

JOÃO PAULO QUEIROZ FARIAS¹

ANAMÉLIA FRANCO²

KLEBER PIMENTEL SANTOS³

INÊS DOURADO⁴

BERNARDO GALVÃO-CASTRO⁵

Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil

Prevention of HIV vertical transmission: obstetricians' attitude in Salvador, Brasil

Artigos originais

Palavras-chaves

HIV/prevenção & controle
Transmissão vertical de doença/
prevenção & controle
Terapia anti-retroviral de alta atividade
Conhecimentos, atitudes e prática em saúde

Keywords

HIV/prevention & control
Disease transmission, vertical/
prevention & control
Antiretroviral therapy, highly active
Health knowledge, attitudes, practice

Resumo

OBJETIVO: avaliar as atitudes e conhecimento dos obstetras das maternidades públicas da cidade de Salvador (MPS) sobre as recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do vírus humano da imunodeficiência (HIV) e terapia antiretroviral em gestantes. Avaliou-se também a influência das condições de trabalho, disponibilidade da testagem rápida e da terapia antiretroviral em relação à aplicação destas recomendações.

MÉTODOS: realizou-se um estudo de corte transversal entre agosto e novembro de 2005, envolvendo 129/152 (85%) dos obstetras de todas as MPS. Utilizou-se como instrumento um questionário anônimo, estruturado e auto-explicativo, com questões sobre as características da população, condições de trabalho e disponibilidade de insumos, conhecimento e atitudes relacionadas ao aconselhamento e testagem para o HIV e condutas com as pacientes (uso da zidovudina (AZT), reconhecimento de fatores de risco, escolha e manejo da via de parto e cuidados no puerpério).

RESULTADOS: dos obstetras, 69% referiram conhecer integralmente as recomendações do Ministério da Saúde; 90,7% concordaram com a solicitação compulsória da testagem rápida para o HIV; 63,6% escolheram a cesariana para via de parto; 38% contra-indicaram o parto por via vaginal; 37,5% recomendaram isolamento das pacientes soropositivas e 58,1% indicaram laqueadura tubária. A maioria (90%) dos sujeitos referiram a existência de fatores prejudiciais à aplicabilidade das recomendações, sendo que os mais apontados foram a realização inadequada e a indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão. Embora a testagem rápida estivesse disponível, apenas um terço dos entrevistados afirmou que o resultado estava sempre disponível em tempo hábil. **CONCLUSÕES:** algumas atitudes relacionadas à assistência à gestante com HIV foram discordantes das recomendações do Ministério da Saúde. Na opinião dos entrevistados a inadequação do pré-natal e a indisponibilidade do resultado da testagem rápida influenciam negativamente na aplicação das recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Abstract

PURPOSE: to evaluate the attitudes and knowledge of obstetricians from public maternities in Salvador city (PMS) about the recommendations from the Health Ministry (HM) for the prophylaxis of vertical transmission of HIV (VTH) and antiretroviral therapy in pregnant women. The influence of working conditions, availability for quick testing and antiretroviral therapy has also been evaluated concerning the application of these recommendations. **METHODS:** a transversal study from August to November 2005, involving 129/152 (85%) of the obstetricians from all the PMS. The instrument used was a structured and self-explanatory anonymous questionnaire, with questions on the population characteristics, working conditions and availability of material, knowledge and attitudes related to HIV counseling and testing, and proceedings with the patients (use of AZT, recognition of risk factors, choice and management of type of delivery and puerperal care). **RESULTS:** 69% of the obstetricians stated they knew integrally the HM recommendations, 90.7% agreed with the compulsory request of quick testing for HIV; 63.6% chose the caesarean section as the type of delivery; 38% were against normal delivery; 37.5% recommended isolation of positive serum patients and 58.1% indicated tubal ligation. Most of them (90%) mentioned the existence of factors unfavorable to the recommendations applicability, and among those factors, the most pointed were the inadequate way the pre-natal admission was done

Correspondência:

Bernardo Galvão-Castro
Laboratório Avançado de Saúde Pública do Centro de Pesquisa
Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz
Rua Waldemar Falcão, 121 – Candeal
CEP 40295-001 – Salvador/BA
Fone: 3176-2213 – Fax: 3176-2300
E-mail: bgalvao@bahia.fiocruz.br

Recebido

26/10/2007

Aceito com modificações

18/2/2008

Trabalho realizado no Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS – Salvador (BA), Brasil.

¹ Professor Assistente de Obstetrícia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS – Salvador (BA), Brasil.

² Professora do Programa de Mestrado em Família e Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador – UCSal – Salvador (BA), Brasil.

³ Professor Assistente de Saúde da Família da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS – Salvador (BA), Brasil.

⁴ Professora Titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

⁵ Pesquisador Titular do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Professor Titular da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS – Salvador (BA), Brasil.

and the lack of information at that occasion. Even though the quick testing was available, only one third of the interviewees stated that the result was always available in due time. **CONCLUSIONS:** some attitudes related to the assistance to the pregnant women with HIV were incompatible with the HM recommendations. According to the interviewees, the inadequacy of the pre-natal plus the non-availability of quick testing, influence negatively the applicability of VTH prophylaxis recommendations.

Introdução

Atualmente, a epidemia de Aids no Brasil caracteriza-se pelo aumento da transmissão heterossexual, com conseqüente feminilização e aumento da transmissão vertical do vírus humano da imunodeficiência (HIV), principalmente em indivíduos de baixo nível socioeconômico¹⁻⁶. O uso de antiretrovirais diminui a transmissão vertical do HIV (TVH) quando administrados durante a gestação, intraparto e ao neonato desde o nascimento até a sexta semana de vida^{7,8}.

Medidas para prevenção da TVH foram estabelecidas pelo Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, no Manual de Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes^{9,10}. Entretanto, existem evidências de dificuldades de implementação destas medidas, particularmente nas regiões menos favorecidas do país¹¹⁻¹³. Há registros de baixos percentuais de teste para o HIV durante o pré-natal, principalmente nas regiões norte e nordeste do país^{12,13}. Além disso, nem sempre o aconselhamento, pré- e pós-teste, é realizado^{14,15}. Estes dados indicam uma deficiência tanto de cobertura quanto da qualidade do pré-natal no Brasil, principalmente nas regiões menos favorecidas.

Neste contexto, observou-se, em uma maternidade pública de Salvador (MPS), que 29,6% das mulheres não haviam freqüentado o pré-natal e que 29,2% não portavam o cartão da gestante¹². Dados recentes indicam que houve redução significativa da TVH no Brasil e aumento da sobrevivência após o diagnóstico de Aids em crianças infectadas por esta via, evidenciando o sucesso das intervenções adotadas, especialmente a adoção da terapia antiretroviral para gestantes e crianças expostas¹⁶⁻¹⁹. Estimou-se, em 2004, que 63% das gestantes foram testadas para o HIV em todo o território nacional, enquanto que somente 31% delas foram testadas na região nordeste do país²⁰. Estes dados indicam grandes perdas de oportunidades do diagnóstico da infecção pelo HIV na gestação e de aplicação das medidas para a profilaxia da TVH. Nos Estados Unidos e na Europa, a prevenção da TVH tem sido bem sucedida, observando-se redução drástica de suas taxas, de modo que já é possível vislumbrar a eliminação da infecção perinatal pelo HIV, não somente com a manutenção das estratégias que propiciaram a redução da transmissão vertical como também pela adoção de estratégias de rastreamento da infecção pelo HIV como parte do cuidado à saúde e ferramenta chave

no pré-concepcional, além de atenção e recursos para a prevenção da infecção pelo HIV em mulheres²¹⁻²⁴.

Desde o início da epidemia, têm sido avaliados diferentes aspectos associados ao conhecimento, informação, atitudes e práticas relacionadas à infecção pelo HIV, tanto em grupos populacionais como em profissionais de saúde envolvidos na assistência às pessoas infectadas pelo vírus²⁵⁻³¹. Nos Estados Unidos, recente estudo avaliou, por meio de questionário postal, o conhecimento e a prática de ginecologistas e obstetras sobre o rastreamento para o HIV, verificando-se que 97% referiram recomendar a testagem para o HIV para todas as suas gestantes, mas, frequentemente, estavam desinformados sobre a legislação de seus Estados sobre o tema³². No Brasil, até o momento, ainda não foi realizado estudo sobre o conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde das recomendações do Ministério da Saúde sobre a profilaxia da TVH. No presente estudo, avaliamos as atitudes dos obstetras nas MPS em relação às recomendações do Ministério da Saúde sobre a profilaxia da TVH no momento do parto, que é a última oportunidade para realizar diagnóstico da infecção materna pelo HIV e a profilaxia desta transmissão.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal, envolvendo os obstetras de todas as MPS (n=7), no período de agosto a novembro de 2005. Da população total de 152 obstetras, 129 (85%) concordaram em participar do estudo e 13 (8,5%) recusaram; dez (6,5%) não foram localizados após três tentativas, por estarem de férias e/ou licença médica. A média de idade da população avaliada foi 42 anos (42,0±9,8), mediana=44 (26-61) e houve predominância do sexo feminino (69,8%, 90/129). Graduaram-se em Medicina, em média, há 17 anos (17,5±9,4; mediana=19) e 86% (111/129) referiram ter cursado pós-graduação *senso lato* (residência médica), 75,2% (97/129) tinham título de especialista, 41,9% (54/129) freqüentaram curso/estágio de capacitação em HIV/Aids ou DST, 82% (106/129) trabalhavam também em clínica privada ou conveniada e 44,2% (57/129) exerciam atividades em serviço acadêmico. Observou-se que 48,8% (63/129) destes profissionais referiram atender semanalmente mais de 30 gestantes e 57,4% (74/129) atenderam gestantes com sorologia positiva para o HIV nos três meses anteriores a entrevista.

Para o presente estudo, foi elaborado um questionário anônimo, estruturado e auto-explicativo, composto de uma parte geral e outra específica. Na parte geral, foram obtidas informações sobre as características demográficas, formação acadêmica, atuação profissional e importância da TVH para o entrevistado. Foi avaliada, na perspectiva destes médicos, a disponibilidade de terapia antiretroviral e testagem rápida para o HIV nas maternidades. Na parte específica do questionário, as condutas foram analisadas com base nas recomendações do Ministério da Saúde, com questões sobre as atitudes relacionadas ao aconselhamento e testagem rápida para o HIV e sobre as condutas com as pacientes (uso da zidovudina (AZT), reconhecimento dos fatores de risco para transmissão vertical, escolha e manejo da via de parto e cuidados no puerpério). As questões foram respondidas utilizando-se uma escala tipo Likert, numericamente pontuada de 1 a 5 (1. Discordo completamente, 2. Discordo parcialmente, 3. Indeciso, 4. Concordo parcialmente e 5. Concordo completamente).

Os questionários foram aplicados durante o plantão nas maternidades, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os entrevistadores entregavam ao participante do estudo o questionário, aguardando no local que o mesmo fosse respondido e depositado pelo próprio participante em envelope lacrado, que foram abertos pela equipe do projeto após a conclusão da coleta dos dados.

Na análise dos dados acerca das atitudes em relação às recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da TVH e terapia antiretroviral, as respostas “discordo completamente” e “discordo parcialmente” foram agrupadas, indicando a tendência do entrevistado de não realizar a conduta citada. Do mesmo modo, as respostas “concordo completamente” e “concordo parcialmente”, igualmente agrupadas, indicaram a tendência do entrevistado em realizar determinada conduta. As respostas indecisas não foram consideradas na avaliação.

Os resultados foram armazenados e tabulados utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS, Inc, Chicago, IL). Para descrição das variáveis contínuas (idade, tempo de graduação) foram usadas a frequência simples, a média com o desvio padrão e a mediana. As variáveis nominais (sexo, residência médica, título de especialista, capacitação HIV/Aids, atividade em

serviço acadêmico, trabalho em serviço privado/conveniado, número de atendimentos semanais, atendimento a gestantes HIV positivo, condições de trabalho, disponibilidade de insumos e atitudes) foram descritas pela frequência simples e percentuais. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (EBMSP/FBDC), parecer nº 38/2005.

Resultados

Observou-se que 82% (106/129) dos entrevistados referiram conhecer integralmente as recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia da TVH. Pouco mais da metade (64%; 82/129) informou que o teste rápido para o HIV está sempre disponível nas maternidades. Entretanto, em relação à obtenção do resultado, somente 29,5% (38/129) referiram que o mesmo está sempre disponível com tempo suficiente para permitir a realização da profilaxia. A maioria (80%; 103/129) opinou que o AZT, venoso e oral, está sempre disponível nas maternidades.

Fatores que interferem negativamente na aplicação das recomendações do Ministério da Saúde foram referidos por 95,6% (123/129), sendo que os mais apontados foram: acompanhamento pré-natal inadequado (74,4%, 96/129); indisponibilidade das informações obtidas durante o pré-natal no momento da admissão na maternidade (50%, 63/126); sobrecarga de trabalho (42,6%, 55/129); falta de programas de treinamento (38,8%, 50/129); divulgação inadequada das recomendações do Ministério da Saúde (9%, 7/129) e indisponibilidade do teste rápido e da terapia antiretroviral (5,4%).

As respostas dos obstetras às questões relacionadas ao aconselhamento e testagem rápida para o HIV e condutas com as pacientes (uso do AZT, reconhecimento dos fatores de risco, escolha e manejo da via de parto e cuidados no puerpério) estão nas Tabelas 1, 2 e 3. Embora tenha ocorrido elevado percentual da resposta “concordo completamente” com as recomendações do Ministério da Saúde, alguns pontos merecem ser destacados. Observou-se a concordância de 99,3% (97,7% de concordância completa, CC, e 1,6% de concordância parcial, CP) dos obstetras em relação à necessidade de se oferecer teste

Tabela 1 - Respostas dos obstetras em MPS, Bahia, sobre aconselhamento e testagem de parturientes com status sorológico desconhecido para o HIV por ocasião da internação

	DC		DP		I		CP		CC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oferecer testagem rápida	1	0,8	-	-	-	-	2	1,6	126	97,6
Solicitar compulsoriamente testagem rápida	9	7	-	-	2	1,6	16	12,4	101	78,3
Realizar aconselhamento pré-teste	10	7,8	9	7,0	4	3,1	28	21,7	76	58,9
Oferecer testagem rápida somente para pacientes de risco para o HIV	118	91,5	8	6,2	-	-	1	0,8	1	0,8

DC=discordo completamente; DP=discordo parcialmente; I=indeciso; CP=concordo parcialmente; CC=concordo completamente.

Tabela 2 - Respostas dos obstetras sobre o uso do AZT e escolha da via de parto para a gestante HIV positivo

Uso do AZT	DC		DP		I		CP		CC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	(%)
Prescrever AZT venoso 2 mg/kg na primeira hora, seguido de 1 mg/kg/hora até o clampeamento do cordão	2	1,6	1	0,8	3	2,3	5	3,9	118	91,5
Na indisponibilidade do AZT venoso, usar alternativamente o AZT oral	4	3,1	4	3,1	24	18,6	13	10,1	83	64,3
Iniciar a profilaxia com AZT três horas antes da cesárea	11	8,5	6	4,7	3	2,3	12	9,3	96	74,4
Escolha da via de parto										
No trabalho de parto, a cesariana pode ser considerada adequada desde que membranas íntegras e dilatação cervical até 3 a 4 cm.	11	8,5	4	3,1	1	8	24	18,6	87	67,4
A cesariana deve ser sempre a via de parto	37	28,7	8	6,2	2	1,6	40	31,0	42	32,6
Quando a cesariana for indicada, devemos planejar realizá-la fora do trabalho de parto	10	(7,8)	9	(7,0)	-	-	21	16,3	88	68,2
O parto vaginal está proscrito para as pacientes HIV positivas	42	32,6	37	28,7	-	-	24	18,6	25	19,4

DC=discordo completamente; DP=discordo parcialmente; I=indeciso; CP=concordo parcialmente; CC=concordo completamente

Tabela 3 - Reconhecimento de situações com maior possibilidade de transmissão vertical e condutas no puerpério da paciente HIV+: respostas dos obstetras

Situações de maior risco	DC		DP		I		CP		CC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excesso de exames de toque vaginal	29	22,5	15	11,6	8	6,2	38	29,5	38	29,5
Bolsa rota 4 horas ou mais	3	2,3	4	3,1	2	1,6	14	10,9	106	82,2
Prematuridade	33	25,6	13	10,1	22	17,1	29	22,5	31	24,0
Hemorragia intraparto	3	2,3	5	3,9	3	2,3	19	14,7	99	76,7
Condutas no puerpério										
Isolar a paciente	61	47,3	20	15,5	4	3,1	29	22,5	15	11,6
Orientar laqueadura tubária	22	17,1	24	18,6	8	6,2	39	30,2	36	27,9
Contra-indicar a amamentação	3	2,3	1	0,8	-	-	5	3,9	119	92,2
Orientar uso de preservativos	1	0,8	-	-	-	-	1	0,8	127	98,4

DC=discordo completamente; DP=discordo parcialmente; I=indeciso; CP=concordo parcialmente; CC=concordo completamente

rápido para todas gestantes com sorologia desconhecida para o HIV e 80, 7% concordaram (58,9% de CC e 21,7% de CP) com a realização de aconselhamento pré-teste para todas as gestantes a serem submetidas ao teste rápido para o HIV. Concomitantemente, verificou-se que 90,7% (78,3% de CC e 12,4% de CP) dos entrevistados concordaram também com a solicitação compulsória da testagem rápida para HIV.

Em relação à prescrição de AZT a pacientes com sorologia positiva para o HIV, foi observado que 95, 5% (91,5% de CC e 3,9% de CP) dos obstetras concordaram com a prescrição por via venosa, na dose de 2 mg/kg na primeira hora, seguida de 1 mg/kg de peso/hora até o clampeamento do cordão umbilical. A realização da profilaxia da TVH durante o parto com o AZT por via oral, na indisponibilidade do AZT venoso, foi concordante para

74,4% dos obstetras (64,3% de CC e 10,1% de CP), sendo que 18,6% deles ficaram indecisos (Tabela 2).

Na escolha da via de parto, foi observado CC de 68,2% dos obstetras em realizar a cesárea eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto. Adicionalmente, 67,4% (87/129) deles concordaram completamente em manter a indicação de cesárea mesmo quando a paciente estiver em trabalho de parto, conquanto que as membranas estejam íntegras e dilatação cervical seja de até 3 a 4 cm. O parto vaginal, para 38% dos obstetras avaliados, estaria proscrito nas parturientes HIV positivo e a cesárea deveria ser sempre a via de parto de acordo com 63,6% deles (Tabela 2).

Na Tabela 3, estão apresentados os resultados referentes ao reconhecimento, pelos obstetras, de situações com maior possibilidade de transmissão vertical e as condutas adotadas no puerpério da paciente HIV positivo. Observa-se

que fatores como o número excessivo de exames de toque vaginal (59%) e a prematuridade (46,5%) foram menos valorizados como fatores de risco para TVH. Verificamos, também, que, em relação ao puerpério destas pacientes, 34,1% dos obstetras concordam quanto à necessidade de isolamento e 58,1% concordaram com a orientação da laqueadura tubária.

Discussão

No presente estudo, observamos que os obstetras tiveram uma boa formação profissional baseado nos seguintes indicadores: elevado percentual fez residência médica e obtiveram título de especialista, tinham considerável tempo de atuação profissional e relativa experiência com o tema do estudo. No entanto, somente 41,9% dos entrevistados freqüentaram estágio ou curso de capacitação em HIV/Aids ou DST, embora 82% conhecessem as recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da TVH, sugerindo predomínio de autodidatismo, mas indicando, também, a necessidade de programa de capacitação.

Observamos também um percentual elevado (36%) de referência à falta ocasional de teste rápido e da falta do resultado em tempo hábil. Estes fatos representam perda importante de casos de infecção pelo HIV e da aplicação de medidas de profilaxia da transmissão vertical, além de sugerir que, na opinião dos obstetras, os resultados da testagem rápida solicitada na admissão da parturiente nem sempre estão disponíveis a tempo para a adoção das medidas recomendadas, podendo estar implicado, neste cenário, os fatores vinculados à organização do trabalho nas maternidades aliados à própria fisiologia do trabalho de parto.

Fatores que dificultam esta profilaxia, tais como realização inadequada e/ou falta das informações de pré-natal na admissão da gestante, foram referidos por elevada percentagem (>90%) dos obstetras, confirmando resultados anteriores^{12,13,33-35}. Coutinho et al.³³, analisando usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), em Juiz de Fora, Minas Gerais, observaram pré-natal inadequado em 98,9% dos casos, levando-se em consideração aspectos como início precoce e freqüência dos atendimentos, realização de exames laboratoriais básicos e a realização de procedimentos clínico-obstétricos nas consultas pré-natais. Lima e Pimentel¹² observaram que, em uma MPS, 29,6% das gestantes não haviam realizado o pré-natal. Nishimoto et al.³⁴ demonstraram que a realização adequada do pré-natal foi altamente protetora quanto à TVH. Serruya et al.¹³, com dados do SisPreNatal referente ao biênio 2001 e 2002, verificaram que apenas 4% das gestantes realizaram o pré-natal completo e ainda que somente 35,4% das gestantes inscritas realizaram o teste anti-HIV. Trevisan et al.³⁵, em Caxias do Sul, observaram que o pré-natal foi inadequado em 64% das gestantes.

Estes dados indicam a insuficiente, inadequada e ineficiente assistência pré-natal no Brasil.

O termo atitude é definido como uma disposição estável relacionada a pessoas, grupos ou situações levando a reagir de uma maneira específica²⁶. A atitude é dividida em um componente cognitivo, como o conhecimento, crenças ou convicções do objeto de atitude, e um componente afetivo, tal como o sentimento e a ação ou reação para se comportar de maneira específica. No presente estudo, focalizamos, principalmente, aspectos relacionados ao conhecimento das recomendações do Ministério da Saúde, não tendo sido contemplado, diretamente, aspectos afetivos tais como medos, receios de contágio, emoções negativas, resistência do profissional a mudanças e preconceitos.

No entanto, alguns aspectos observados, como o elevado percentual de obstetras que referiram concordar com a solicitação compulsória do teste rápido, necessidade de isolamento para as puérperas com sorologia positivas para o HIV e com a indicação da laqueadura tubária para estas mulheres, provavelmente foram influenciados por componentes da esfera afetiva. Cerca de 90% dos obstetras concordaram com a solicitação compulsória do teste rápido para o HIV em gestantes com sorologia desconhecida, embora 99,3% tenham também concordado com o oferecimento do teste e 80,7% com a realização do aconselhamento para as parturientes com status sorológico para o HIV desconhecido. Estes dados paradoxais sugerem o desconhecimento da legislação que veta a realização compulsória da sorologia para HIV³⁶, embora possam também sugerir uma preocupação com a proteção do conceito.

Sabe-se que o aconselhamento e a testagem voluntária para o HIV são fatores importantes para a prevenção da transmissão vertical, pois promovem uma abordagem adequada para a mulher infectada e proporcionam excelente oportunidade de educação e mudança de comportamento para a mulher HIV negativa¹⁴. Todavia, nem sempre o aconselhamento é realizado^{14,15}. Goldani et al.¹⁴, em Porto Alegre, observaram que em um total de 1.603 mulheres testadas para o HIV na gestação, 59,1% não foram aconselhadas sobre o teste. Em São Paulo, Marques et al.¹⁵ evidenciaram que apenas 56% das mulheres testadas no pré-natal receberam informações sobre a importância do teste.

Grande parte dos obstetras envolvidos neste estudo desconhecia os fatores que poderiam contribuir para a transmissão vertical. De fato, 41 e 53,5% destes médicos desconheciam que excesso de toques vaginais e a prematuridade, respectivamente, são fatores que aumentam a possibilidade de TVH⁹.

Nossos resultados mostram que 63,6% dos obstetras realizariam a cesariana em qualquer situação e 38% proscreveriam o parto vaginal na gestante HIV positiva,

não observando adequadamente os critérios do Ministério da Saúde para escolha da via de parto. A via de parto preferencial para gestantes HIV positivas indicada pelo Ministério da Saúde é a cesariana eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto. A indicação da cesariana seria mantida no trabalho de parto se as membranas estiverem íntegras e com dilatação cervical de até 3 a 4 cm⁹. Recomenda-se o parto vaginal em gestantes com carga viral indetectável ou até 100 cópias/mL em gestações com idade maior ou igual a 34 semanas^{9,37,38}.

Contrariando a legislação brasileira e as recomendações do Ministério da Saúde, 58,1% dos entrevistados orientariam a laqueadura tubária no puerpério da mulher HIV positiva. De fato, a legislação brasileira não permite a realização de esterilização durante o parto, puerpério ou após aborto³⁶. Exceções são feitas no caso de mulheres com histórias de sucessivas cesarianas e/ou portadoras de doenças em que uma segunda cirurgia ou exposição adicional à anestesia poderia ser um risco grave à saúde. Dados da literatura mostram que 4,4 a 50,6% das mulheres HIV positivas foram esterilizadas imediatamente após o parto nas cidades de Porto Alegre e de São Paulo,

respectivamente, indicando procedimentos díspares em diferentes regiões do Brasil¹. Estas diferenças poderiam ser explicadas pela cultura médica local em relação à laqueadura tubária, aliada à organização prática da assistência ao pré-natal e ao parto¹.

Em síntese, verificamos que, embora a formação profissional dos obstetras seja, provavelmente, adequada, ainda é freqüente a inadequação em relação às recomendações do Ministério da Saúde sobre a prevenção da TVH. Baseados em nossos achados, recomendamos que medidas sejam rapidamente tomadas, visando melhorar a capacitação do pessoal de saúde em relação à prevenção da TVH, à adoção de medidas que conduzam a uma maior eficiência e eficácia da testagem rápida nas maternidades e à melhoria na qualidade, ampliação da cobertura do pré-natal e articulação dos serviços de saúde com as maternidades.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos estudantes Rodrigo Chagas, Rodrigo Froes e Sergio Calmon, pela colaboração na montagem do banco de dados.

Referências

- Barbosa RM, Knauth DR. Esterilização feminina, Aids e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2:365-76.
- Bastos FI, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública*. 2000;16 Supl 1:65-76.
- Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001;34(2):207-17.
- Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad Saúde Pública*. 2000;16 Supl 1:77-87.
- Barbosa RM. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids. In: Berquó E, organizador. *Sexo e vida – panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp; 2003. p. 339-89.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise especial. *Cad Saúde Pública*. 2000;16 Supl 1:7-19.
- Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *Pediatric Aids Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group*. *N Engl J Med*. 1994;331(18):1173-80.
- Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, Charbonneau TT, French PT, Wang L, et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med*. 1998;339(20):1409-14.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: MS; 2001.
- Veloso VG, Vasconcelos AL, Grinsztejn B. Prevenção da transmissão vertical no Brasil. *Bol Epidemiol Aids* [Internet]. 1999 [citado 2005 Fev 5];12(3). Disponível em: http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_jun_ago99/prevenc_trans_vertical.htm
- Cavalcante MS, Ramos Junior NA, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica de uma capital do nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(2):131-8.
- Lima BG, Pimentel CO. Qualidade do pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador, 2000-2001. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2003;27(1/2):50-9.
- Serruya SJ, Cecatti JG, do Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-9.
- Goldani MZ, Giugliani ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilhos K, Feldens L, et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):552-8.
- Marques HHS, Latorre MRDO, DellaNegra M, Pluciennik AMA, Salomão MLM. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):385-92.
- Análise do banco de dados nacional de Aids, 1980 a 2006 e gestante HIV+, 2000 a 2006. *Bol Epidemiol Aids DST*. 2006;3(1):7-8.
- Brito AM, de Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Trends in maternal-infant transmission of Aids after antiretroviral therapy in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40 Supl:18-22.

18. Amaral E, Assis-Gomes F, Milanez H, Cecatti JG, Vilela MM, Pinto e Silva JL. Timely implementation of interventions to reduce vertical HIV transmission: a successful experience in Brazil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(6):357-64.
19. Matida LH, Ramos Junior NA, Moncau JE, Marcopito LF, de Souza Marques HH, Succi RC, et al. Aids by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23 Supl 3:S435-44.
20. Szwarcwald CL, Souza Jr PRB. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. *Bol Epidemiol Aids DST*. 2006;3(1):11-5.
21. Fowler MG, Lampe MA, Jamieson DJ, Kourtis AP, Rogers MF. Reducing the risk of mother-to-child human immunodeficiency virus transmission: past successes, current progress and challenges, and future directions. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(3 Suppl):S3-9.
22. Burr CK, Lampe MA, Corle S, Margolin FS, Abresh C, Clark J, et al. An end to perinatal HIV: success in the US requires ongoing and innovative efforts that should expand globally. *J Public Health Policy*. 2007;28(2):249-60
23. Ostergren M, Malyuta R. Elimination of HIV infection in infants in Europe—challenges and demand for response. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006;11(1):54-7.
24. McKenna MT, Hu X. Recent trends in the incidence and morbidity that are associated with perinatal human immunodeficiency virus infection in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(3 Suppl):S10-6.
25. Kline MW, O'Connor KG. Disparity between pediatricians' knowledge and practices regarding perinatal human immunodeficiency virus counseling and testing. *Pediatrics*. 2003;112(5):e367.
26. Lohrmann C, Valimäki M, Suominen T, Muinonen U, Dassen T, Peate I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and Aids: two decades after the first Aids cases. *J Adv Nurs*. 2000;31(3):696-703.
27. Hayter M. Knowledge and attitudes of nurses working in sexual health clinics in the United Kingdom toward post-sexual exposure prophylaxis for HIV infection. *Public Health Nurs*. 2004;21(1):66-72.
28. Szwarcwald CL, Barbosa-Júnior A, Pascom AR, de Souza-Júnior PR. Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15-54 years age group, 2004. *Aids*. 2005;19 Suppl 4:S51-8.
29. Souville M, Msellati P, Carrieri MP, Brou H, Tape G, Dakoury G, et al. Physicians' knowledge and attitudes toward HIV care in the context of the UNAIDS/Ministry of Health Drug Access Initiative in Côte d'Ivoire. *Aids*. 2003;17 Suppl 3:S79-86.
30. Chambers ST, Heckert KA, Bagshaw S, Ussher J, Birch M, Wilson MA. Maternity care providers' attitudes and practices concerning HIV testing during pregnancy; results of a survey of the Canterbury and upper South Island region. *N Z Med J*. 2001;114(1144):513-6.
31. Välimäki M, Suominen T, Peate I. Attitudes of professionals, students and the general public to HIV/Aids and the people with HIV/Aids: a review of the research. *J Adv Nurs*. 1998;27(4):752-9.
32. Gray AD, Carlson R, Morgan MA, Hawks D, Schulkin J. Obstetrician gynecologists' knowledge and practice regarding human immunodeficiency virus screening. *Obstet Gynecol*. 2007;110(5):1019-26.
33. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(10):717-24.
34. Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51(1):54-60.
35. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(5):293-9.
36. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV. Brasília (DF): MS; 2004.
37. Kind C, Rudin C, Siegrist CA, Wyler CA, Biedermann K, Lauper U, et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective cesarean section and zidovudine prophylaxis. *Swiss Neonatal HIV Study Group*. *Aids*. 1998;12(2):205-10.
38. The European Collaborative Study. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection. *Lancet*. 1994;343(8911):1464-7.