupos de bairro, grupos de mães, ONG etc. (Organizações civis) ()
6. Outras fontes: _____ ()
(fazer anexo)
7. Fonte de conhecimento ausente ()

61. Você sabe dizer se o leite materno pode passar o HIV/Aids (caso a mãe tenha HIV/Aids)?

1 - Sim 2 - Não |_____|

62. Como você ficou sabendo disso? **NÃO LER AS INFORMAÇÕES**

1. Sim 2. Não

1. Mídia (TV, rádio, Jornais, Revistas) ()
2. Serviços de Saúde (Palestras, Cartazes, informação do profissional de saúde) ()
3. Escola ()
4. Conversas informais com amigos ()
5. Através de grupos de bairro, grupos de mães, ONG etc. (Organizações civis) ()
6. Outras fontes: _____ ()
(fazer anexo)
7. Fonte de conhecimento ausente ()

63. Você sabe dizer se o **número** de mulheres com HIV/Aids ao longo dos anos:

1. Está igual ao que era
2. Vem diminuindo
3. Vem aumentando
4. Não sabe informar

64. Como você ficou sabendo disso? **NÃO LER AS INFORMAÇÕES**

1. Sim 2. Não

1. Mídia (TV, rádio, Jornais, revistas) ()
2. Serviços de Saúde (Palestras, Cartazes, informação do profissional de saúde) ()
3. Escola ()
4. Conversas informais. ()
5. Através de grupos de bairro, grupos de mães, organizações civis etc.).()
6. Outras fontes: _____ ()
7. Fonte de conhecimento ausente ()

65. Quando o médico / enfermeiro pediu o teste HIV ele falou para você que o teste do HIV/Aids feito na gravidez pode ajudar a evitar a doença no bebê caso a mãe esteja com a doença ? (aconselhamento sobre o teste)

1. Sim
2. Não |_____|

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

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

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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