



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE
COLETIVA (PPGISC)**

**FATORES ASSOCIADOS AO DESCONHECIMENTO DO
STATUS SOROLÓGICO PARA O HIV EM GESTANTES**

JULIANA DA SILVA NOGUEIRA CARVALHO

**RECIFE
2011**

JULIANA DA SILVA NOGUEIRA CARVALHO

**FATORES ASSOCIADOS AO DESCONHECIMENTO DO
STATUS SOROLÓGICO PARA O HIV EM GESTANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), do Centro de ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Souza da Cunha

**RECIFE
2011**

Carvalho, Juliana da Silva Nogueira

Fatores associados ao desconhecimento do status sorológico para o HIV em gestantes / Juliana da Silva Nogueira Carvalho. – Recife: O Autor, 2011.

108 folhas: il., fig.; 30 cm.

Orientador: Sergio Souza da Cunha.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Cuidado pré-natal. 2. Sorodiagnóstico do HIV. 3. Prevenção & controle. 4. Doença infecciosa-transmissão vertical. I. Cunha, Sergio Souza da. II. Título.

618.24

CDD (20.ed.)

UFPE
CS2011-090



Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

JULIANA DA SILVA NOGUEIRA CARVALHO

No dia 19 de abril de 2011, às 15h, no auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Sérgio Souza da Cunha (Doutor do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Ednaldo Cavalcante de Araújo (Doutor do Departamento de Enfermagem da UFPE) Membro Externo e Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos (Doutor do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Juliana da Silva Nogueira Carvalho, sobre a sua Dissertação intitulada: ***"Fatores Associados ao Desconhecimento do Status Sorológico para o HIV em Gestantes na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco, 2010"***. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo

Prof. Dr. Sérgio Souza da Cunha

APROVADA
[Assinatura]
Aprovada
Aprovado

[Assinatura]
Profa. Dra. **Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos**
[Assinatura]
Prof. Dr. **Ednaldo Cavalcante de Araújo**
[Assinatura]
Prof. Dr. **Sérgio Souza da Cunha**

Aos meus Pais Ademilson Nogueira e Maria José Nogueira,
pelo estímulo contínuo a minha formação profissional e
pela oportunidade de escolher livremente meu caminho.

Ao meu esposo Urbano Possidônio, pelo companheirismo
e pela compreensão, principalmente nos momentos
mais difíceis dessa trajetória.

A minha filha que está sendo gerada, Maria Alice,
que desde tão cedo foi obrigada a passar
muitas horas estudando com a mamãe!

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre se fez presente, mostrando-me os momentos oportunos e os caminhos a seguir.

Ao meu Orientador, Prof. Sergio Cunha, que com muita ética, paciência e didática, ensinou-me desde os princípios mais básicos e guiou este trabalho com muita disponibilidade e boa vontade.

Às colegas enfermeiras Amanda, Elis e Janaína, que contribuíram imensamente com a coleta de dados da pesquisa.

Aos meus colegas de turma, que fizeram com que a trajetória do mestrado fosse um dos períodos mais interessantes e prazerosos da minha vida acadêmica.

Às puérperas que aceitaram em participar do estudo, que colaboraram muito para a produção do conhecimento científico e identificação das falhas do Sistema Único de Saúde que ainda temos que corrigi-las.

Ao secretário do Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Moreira, que sempre foi bastante disponível com meus intermináveis e urgentes pedidos.

Aos colegas do Hospital das Clínicas, que sempre foram muito compreensivos com as minhas necessidades de estudar.

A todos que contribuíram com a concretização de mais um sonho.

RESUMO

FATORES ASSOCIADOS AO DESCONHECIMENTO DO STATUS SOROLÓGICO PARA O HIV EM GESTANTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE, PERNAMBUCO, 2010.

Este trabalho teve como objetivo estimar a prevalência de mulheres que chegam ao trabalho de parto sem o conhecimento do resultado da sorologia para o HIV do pré-natal e conhecer os fatores associados a este desconhecimento. Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado em três maternidades públicas da região metropolitana do Recife. A população de estudo foi composta de 528 puérperas, divididas por amostra estratificada entre as três maternidades. Os dados foram obtidos através de entrevistas face a face com questionário estruturado e por consulta a documentos como cartão de pré-natal, laudos de exames e prontuários no período de junho a setembro de 2010. Para o cálculo da medida de prevalência do desfecho, considerou-se como o desconhecimento do resultado da sorologia, a ausência de registro do resultado da sorologia para o HIV do primeiro e/ou terceiro trimestre de gestação no cartão de pré-natal ou não apresentação do laudo do exame na ocasião do internamento para o parto, resultando em uma prevalência de 39,6% de desconhecimento para as três maternidades participantes do estudo. Para medir a associação entre as variáveis preditoras e o desfecho, foi calculada a razão de chances ou *odds ratio*. Após o cálculo destas medidas, foi verificada associação estatisticamente significativa entre as variáveis: (1) ser do estado conjugal “não unida”, com valor de $p = 0,034$, OR = 1,61, IC 95% (1,01 – 2,58), (2) usar método contraceptivo hormonal ao engravidar, com valor de $p = 0,039$, OR = 1,63, IC 95% (1,05 – 2,51) e (3) iniciar o pré-natal no 2º ou 3º trimestre de gravidez, com valor de $p = 0,015$, OR = 1,62, IC 95% (1,08 – 2,43). Após ajuste dessas variáveis pelo modelo de regressão logística, permaneceu estatisticamente significativa apenas ser do estado conjugal “não unida”, com valor de $p = 0,041$, OR = 1,61, IC 95% (1,01 – 2,55). As demais variáveis permaneceram próximas da significância estatística, porém perderam importância ao ser controlado o efeito de confundimento entre as variáveis. Concluiu-se com este trabalho que existem falhas no que se diz respeito ao papel do serviço de saúde, quando capta tardiamente as gestantes para o início do pré-natal, dificultando a realização e o recebimento de exames importantes; e quando não registra adequadamente os resultados dos exames realizados durante a assistência pré-natal no cartão, bem como foram identificados fatores que estão

associados ao perfil da mulher entrevistada, como ser do estado conjugal não unida e não estar pretendendo engravidar e usando método contraceptivo ao saber da última gravidez, fato que poder ter retardado a aceitação da gravidez e o início do pré-natal.

Descritores: cuidado pré-natal, sorodiagnóstico do HIV, prevenção & controle, transmissão vertical de doença infecciosa.

ABSTRACT

Factors associated with lack of information on HIV serologic status in pregnant women attending health services in labour or for delivery.

This study aimed to estimate the prevalence of pregnant women presenting to maternity hospitals in labour or for delivery without information on the pré-natal HIV serologic status and to identify the factors associated with this lack of information. This cross sectional study was based on 3 public maternity hospitals in the metropolitan region of Recife, Brazil, which involved 528 women select from a stratified sampling of the three maternity hospitals. Data were collected through personal interviews with the women by using a structured questionnaire and retrieved from medical records between June and September of 2010. To estimate the sample size, it was considered an estimate of 39% of prevalence of the outcome. Odds ratio was used as effect measure. Three factors were statistically associated with lack of information of the HIV serologic status at labour: (1) have reported not be married or having an unmarried union (single mother) with OR = 1.61 (95% CI = 1.01-2,58) and $p = 0,034$; (2) have been using hormonal contraception method at the moment that got pregnant (OR = 1.63, 95% CI: 1.05 to 2, 51), $p = 0,039$; (3) have started the pré-natal care in the second or third trimester pregnancy (OR = 1.62, 95% CI = 1.08 to 2.43), $p = 0,015$. In an attempt of having adjusted estimates, in a model run with logistic regression, only be single mother was kept with statistically significant result (OR = 1.61, 95% CI = 1.01 - 2.55). All the remanding variables were not statistically significant. The results suggest that the predictors of knowledge of serostatus for HIV at birth are both individual factors, the factors associated with performance of the health service. These results also suggest that there are gaps in health services, with women starting pré-natal care late, hindering the completion and receipt of important exams, as well as the absence of record test results in the antenatal card.

Keywords: pre-natal care; serodiagnosis of HIV; transmission of infectious disease.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalências nacionais e na região Nordeste de gestantes que chegaram ao momento do parto sem o conhecimento do resultado da sorologia para o HIV (2002 a 2006).	29
Tabela 2: Quantitativo de partos/ano por maternidades de baixo risco em Recife - PE e região Metropolitana em 2008.	33
Tabela 3: Tamanho da amostra para estimar a prevalência separadamente em cada uma das três maternidades selecionadas em Recife-PE.	38
Tabela 4: Tamanho da amostra para comparar prevalências entre as três maternidades selecionadas em Recife-PE	39
Tabela 5: Tamanho da amostra para estimar associação entre variáveis preditoras e desfecho principal do estudo.	40
Tabela 6: Apresentação dos dois desfechos que tratam do desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV do pré-natal, na ocasião do internamento para o parto.	46
Tabela 7: Distribuição das puérperas em relação a maternidades participantes da amostra e município de procedência das mulheres.	48
Tabela 8: Distribuição das puérperas segundo idade, escolaridade, estado conjugal, chefe da família e renda familiar.	49
Tabela 9: Distribuição das puérperas segundo: gestação pretendida, uso de método contraceptivo, qual método utilizado, parceria sexual da puérpera e do companheiro, uso de drogas e histórico de doença sexualmente transmissível.	52
Tabela 10: Distribuição das puérperas segundo: paridade, realização do pré-natal, idade gestacional em que iniciou o pré-natal, mudança de local de realização do pré-natal.	54
Tabela 11: Distribuição das puérperas segundo: realização do teste de rastreamento do HIV na gestação, se houve dificuldades para realizar o teste, local de realização do teste, idade gestacional em que realizaram o teste, se receberam o resultado da sorologia ainda na gravidez (desfecho2), tempo em dias para receber o resultado, qual o resultado, motivo das que não receberam o resultado, motivo das que não fizeram o teste.	56
Tabela 12: Distribuição das variáveis estatisticamente significantes com ajuste no modelo por regressão logística.	60
Tabela13: Distribuição das variáveis analisadas em separado: local de realização do pré-natal, quantidade de consultas de pré-natal, realização de aconselhamento pré e pós teste, tempo em dias para o recebimento do resultado da sorologia para o HIV.	62

LISTA DE ABREVIATURAS E TRADUÇÕES

LAV - siga em inglês para *Lymphadenopathy-associated vírus* (vírus associado a linfadenopatias)

Aids – Síndrome da Imunodeficiência adquirida

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

The international perinatal HIV group – Grupo internacional de estudos sobre HIV perinatal

TARV – Terapia antirretroviral

ARV - Antirretrovirais

AZT – Zidovudina

DIP – Doenças infecto parasitárias

OMS – Organização Mundial da Saúde

CDC – *Centers for disease control* – Centro de controle de doenças dos EUA

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

UDI – Usuários de drogas injetáveis

PACTG - *Paediatric AIDS Clinical Trial Group* – Grupo internacional de estudos clínicos sobre Aids em pediatria

RN – Recém-nascido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

CTA – Centro de testagem e aconselhamento

UNAIDS - *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS

Enhanced care for women – Grupo de estudos para melhores cuidados à saúde da mulher

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS – Sistema único de saúde

SIREX-LACEN - Sistema de Requisição de Exames Laboratoriais do Laboratório Central do Estado de Pernambuco

SISPRÉ-NATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

Teste X^2 - Teste do qui quadrado

Portaria GM – Portaria do Gabinete do Ministro

Portaria SVS – Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde

Western blot - método em biologia molecular e bioquímica para detectar proteínas em um homogenato (células bem trituradas) ou um extrato de um tecido biológico.

Elisa / EIA - (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) - teste imunoenzimático que permite a detecção de anticorpos específicos no plasma sanguíneo.

ONU – Organização das Nações Unidas

IMIP – Instituto de Medicina Integral de Pernambuco

N – Total da amostra

P – valor de p

RP – Razão de prevalência

OR – *Odds Ratio* – Razão de chances

X² – Teste do qui-quadrado

IC – Intervalo de confiança

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	15
2. OBJETIVOS-----	19
2.1 Objetivo Geral-----	19
2.2 Objetivos específicos-----	19
3. REVISÃO DE LITERATURA-----	20
4. METODOLOGIA-----	32
4.1 Desenho do Estudo-----	32
4.2 Locais de estudo – descrição das maternidades-----	32
4.3 Amostragem-----	33
4.4 Critérios de inclusão-----	34
4.5 Critérios de exclusão-----	34
4.6 Desfecho principal-----	35
4.7 Variáveis preditoras-----	36
4.8 Coleta de dados-----	36
4.9 Período de coleta-----	37
4.10 Tamanho da amostra-----	37
4.11 Escolha do cálculo da amostra-----	40
4.12 Plano de análise-----	41
4.13 Procedimentos éticos-----	44
4.14 Limitações do estudo-----	44
5. RESULTADOS-----	46
7. DISCUSSÃO-----	64
8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES-----	69
10. REFERÊNCIAS-----	72

1 INTRODUÇÃO

A epidemia da aids foi marcada desde a notificação do primeiro caso na década de 80, nos EUA, pela focalização das ações estratégicas de controle da epidemia para grupos específicos considerados de risco para infecção pelo HIV, tais como homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e transfundidos, como alvo da construção das políticas de controle e enfrentamento da epidemia (Santos *et al*, 2002).

A doença teve sua origem na África, passando para o Haiti, disseminou-se para a Europa, chegou à América e está presente na maioria dos países. Historicamente, se descreve o início da epidemia a partir do ano de 78, com relatos de infecção em homossexuais nos Estados Unidos e na Suécia que começaram a apresentar os primeiros sinais de uma doença desconhecida, que posteriormente foi denominada aids (Greco, 2008).

Em 1981, o Centro de Controle de Doenças CDC (*Centers for Disease Control*) revelou em seu boletim semanal, o diagnóstico em cinco homossexuais de uma forma rara de pneumonia que normalmente afetava pacientes imunodeprimidos. Ainda neste ano, o CDC anunciou a detecção de Sarcoma de Kaposi, um câncer raro que normalmente afetava idosos, em 26 homossexuais e dez novos casos de pneumonia, o que alertou as autoridades americanas para o aparecimento de uma nova doença (CDC, 1987).

Em julho de 1982, essa doença foi denominada aids. Somente em 1983, cientistas do Instituto Pasteur, na França, isolaram o vírus que invade os leucócitos, provocando a aids. Eles denominaram o agente causador da doença como *LAV (Lymphadenopathy-associated vírus)* (CDC, 1999).

Durante os últimos anos da década de 80 e início da década de 90, outras formas de transmissão foram descritas e a via heterossexual passou a ser conhecida como a principal forma de transmissão do HIV.

Esse cenário ocasionou crescimento considerável na notificação de novos casos entre mulheres no Brasil e no mundo. A incidência de casos notificados que era de 1:100.000 habitantes em 1983 no Brasil, elevou-se para 6.696:100.000 em 2007 e no mesmo período razão masculino/feminino (M/F) mudou de 40/1 (1983) para 1,7/1 (Brasil, 2008).

Tais dados revelam clara tendência à feminização da epidemia da aids com aumento da incidência de casos entre as mulheres e da proporção de mulheres no total de casos.

Acompanhando esse novo perfil, as políticas de saúde passaram a incluir a população geral como alvo das campanhas, porém ainda com pouca ênfase no controle da infecção entre

os grupos de idosos e de mulheres em relacionamentos afetivo-sexuais estáveis. Baldiani, (1997), esclarece essa manutenção de focalização das campanhas quando afirma:

O modelo ideológico da “doença do outro”, vigoroso no início da epidemia, gerou por parte dos órgãos governamentais e de vários grupos sociais importantes, como os representantes das instituições de saúde, em especial na primeira metade da década de 80, um imobilismo com relação às campanhas de prevenção à Aids. Esse imobilismo foi seguido por campanhas amedrontadoras e simplistas. O reflexo disso na população foi a não adoção de métodos de prevenção uma vez que se acreditava ser a aids uma doença “estrangeira” à vida cotidiana do cidadão. Na realidade, essa abordagem (a doença como atributo e experiência do outro) da prevenção reforça concepções tradicionais do processo saúde e doença na população. Apesar das mudanças epidemiológicas e nas campanhas de prevenção, a mudança individual continuou restrita (BALDIANI, 1997).

Entretanto, a epidemia da aids no mundo constituiu uma realidade para as mulheres desde o seu surgimento. A ocorrência da infecção pelo HIV foi detectada em mulheres já em 1981, nos EUA.

Como a existência desses casos era concebida e divulgada como restrita a mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos e de homens bissexuais ou mulheres envolvidas na prática da prostituição, foi somente no início da década de 90 que surgiram as primeiras respostas coordenadas voltadas para esse segmento de mulheres heterossexuais (Brasil, 2007).

Considerando as implicações sociais da disseminação da infecção entre as mulheres, os estudos realizados por Takahashi (1998), Brito, Bastos e Barbosa (2001) no Brasil, descrevem a seriedade da dimensão que assume a epidemia de aids no Brasil, atingindo mulheres jovens, no auge de sua vida produtiva e reprodutiva. Em geral, essas mulheres são mães, têm baixa escolaridade, são solteiras, trabalhadoras ou “do lar” e foram expostas ao vírus principalmente por heterossexuais com maridos ou parceiros fixos.

No Brasil, de 1980 a 2010 segundo o Boletim Epidemiológico nº 1, ano VII, 12.709 menores de 13 anos foram notificadas com aids, desses 85,1% haviam sido infectadas por transmissão vertical do vírus (Brasil, 2010).

Uma das consequências mais perniciosas da disseminação do HIV entre as mulheres é a transmissão da infecção à criança durante o processo reprodutivo (Bastos, 2001). De acordo com *The International Perinatal HIV Group* (1999), além dos problemas sociais causados pela infecção pelo HIV, a evolução clínica em crianças infectadas pela via materno-infantil em geral é mais severa e rápida do que em puerperas infectados por outras vias de transmissão.

Neste grupo de crianças, o grau de imaturidade do sistema imune no momento da infecção pelo HIV-1, pode estar relacionado com a gravidade e a severidade da evolução clínica da doença (*The International Perinatal HIV Group*, 1999).

Desde 1995 o Brasil vem adotando em sua política de prevenção e controle da epidemia da aids, recomendações cujos objetivos são o controle da infecção materna e consequentemente, a redução da transmissão vertical do HIV, na tentativa de desacelerar o avanço da infecção pelo HIV em crianças (Brito, 2009).

O Ministério da Saúde, por meio dessas políticas de prevenção vem elaborando e publicando recomendações denominadas "Linha de Cuidado" que são revisadas por especialistas e novamente publicadas nacionalmente.

A linha de cuidado se refere à observância ao cumprimento do conjunto de recomendações preconizadas conforme estudos publicados por *Cooper et al* (2002), *Connor et al* (1999) para assistência pré-natal, pré-parto, periparto e pós parto tais como: (1) realização dos exames laboratoriais no pré-natal, entre eles o Anti-HIV; (2) terapia antirretroviral (TARV) indicada de acordo com o estado clínico da paciente; (3) adequação da via de parto segundo os níveis da carga viral materna aferida próximo ao parto; (4) número mínimo de consultas que se faz necessário para que a vigilância dessas mulheres seja adequada; e (5) cuidados preconizados para essa população durante o trabalho de parto, no parto propriamente dito e com o recém-nascido (Brasil, 2000-2001).

Porém, existem ainda dificuldades para o cumprimento das normatizações propostas pelo Ministério da Saúde, em especial à Portaria GM/MS nº 569/2000 (Brasil, 2000) que torna obrigatório o oferecimento do teste anti-HIV a todas as mulheres grávidas nos serviços de pré-natal e a Lei Federal n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996 (Brasil, 1996) que garante a oferta e o acesso gratuito à terapia antirretroviral tripla (associação de três ARV) se o teste resultar positivo. Todavia, o que se observa na prática, é que o acesso à testagem e à medicação nem sempre acontece (Santos *et al*, 2002).

Ainda existem mulheres e crianças expostas à infecção pelo HIV, sofrendo prejuízos pelas oportunidades perdidas de conhecimento do status sorológico durante a gravidez, retardando assim, a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Isso pode ser observado, por exemplo, no relatório preliminar do Estudo sentinela-parturiente¹ 2006, no qual apenas 62,3%

¹ A definição de estudos sentinela-parturiente será detalhada no capítulo de revisão de literatura, página 28.

² Os resultados dos estudos sentinela-parturiente 2002, 2004 e 2006 são mostrados no capítulo de revisão de literatura, nas páginas 28 e 29.

das parturientes apresentou, no momento do parto o cartão de pré-natal com resultado do teste anti-HIV preenchido, mostrando a prevalência de 37,7% de oportunidades perdidas de diagnóstico e profilaxia da transmissão da infecção pelo HIV, durante a gestação.

Os estudos sentinela-parturiente 2002 e 2004, revelam a magnitude desse problema de saúde pública no País, mostrando as marcantes diferenças regionais² e sinalizam como e por que existe necessidade do enfrentamento dessa realidade no Brasil.

Diante da relevância dessas questões no atual contexto da assistência de saúde à mulher e de feminização da epidemia de HIV/aids, somado ao elevado risco da transmissão vertical, durante o parto e com o risco acrescido a cada amamentação, quando associado com o desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV durante a gravidez, pretende-se com esse estudo aprofundar os conhecimentos sobre os motivos pelos quais, apesar de existirem políticas de saúde definidas, ainda existem gestantes que chegam à condição de parturientes, sem o conhecimento do seu resultado para o teste anti-HIV.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL: Identificar os fatores associados ao desconhecimento do status sorológico para o HIV do pré-natal entre puérperas atendidas no ano de 2010 em duas maternidades de referência para gravidez de baixo risco e uma maternidade de referência para gravidez de médio risco em Recife-PE e Região Metropolitana (Hospital Tricentenário e Hospital Memorial Guararapes e Barros Lima).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Classificar as puérperas entrevistadas em 2 grupos, de acordo com o conhecimento do status sorológico do pré-natal na ocasião do internamento para o parto (sim e não).
2. Descrever separadamente e comparar as características das puérperas desses dois grupos quanto: a) perfil sócio econômico; b) práticas de saúde sexual e reprodutiva, c) história obstétrica; d) fatores relacionados com a gestação atual; e) fatores relacionados com a testagem para o HIV; f) comportamentos e percepção de risco para a transmissão do HIV;
3. Identificar se houve acesso ao pré-natal, ao aconselhamento e à oferta do teste anti-HIV na última gestação das puérperas atendidas no mesmo período;
4. Identificar as principais dificuldades enfrentadas para a realização do teste e recebimento dos resultados pelas puérperas entrevistadas (dificuldades individuais da paciente, do serviço de pré-natal, do laboratório, acesso e acessibilidade).
5. Identificar quais os fatores citados acima (nos itens 1 a 4) estão associados com o desconhecimento do status sorológico para infecção pelo HIV no momento do parto.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que durante a primeira década da epidemia da aids, nos anos 80, existiam aproximadamente 500.000 casos de aids em mulheres no mundo. Durante os anos 90 essas estatísticas tornaram-se ainda mais expressivas já que a OMS calculava que essa doença seria a causa de morte de aproximadamente 4 milhões de mulheres no mundo (Brasil, 2007).

De acordo com dados do *Centers for Disease Control* (CDC), nos Estados Unidos o número de mulheres com aids cresceu de 534 em 1985 (7,0% do total de casos de aids) para 14.081 (18%) em 1994. Nos *EUA* a taxa de incidência de aids estava crescendo mais rapidamente entre as mulheres do que entre os homens, chegando a ser a quarta principal causa de óbito em mulheres com idade entre 25 e 44 anos de idade, no ano de 1994 (Brasil, 2007).

No Brasil, os dados de vigilância epidemiológica da aids, refletem o aumento do número de casos de Aids e o declínio da relação homem:mulher, de 40:1 em 1983 para 1,7:1 em 2007, demonstrando o grau em que o HIV vem se disseminando na população feminina (Brasil, 2008).

Em 2004, os levantamentos do Boletim Epidemiológico DST/aids, demonstraram que a prevalência de mulheres com HIV no momento do parto no Brasil, era estimada em 0,42%, o que corresponderia a cerca de 13 mil parturientes infectadas na faixa etária 15-24 anos (Brasil, 2005). Evidências em vários países confirmam essa expansão e em várias regiões do mundo já estão presentes inúmeras consequências negativas e concretas para o sistema de atenção à saúde e para a rede de serviços sociais de apoio.

Vulnerabilidade

Estudos realizados no Brasil por Praça *et al* (2003) e Santos *et al* (2002), fizeram uma retrospectiva em relação ao perfil da epidemia desde seu início, e descrevem que os casos de HIV/Aids eram restritos aos considerados “grupos de risco”, representados principalmente pelos usuários de drogas injetáveis (UDI), homossexuais, hemofílicos e profissionais do sexo.

O conceito de “grupo de risco” fortaleceu a estigmatização da doença e a exclusão social das pessoas infectadas pelo HIV ou doentes com aids, além de transmitir uma falsa ideia de segurança contra a aids para aquelas pessoas que não se identificavam com esses grupos. Este conceito, aliado com a pouca informação da população a respeito das formas de transmissão do HIV, tornaram-se uma dupla perigosa que tornou a população mais vulnerável à expansão da epidemia (Greco, 2008).

Nesse contexto, as mulheres com parceiro fixo e não usuárias de drogas injetáveis foram excluídas erroneamente deste “grupo”, por serem consideradas “protegidas” da infecção pelo HIV e aids. Tal fato contribuiu de forma decisiva para o aumento da proporção de mulheres infectadas, desvelando a vulnerabilidade feminina ao HIV (Brito *et al*, 2001).

Segundo o Manual de Aconselhamento do Ministério de Saúde, BRASIL (2007) ser vulnerável, no contexto das DST e HIV/aids, significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de se infectar e para aqueles já infectados, ter pouco ou nenhum acesso a cuidados e suportes apropriados.

A baixa percepção do risco de infecção pelo HIV tanto pelas gestantes, quanto pelos profissionais de saúde podem estar contribuindo com essa prevalência de 0,42% de parturientes infectadas pelo HIV, dentre as quais 59% chegam ao trabalho de parto sem o conhecimento da sorologia para o HIV, segundo Lemos *et al* (2004).

Em estudos realizados no País, tais como estudo sentinela-parturiente 2002, BRASIL, (2004) e Marques *et al* (2002), são descritas as principais falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez. Nesses estudos, a maioria das mulheres infectadas nunca pensou ser soropositiva para HIV, quase metade delas relatou ter contraído a infecção em relações sexuais desprotegidas e a metade restante afirmou ter se infectado devido ao parceiro utilizar drogas.

Essa constatação encontra-se também no estudo realizado com mulheres vivendo com HIV/ aids por Brito *et al* (2001), no qual ficou evidenciada uma pequena percepção de risco para infecção pelo HIV pelas participantes, bem como autonomia reduzida quanto à discussão de sua sexualidade e à decisão acerca da questão reprodutiva.

Contribuindo com essas informações, os resultados de estudos realizados por Brito *et al*, 2001, Marques *et al* (2002), Praça *et al* (2003) e Bastos (2001) permitem definir a condição atual da mulher infectada pelo HIV: baixa renda, baixa/média escolaridade e com pouca ou nenhuma percepção de risco, características que conferem maior vulnerabilidade para a aquisição da infecção pelo HIV.

A questão da aids em mulheres em idade fértil é agravada principalmente quando acontece em mulheres grávidas sem o acompanhamento pré-natal apropriado, contribuindo para a infecção dos conceitos expostos ao HIV.

Segundo o Boletim epidemiológico aids e DST, BRASIL (2005) somente no ano de 2005 dos 11.901 casos notificados com aids em crianças menores de treze anos de idade no Brasil, 9.965 ocorreram durante a gravidez, parto ou aleitamento materno, se configurando a transmissão vertical da infecção.

Na tentativa de controle dessa epidemia, desde 1994 foram publicados nos Estados Unidos, os resultados do primeiro ensaio clínico randomizado realizado por *Connor et al* (1994), o *Paediatric AIDS Clinical Trial Group (PACTG)*, protocolo 076, que avaliou a eficácia do uso profilático da zidovudina (AZT) durante a gravidez, no parto e para o recém-nascido e a não amamentação, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical do HIV. Este estudo comprovou a efetividade da administração da zidovudina (AZT) na redução da transmissão vertical do HIV em 67,5% dos casos.

Com base nessas evidências, no mesmo ano, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) publicou a recomendação para o uso de AZT pelas mulheres HIV positivas durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação, durante o parto e pelas crianças durante as primeiras seis semanas de vida (Vasconcelos, 2005 apud *Connor, Shaffer, Wade, Newell*).

Desde então vários fatores de risco para a transmissão vertical do HIV foram identificados, tais como carga viral elevada da gestante, tempo prolongado de bolsa rota durante o trabalho de parto e amamentação do recém-nascido como fatores que aumentam a exposição do conceito.

Após a identificação desses fatores de risco, medidas foram adotadas com o objetivo de reduzir a incidência da transmissão vertical do HIV de acordo com publicações de *Schwarz et al* (1994), do *International Perinatal HIV Group* (1999) e de *Garcia et al* (1999).

Estas medidas recomendam o uso combinado dos anti-retrovirais (ARV) durante a gravidez, administração de AZT injetável durante todo o trabalho de parto até a ligadura do cordão umbilical, a escolha da via de parto de acordo com a carga viral materna, a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea e administração de AZT xarope para o recém-nascido (RN) durante as seis primeiras semanas de vida, cuidados que são considerados determinantes na redução da transmissão vertical do vírus para menos de 1% (*Nogueira et al*, 2001).

No Brasil, o seguimento das orientações internacionais de cuidados às gestantes soropositivas e seus RN's tem contribuído para a redução gradual das taxas de transmissão vertical, porém isto está acontecendo em ritmo aquém do esperado (Brito, 2009).

Políticas Públicas de Saúde para o controle da transmissão vertical do HIV no Brasil

Desde 1995, o Brasil vem adotando as recomendações universais para o controle da transmissão vertical do HIV em sua política de prevenção e controle da epidemia de aids com o objetivo principal de controlar a infecção materna e consequentemente, contribuir para a redução da transmissão vertical do HIV.

Em 1996, a Lei Federal 9.313 de 13/11/1996 garantiu aos portadores de HIV, com indicação terapêutica conforme os critérios estabelecidos pelo consenso terapêutico brasileiro, o acesso gratuito e universal à Terapia Anti-Retroviral (TARV).

O consenso terapêutico brasileiro consiste em uma série de recomendações e condutas de manejo clínico estudados por especialistas na área, para possibilitar o controle mais eficaz da infecção pelo HIV e consequentemente, melhoria das condições de saúde e sobrevivência das pessoas que vivem com HIV. Essas recomendações são revisadas e atualizadas periodicamente com respaldo em resultados de estudos científicos da área.

A partir de 1998, o consenso terapêutico de TARV para adultos e adolescentes BRASIL (1998) já incluía a possibilidade de uso dessa terapia combinada em gestantes. O AZT intravenoso já estava disponível na rede, com orientação de uso desde 1996; e o AZT oral, desde 1991, com produção nacional a partir de 1993 (Vasconcelos, 2005). O parto por cesariana eletiva foi incluído nas recomendações desse mesmo consenso terapêutico sem, no entanto, estabelecer critérios para sua indicação (Brasil, 1998). A contra-indicação do aleitamento materno e do aleitamento materno cruzado (amamentação da criança por outra mulher), já era abordada nas recomendações brasileiras desde 1995 (Brasil, 1998).

Universalização do acesso ao Teste Anti-HIV

Em atendimento aos princípios da universalidade de acesso, da equidade e da integralidade da assistência, o Ministério da Saúde publicou diretrizes nacionais que ampliaram a oferta ao teste nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Testagem e

Aconselhamento (CTA), essas portarias foram publicadas com a intenção de aumentar as oportunidades de acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 569 de 01 de junho de 2000, BRASIL (2000) neste mesmo ano, foi implantado o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento que, entre outras determinações, estabeleceu a oferta de testagem anti-HIV, como um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes, visando aumentar o acesso das gestantes à testagem anti-HIV e consequentemente, maior possibilidade de diagnóstico precoce e controle da transmissão materno-infantil.

É importante ressaltar que, conforme as recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes, BRASIL (2001) a oferta do exame as gestantes que iniciam o pré-natal deve respeitar três princípios fundamentais, tais como: consentimento para a realização do exame, aconselhamento pré e pós-teste detalhados, podendo o aconselhamento pré-teste ser coletivo e devendo o aconselhamento pós-teste ser individual e finalmente, o princípio de confidencialidade do resultado, para assegurar o direito à gestante de manter sigilo sobre o seu status sorológico.

A Portaria SVS/MS Nº 488/1998, BRASIL (1998) definiu a obrigatoriedade da triagem sorológica de doadores de sangue e a Portaria GM/MS Nº 59/2003, definiu e normatizou a sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids), que realizam testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV.

Enquanto que a Portaria SVS/MS nº 34/2005, BRASIL (2005) regulamentou a realização de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV em serviços de saúde localizados em áreas de difícil acesso e maternidades e para resgate das oportunidades perdidas de detecção do HIV na gestação, podendo esses testes rápidos serem de triagem ou teste rápidos diagnóstico.

Os testes rápidos de triagem são realizados quando um único teste rápido é feito, com o objetivo de triagem da infecção pelo HIV. Nesse caso o diagnóstico definitivo da infecção pelo HIV não é estabelecido, sendo necessária a coleta de amostra de sangue e encaminhamento para a realização de testes convencionais, a exemplo do ELISA 1 e 2, e testes confirmatórios (imunofluorescência indireta e/ou *Westernblot*), em laboratório (Brasil, 2007).

Já os testes rápidos diagnósticos, consistem na realização simultânea de dois testes rápidos com o objetivo de se definir o diagnóstico da infecção pelo HIV. Quando os testes forem discordantes, é realizado um terceiro teste rápido (Brasil, 2007).

Para avaliar a viabilidade da utilização dos testes rápidos em serviços públicos e para validar o desempenho do teste em um laboratório de saúde pública, um estudo realizado nos Estados Unidos em 1993 e publicado por *Kassler et al* (1995), em clínicas de doenças sexualmente transmissíveis e aconselhamento, realizou testes duplo cegos anti-HIV nos plasmas enviados para testes de HIV e comparou os resultados desses testes com o exame padrão ouro que é o Ensaio Imuno Enzimático (EIA). Os resultados desse estudo mostraram que não houve discordâncias entre testes rápidos e EIA, quando os testes rápidos eram realizados em condições de temperatura ideais. Comparada com a de EIA (com confirmação *Western blot*), a sensibilidade do teste rápido foi de 100% (95% intervalo de confiança, 88,8-100) e a especificidade foi de 99,5% (95% intervalo de confiança, 98,9-99,8). O valor preditivo positivo do teste rápido foi de 88% (*Kassler et al*, 1995).

Resultados semelhantes foram observados em estudo realizado no Brasil, que comparou os resultados dos testes rápidos, com resultados dos testes Elisa e Western Blot, coletados em maternidades de Porto Alegre, no ano de 2002 e publicados por Carvalho *et al* (2004). Os resultados demonstraram que os testes rápidos apresentaram sensibilidade de 100%, especificidade de 98%, valor preditivo positivo de 75% e valor preditivo negativo de 100%, concluindo que o teste rápido é eficaz para a detecção de infecção por HIV em situações de emergência, como o parto de gestantes não testadas previamente.

Considerando que a probabilidade de transmissão materno-infantil (vertical) do HIV, que foi demonstrada por vários estudos, sendo evidenciado que a maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, e que o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, de 7% a 22%, a testagem anti-HIV no contexto das maternidades e instituição de medidas profiláticas neste momento, representa uma chance a mais de reduzir o risco de transmissão materno-infantil do HIV e justifica assim a importância assistência da implementação do Projeto Nascer nas Maternidades (Brasil, 2003).

Com a implantação do Projeto Nascer em 2003, BRASIL (2003) foi dada ênfase também à essas ações de testagem anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste, no contexto das maternidades, para que essas ações fossem realizadas com espírito de resgate das

oportunidades perdidas, no caso das mulheres que não foram testadas durante a gravidez ou que não receberam o resultado das suas sorologias neste período. Esta forma de resgate possui a função de oferecer às mulheres a chance de tratamento de sua infecção e reduzir a transmissão vertical do HIV.

Além do acesso à testagem e do conhecimento do resultado da sorologia para o HIV, é importante que seja dado enfoque nos direitos humanos das mulheres que têm o seu diagnóstico da infecção pelo HIV revelado.

Neste sentido, a OMS e a UNAIDS dão particular importância para que a política de testagem para o HIV seja acompanhada pela proteção dos direitos humanos das mulheres grávidas.

Em um estudo de revisão sistemática de literatura realizada em publicações de 19 países que representam todas as regiões da ONU, com foco nas populações de média e baixa renda, foi realizada uma revisão das políticas públicas para descrever abordagens éticas e jurídicas dos testes de HIV, fundamentadas nos princípios de consentimento, aconselhamento e confidencialidade (Maman, 2008). Foi investigada nessa revisão até que ponto as políticas consideram as questões de segurança e de direitos humanos para as mulheres, sintetizando aspectos de saúde pública, ética, direito e literatura dos direitos humanos em testes de HIV durante a gravidez (Maman, 2008).

Os resultados dessa revisão mostram que nos 19 países, as políticas públicas exigem o consentimento da paciente como condição para a realização do teste (Maman, 2008), mas trazem resultados de estudos que enxergam de forma diferente a solicitação do consentimento para a realização dos testes (Figura1).

Figura1: Resultados da revisão sistemática realizada por Maman, 2008.

Ponto de vista dos autores sobre consentimento	Autor, ano
A realização dos testes anti-HIV sem a obrigatoriedade do consentimento levaria maiores taxas de absorção de testes, além de aumentar a identificação de mulheres positivas para o HIV e proporcionar tratamento.	ACOG Committee on Obstetric Practice, 2004 Buchanan, 2000 Lo, Wolf, & Cock et al, 2002. Wolf & Sengupta, 2000 Schuklenk & Sengupta, 2000 Schüklenk & Kleinsmid, 2007t

Ponto de vista dos autores sobre consentimento

Autor, ano

A falta de obrigatoriedade do consentimento para a realização do exame diminui as chances de diagnóstico por intimidar a gestante para a realização do pré-natal, principalmente as que não desejam realizar o exame, em geral, as gestantes no risco mais elevado para a infecção pelo HIV e que não estejam preparadas emocionalmente para o impacto social que o diagnóstico da infecção pelo HIV proporciona, além do fato de que as mulheres que se sentem coagidos a testes são menos propensos a aceitar ou cumprir com o tratamento.	<i>Angelletta, 2003-2004</i> <i>Bryce, 2000-2001</i> <i>Cameron, 2002</i> <i>Éden, 2001</i> <i>Wolf et al, 2004.</i>
--	--

Nesta revisão, ainda foi descrita que todas as políticas exigem o aconselhamento para os clientes antes de ser feito o teste, embora houvesse grande variação entre países que recomendasse aconselhamento em grupo ou aconselhamento individual, mas as descrições dos requisitos abordados no consentimento variam amplamente entre as políticas.

Na China e no Quênia, por exemplo, são oferecidas pouca ou nenhuma orientação sobre como os profissionais de saúde devem obter o consentimento, por contraste, a Índia define especificamente o consentimento, quando o consentimento deve ser obtido em relação ao aconselhamento pré-teste, e descreve quais informações devem ser fornecidas ao paciente (*Maman, 2008*).

Em relação à confidencialidade, apesar de todas as políticas exigí-la, alguns países permitem também que a informação seja compartilhada entre os profissionais de saúde como "segredo compartilhado", e com os parceiros sexuais, como na Guiana, Haiti, Índia, Moldávia, Rússia, África do Sul, Ucrânia e Zâmbia (*Maman, 2008*).

Na política da Índia os aconselhadores devem obter autorização antes de compartilhar o status de um paciente com um outro profissional de saúde. Na Guiana, Quênia, Moldávia, Tanzânia e Zimbabuê, a confidencialidade pode não ser cumprida nos casos em que uma pessoa HIV positivo se recusar a revelar o seu *status* sorológico ao parceiro sexual.

Características das mulheres vivendo com HIV/Aids no Brasil

A epidemia da aids em mulheres gestantes corresponde a um problema de magnitude e relevância particularmente consideráveis, já que de acordo o *International Perinatal HIV Group* (1999) e Schwarz (1994) a taxa global de transmissão vertical do HIV sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%.

No Brasil, embora as intervenções de controle da transmissão vertical estejam disponíveis para toda a população de gestantes infectadas e seus filhos, existem dificuldades na rede para prover diagnóstico laboratorial, cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal e qualidade do pré-natal e da assistência ao parto ainda aquém do desejável, fatores que resultam na administração de AZT injetável em menos de 60% dos partos do total de mulheres notificadas/ano pelo Ministério da Saúde (MS) como infectadas pelo HIV (Vasconcelos, 2005).

Em estudo realizado pelo *Enhanced care for women*, 2001 em serviços de atendimento especializado em São Paulo, nos anos de 1999 a 2000, participaram 1068 mulheres e foi constatado que mesmo entre mulheres conhecidamente soropositivas, havia baixa percepção do próprio risco de reinfecção. Entre essas mulheres, 47% não receberam aconselhamento contraceptivo adequado e à ¼ não foram informadas sobre o risco de transmissão do HIV durante o parto e amamentação e menos de 50% das mulheres tiveram acesso a aconselhamento estruturado.

Apesar disso, desde que foram publicadas as recomendações para reduzir a taxa de transmissão materno-infantil do HIV em 1995, a incidência de casos de aids em crianças vem decrescendo progressivamente em nosso país, devido ao fato de que as medidas de controle da transmissão vertical foram implementadas como protocolo para a assistência pré-natal e durante o parto. Porém com essa diminuição da incidência acontece em ritmo inferior ao que deveria acontecer (Brito *et al*, 2006).

Essa constatação pode ser parcialmente explicada pelo fato do Brasil apresentar diferenças regionais marcantes, as quais conferem nas regiões com maior ou menor vulnerabilidade às mulheres frente à infecção pelo HIV, elevando assim o risco de transmissão vertical desse vírus(Souza-Júnior *et al*, 2002).

Para o conhecimento das tendências espaço-temporais da infecção pelo HIV, desde os anos 2000, o Ministério da Saúde por meio dos Programas DST/Aids, vem realizando levantamentos epidemiológicos para avaliar de forma continuada, da disseminação da

infecção pelo HIV, através do projeto “Vigilância do HIV por Rede-Sentinela Nacional”, ou resumidamente "Projeto-Sentinela" (Souza-Júnior, 2004).

A partir de 2002, com o objetivo de monitorar a cobertura da detecção da infecção pelo HIV na gestação por meio de entrevistas com a gestante incluiu informações sobre o pré-natal, solicitação de teste sorológico para a infecção pelo HIV na gestação e conhecimento antes do parto do resultado da sorologia, sendo possível assim, classificar as taxas de prevalência de cobertura efetiva do pré-natal (Souza-Júnior, 2004; Szwarcwald, 2008).

Esses levantamentos no ano de 2002 mostraram taxas de prevalência de cobertura efetiva de detecção da infecção pelo HIV na gestação no Brasil estimadas 52%, com desigualdades sócio-espaciais que ficaram evidenciadas na comparação entre as regiões Nordeste (24%) e Sul (72%).

Já em 2004, o relatório com os primeiros resultados do estudo sentinela-parturiente mostrou que a taxa de prevalência da cobertura efetiva do pré-natal no Brasil foi de 63%, e na região Nordeste, de 31%. Em 2006, a região Nordeste continuou com a mais baixa cobertura efetiva do pré-natal, sendo de 40,6%, enquanto que a cobertura nacional foi de 62,3% e no Sul do País de 85,8% (Szwarcwald, 2008).

Apresenta-se na tabela 1 os levantamentos das prevalências nacionais e na região Nordeste da testagem anti-HIV.

Tabela 1. Prevalências nacionais e na região Nordeste de gestantes que chegaram ao momento do parto sem o conhecimento do resultado da sorologia para o HIV.

<i>Referência</i>	<i>Local</i>	<i>Ano</i>	<i>Estimativas de prevalência</i>
SOUZA-JÚNIOR <i>et al</i>	Brasil	2002	48%
	Nordeste - Brasil		76%
	Brasil	2004	37%
SZWARCWALD, C.L. <i>et al</i>	Nordeste - Brasil		69%
	Brasil	2006	37,7%
SZWARCWALD, C.L. <i>et al</i>	Nordeste - Brasil		59,4%
	Recife, PE	2006	38,5%
VASCONCELOS	Brasil	2005	10% ¹

Nota: 1 – Em maternidade de referência para mulheres com HIV e outros riscos acrescidos (maternidades de alto risco obstétrico).

Observa-se a partir da análise da tabela 1 que tanto as prevalências nacionais quanto as prevalências no Nordeste do País apresentam tendência decrescente ao longo dos anos, o que pode representar que o oferecimento e o acesso à testagem anti-HIV tem crescido à medida

que as políticas de saúde são implementadas. Pode-se observar ainda que a prevalência no Nordeste apesar de também assumir uma tendência decrescente, ainda se mantém superior à prevalência nacional, o que pode representar as diferenças regionais e as dificuldades com a implantação dos programas nacionais e manutenção sustentável desses programas em funcionamento na região.

Situação em Pernambuco

Segundo informações do Boletim epidemiológico de DST/Aids, o Estado de Pernambuco em 2008 (Pernambuco, 2009) possuía 44 Municípios nos quais o Projeto Nascer já estavam implantados, totalizando 54 maternidades. Entre essas, 20 utilizam o teste rápido para triagem e o Elisa para confirmação diagnóstica, no caso de um teste rápido ter sido reagente. As outras 34 realizam o teste rápido diagnóstico, ou seja, a confirmação sorológica é realizada por dois testes rápidos e, caso haja discordância entre os dois resultados, um terceiro teste rápido é realizado para confirmação sorológica (Brasil, 2004).

Com esse quantitativo de maternidades treinadas, em geral a cobertura de testagem em municípios com mais de 50.000 habitantes é de 71,8% e a cobertura de nascidos vivos no Estado é de 55,6%.

Segundo o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2008 ocorreram 39.438 nascimentos na cidade do Recife e região metropolitana, entre nascimentos nas maternidades públicas e conveniadas ao SUS. Apenas 29.836 dessas gestantes foram testadas para o HIV no pré-natal pelo Estado no mesmo período, segundo o Sistema de Requisição de Exames Laboratoriais, do Laboratório Central do Estado de Pernambuco (SIREX-LACEN). Porém, quando se considera as dificuldades de acessibilidade, a baixa adesão e/ou captação tardia para o pré-natal e dificuldades operacionais na realização dos exames, essa cobertura se torna ainda menor.

Apesar da disponibilidade das intervenções profiláticas para minimizar a transmissão vertical do HIV no Brasil para toda a população, em estudo realizado a partir da análise documental e dos dados gerados no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRÉ-NATAL), que avaliou comparativamente os estados, regiões e período no ano de 2002, mostrou que em Recife – PE, a administração de medicação para a profilaxia de transmissão materno-infantil durante o trabalho de parto

(zidovudina injetável), ainda ocorre em menos de 50,0% dos partos de mulheres estimadas como infectadas pelo vírus (Serruya, 2004).

Em outro estudo, realizado por Almeida *et al* (2010) que investigou a qualidade da assistência pré-natal respaldado em dados documentados de exames e procedimentos preconizados a para adequada assistência pré-natal no município de Garanhuns-PE, evidenciou que, quando se trata dos exames para detecção do vírus da aids, foi observado percentual muito baixo de gestantes (26,9%) que se submeteram ao teste anti-HIV.

Alguns fatores podem estar associados com esta realidade, tais como: dificuldades da rede em prover diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, qualidade do pré-natal ainda aquém do desejável, captação tardia das gestantes para o início do pré-natal e realização dos exames preconizados, falhas nos registros dos resultados dos exames e dos procedimentos realizados durante o pré-natal (Brasil, 2007).

Parte das dificuldades enfrentadas para a operacionalização da testagem para o HIV na gestação refere-se à logística de realização dos testes, já que a coleta de amostra de sangue é descentralizada nas Unidades de Saúde, mas a realização do exame é centralizada no LACEN. Este fato sobrecarrega e dificulta o cumprimento de prazos de entrega dos resultados em tempo hábil, como que é descrito no Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (Pernambuco, 2009).

Em estudo realizado por Morimura *et al* (2006) no Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP), verificou-se que, apesar da disponibilidade do teste anti-HIV na assistência pré-natal da rede pública no Brasil desde 1998, 38,5% das mulheres do estudo chegaram à triagem da maternidade sem o resultado do teste, seja porque não realizaram o pré-natal, não colheram o exame no pré-natal ou não receberam o resultado do teste realizado.

Embora a testagem rápida anti-HIV no momento da admissão para o parto representem a última oportunidade diagnóstica para essa gestação, nesse estudo de Morimura *et al* (2006), 24 das 400 (6%) mulheres pariram sem a realização do teste anti-HIV em nenhum desses momentos. Ou seja, observou-se que a efetividade das ações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV ainda está inferior do recomendado. Essa situação fica explícita quando é constatado que o ato de coleta não garante à mulher o recebimento do resultado que permitiria o conhecimento de seu *status* sorológico para HIV e consequentemente propiciaria intervenções para reduzir as chances de transmissão materno-infantil do vírus HIV (Souza-Junior *et al*, 2002; Szwarcwald, 2008).

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal em duas maternidades referência para gravidez de baixo risco e uma maternidade referência de médio risco na região metropolitana de Recife, nas quais já estava implantado o Projeto Nascer.

4.2 Locais de estudo – descrição das maternidades

O estudo foi realizado em duas maternidades referências para gravidez de baixo risco e outra de médio risco, localizadas cada uma em um município: Maternidade Prof. Barros Lima em Recife (Maternidade A). Maternidade do Hospital Tricentenário em Olinda (Maternidade B) e Maternidade do Hospital Memorial Guararapes (Maternidade C) em Jaboatão dos Guararapes.

As três maternidades foram selecionadas pelas seguintes razões:

a) por serem maternidades públicas ou filantrópicas que têm o maior número de partos a cada ano em Recife e Região Metropolitana. Cada uma delas registrou mais de 4.000 partos em 2008;

b) por serem maternidades de baixo / médio risco e que assim recebem parturientes sem complicações obstétricas durante a gravidez. A maioria das parturientes possivelmente fez acompanhamento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF).

Esses dois tipos de unidades de saúde são as que possivelmente têm mais dificuldades operacionais para o acompanhamento pré-natal, realização da testagem anti-HIV e recebimento dos resultados em tempo hábil antes do parto. Por esses motivos, poderiam ter uma proporção maior de parturientes sem conhecimento sobre a infecção pelo HIV no momento do parto e representariam melhor as dificuldades enfrentadas para realizarem e receberem o resultado do teste anti-HIV em tempo hábil.

Na tabela 2 mostra-se a relação de maternidades de baixo / médio risco da região metropolitana de Recife com os respectivos quantitativos de partos/ mês e partos ano em 2008 e a especificação se as maternidades realizam teste rápido diagnóstico e teste rápido de triagem.

No anexo 1 (pág 105) encontra-se a tabela com o quantitativo de partos/ano em maternidades públicas e filantrópicas de alto e de baixo risco no Recife e na Região Metropolitana.

Tabela 2: Quantitativo de partos/ano por maternidades de baixo risco em Recife e região Metropolitana, 2008.

Estabelecimento de Saúde	partos/ano 2008	Município	Tipo de teste rápido realizado
Hospital Memorial Guararapes	4727	Jaboatão Guararapes	Triagem
Hospital do Tricentenário	4168	Olinda	Triagem
Maternidade Brites de Albuquerque	727	Olinda	Triagem
Us 167 Unidade Mista prof Barros Lima	4229	Recife	Diagnóstico
Us 165 Maternidade Bandeira Filho	2904	Recife	Diagnóstico
Us 153 Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques	2648	Recife	Diagnóstico

Fonte: SINASC PE: Número de nascidos vivos por ano segundo estabelecimento de saúde. Pernambuco, 2008

Foram escolhidas maternidades de baixo / médio risco, com quantitativo de partos/ano superior a 4.000 partos/ano por maternidade e que atendiam clientela de Recife, região metropolitana e outros municípios do interior, referenciados pela central de partos, com baixa renda e menor nível de escolaridade, respaldados nos resultados dos estudos sentinela-parturiente 2002, 2004 e 2006, que revelam afunilamento acentuado na cobertura efetiva da detecção precoce da infecção pelo HIV na gestação, tanto maior quanto pior o nível sócio econômico e escolaridade.

4.3 Amostragem – puérperas estudadas

A amostra de puérperas nas maternidades foi selecionada da seguinte maneira:

1. Para realizar estimativa de prevalência separadamente para cada maternidade, a amostra foi estratificada, cada estrato foi representado por uma maternidade;
2. A coleta de dados foi realizada de segunda a sexta-feira, no horário das 08-18h e apenas uma maternidade foi visitada por dia de coleta, exceto nos casos em que a maternidade estava com plantão fechado por dificuldades operacionais e não foram encontradas puérperas que atendessem aos critérios de elegibilidade para participar do estudo. Nesses casos, nos dirigíamos a próxima maternidade escolhida. A ordem de visitas nas maternidades foi a seguinte: visita ao

Hospital Memorial Guararapes, no dia seguinte a Maternidade Barros Lima, e no outro dia a Maternidade do Hospital Tricentenário.

3. No dia que era visitada para a coleta, a amostra de puérperas correspondeu a uma amostra consecutiva de todas as puérperas que se encontravam no hospital, que preenchessem os critérios de inclusão na amostra e concordassem em participar do estudo.

4.4 Critérios de inclusão de puérperas da amostra

Foi considerada elegível para ser entrevistada qualquer puérpera internada, independente da idade e que aceitassem ser entrevistadas, afim de que as entrevistas fossem realizadas em ambiente calmo, sem a interferência de desconfortos para a paciente que limitassem a aplicação do instrumento.

As puérperas foram escolhidas independentemente do resultado de sua sorologia para o HIV na ocasião do internamento na maternidade; teve puérperas com sorologias positivas e negativas, bem como as que tinham e não tinham conhecimento sobre o resultado da sorologia do pré-natal.

4.5 Critérios de exclusão de puérperas da amostra

Foram excluídas da amostra, puérperas sabidamente soropositivas para o HIV antes da gravidez atual, já que o conhecimento prévio do seu status sorológicos, essas mulheres não precisariam realizar novamente a sorologia durante o pré-natal. Sendo assim, não refletiriam as dificuldades para o conhecimento desses resultados durante a gravidez.

Foram também excluídas da amostra mulheres que não se encontrassem aptas para a entrevista por se apresentarem com comprometimentos mentais, auditivos ou que de alguma forma dificultasse a comunicação entre entrevistador e entrevistada. No entanto, nos casos de puérperas que possuíam acompanhantes que prestaram informações que foram julgadas acuradas, a coleta de dados foi realizada e nesses casos, os dados obtidos poderiam ou não ser incluídos na amostra.

4.6 Desfecho principal

O desfecho principal foi ter conhecimento (sim ou não), na ocasião do internamento para o parto, do resultado do teste para HIV feito durante o pré-natal. Poder-se-ia considerar como desfecho duas variáveis diferentes:

1. o desconhecimento do *status* sorológico baseado na ausência dos registros no cartão de pré-natal dos resultados da sorologia colhida durante a gravidez (primeiro e/ou terceiro trimestre) ou não apresentação do laudo do exame do pré-natal pela entrevistada;
2. o desconhecimento do *status* sorológico baseado na informação verbal das puérperas, quando as mesmas afirmavam durante a entrevista realizada pelo estudo, não saber o resultado do exame colhido ou se o exame não foi colhido no pré-natal.

Na primeira parte da análise é apresentado em uma tabela 2 x 2 a relação entre as duas variáveis. Uma alternativa de análise que traria maior aproximação do real conhecimento da prevalência do desconhecimento e quais fatores associados, seria necessário fazer análise com os dois desfechos, para que se evitasse a ocorrência do erro de classificação.

Porém, ao reconhecer que considerar como desfecho apenas as informações documentadas em cartão de pré-natal, seriam obtidas informações com alto valor preditivo positivo, optou-se por realizar a análise utilizando apenas o desfecho 1, ou o conhecimento baseado em informações registradas, considerando que este registro é um importante instrumento de comunicação entre os diferentes níveis de atenção a saúde e serviços pelos quais a paciente será assistida, fato que pode ser definidor na agilidade no momento oportuno de iniciar a assistência à paciente que for diagnosticada como portadora da infecção pelo HIV.

As parturientes foram então classificadas em dois grupos: (1) aquelas com registro do resultado das sorologias do primeiro e/ou terceiro trimestre de gravidez no cartão do pré-natal ou apresentação do resultado do pré-natal no ato da entrevista, e (2) aquelas sem registro. A variável foi, portanto dicotômica: assumindo valor 1 para aquelas com registro, e valor 0 para aquelas sem registro.

4.7 Variáveis preditoras

Neste estudo nenhuma variável foi considerada como exposição principal. As variáveis preditoras do conhecimento da sorologia para o HIV na gestação são as seguintes: idade, escolaridade, renda, estado conjugal, parentesco com o chefe da família, paridade, oportunidade da gestação, uso de contraceptivo ao engravidar, método contraceptivo usado quando engravidou, realização de pré-natal, trimestre de início do pré-natal, local de realização do pré-natal, número de consultas de pré-natal, realização de exame de rastreamento da infecção por HIV, idade gestacional em que fez o teste anti-HIV, dificuldades para o acesso a sorologia para o HIV, recebimento do resultado da sorologia, aconselhamento pré e pós-teste e consentimento, fatores comportamentais como: parceria sexual da mulher e do companheiro, uso de drogas. Vide apêndice 3 (pág. 90) a descrição e categorização das variáveis preditoras.

4.8 Coleta de dados

Os dados foram coletados apenas nos dias úteis da semana, já que não se esperava diferenças significativas entre o perfil das puérperas que entram em trabalho de parto durante a semana ou durante o final de semana. A coleta foi realizada de duas maneiras:

1- Entrevista individual com as puérperas internadas no alojamento conjunto usando um questionário que consistiu em uma adaptação de questionários utilizados em pesquisas similares, como a de Vasconcelos (2005), obtido com o consentimento verbal da pesquisadora, bem como de leituras de estudos qualitativos que mostrassem as principais dificuldades enfrentadas pelas gestantes, como o estudo de Araújo, 2008.

O questionário na sua forma definitiva após uma etapa de aplicação “piloto”, continha setenta e cinco perguntas que foram feitas à puérperas e mais oito perguntas que foram preenchidas com informações do cartão de pré-natal, laudos de exames do pré-natal e prontuário. As entrevistas foram realizadas por enfermeiras graduadas, treinadas e sob supervisão da mestranda.

As puérperas participantes do estudo eram abordadas pelas entrevistadoras, que explicavam a intenção de realizar o questionário, liam o termo de consentimento livre e esclarecido e após a puérpera concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento, a entrevista era realizada em um local que permitisse a privacidade do entrevistador e entrevistado.

4.9 Período de coleta

A coleta de dados foi realizada nas três maternidades escolhidas, no período de 1º de junho a 3 de setembro de 2010.

4.10 Tamanho da amostra

Os cálculos do tamanho da amostra foram realizados nas seguintes etapas:

- 1- Tamanho da amostra necessário para estimar (1) prevalência das três maternidades juntas e (2) prevalência separadamente em cada uma das três maternidades;
- 2- Tamanho da amostra para comparar prevalências entre maternidades;
- 3- Tamanho da amostra para estimar associação entre variáveis preditoras e desfecho principal;
- 4- Finalmente, com as estimativas anteriormente citadas, decidiu-se pelo tamanho da amostra levando-se em conta perdas e valor considerado factível.

O cálculo do tamanho da amostra, respaldou-se na quantidade de partos hospitalares, notificados no ano de 2008 ao sistema de informação da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Tabela 2).

Para este ano, foram notificados 4229 partos/ano na Maternidade Barros Lima; 4168 partos/ano na Maternidade do Hospital Tricentenário e 4727 partos/ano na Maternidade do Hospital Memorial Guararapes.

4.10.1 Tamanho da amostra necessário para estimar prevalência em todas as três maternidades juntas e separadamente em cada uma das três maternidades:

No caso de apenas realizar um levantamento da estimativa de prevalência, o tamanho amostral poderia ser definido pela fórmula a seguir:

$$N = \frac{Z^2 \alpha/2 \times P (1-P)}{\varepsilon^2}$$

Fonte: Medronho 2009, pág 418.

onde: $Z_{\alpha/2} = 1,96$ – correspondendo a uma confiança de 95%

$P = 0,20$ prevalência considerada para o evento

ε = erro tolerável – 0,05

Como a população de estudo é finita, utilizaremos o fator de correção para população finita (FCPF)

Que é expresso na fórmula:

$$N^* = n \times \text{FCPF}$$

Observa-se na tabela 3 que para se calcular a prevalência das três maternidades juntas e separadamente, precisa-se de um N total de 700 pessoas, divididas em 3 grupos de tamanho similar entre as três maternidades.

Tabela 3: Tamanho da amostra para estimar a prevalência separadamente em cada uma das três maternidades selecionadas.

A	B	C	D	E
Maternidades	Nº partos em 2008	Amostra	FCPF	Amostra final
1	4727	246	0,948	233
2	4229	246	0,942	232
3	4168	246	0,941	231
Total				696

4.10.2 Tamanho da amostra para realizar comparações entre as prevalências das maternidades

Para realizar a comparação entre duas proporções, ou seja, comparar as prevalências entre dois hospitais, realizou-se o cálculo imaginando cenários hipotéticos, nos quais considerou-se os parâmetros descritos abaixo.

Primeiro, razões de prevalências entre as maternidades variando de 1,5 ou de 2,0; segundo, poder de teste de 80% ou de 90%; terceiro, prevalência média de ocorrência do desfecho de 20%, ou seja, desconhecimento do *status* sorológico (Tabela 4); quarto, como o número de partos ocorridos nos três hospitais no ano de 2008 foram similares (Tabela 2), foi assumido (1º) que o número de partos a ser observado em 2010 seria igual entre as maternidades e (2º) corresponderá a média aritmética do número de partos observados em 2008 (média = 4.488). Os cálculos foram realizados no módulo “*STATCALC calculator*”, “*sample size & power*”, “*cohort or cross sectional*”, do programa Epi info versão 6.

Os resultados são mostrados na Tabela 4. Pode-se observar que as estimativas do tamanho da amostra para se comparar a prevalência de duas maternidades, variam de um total de 246 até 1.096, a depender da razão de prevalência observada (1,5 ou 2,0) e poder de teste (80% ou 90%).

Tabela 4: Tamanho da amostra para comparar prevalências entre maternidades

RP (a)	Prevalência média (%)	Grupos sendo comparados	Poder de teste (%)	População (%)	Estimativa para cada maternidade		
					RP - Prevalência Estimada ²	Casos ³	Estimativa do tamanho da amostra
1,5	20	Maternidade 1 (ref) ¹	80	4448 (0,5)	0,24	1.067	416
		Maternidade 2		4448 (0,5)	0,16	712	416
		Total		8896	0,20	1779	832
1,5	20	Maternidade 1 (ref)	90	4448 (0,5)	0,24	1.067	548
		Maternidade 2		4448 (0,5)	0,16	712	548
		Total		8896	0,20	1779	1.096
2,0	20	Maternidade 1 (ref)	80	4448 (0,5)	0,26	1186	123
		Maternidade 2		4448 (0,5)	0,13	593	123
		total		8896	0,20	1779	246
2,0	20	Maternidade 1 (ref)	90	4448 (0,5)	0,26	1186	160
		Maternidade 2		4448 (0,5)	0,13	593	160
		total		8896	0,20	1779	320

Notas:

- 1 - maternidade referencia com prevalencia menor e usada no denominador da estimativa da razão de prevalência
 2 – Prevalência estimada na maternidade de referencia = $\text{Prevalência média } (0,2) \div [(RP \times 0,5) + 0,5]$; prevalência estimada na maternidade com maior prevalência = prevalência na maternidade de referencia X RP
 3 – numero estimado em cada maternidade = $4.488 \times \text{prevalência estimada}$

4.10.3 Tamanho da amostra para estimar associação entre variáveis preditoras e desfecho principal

Para calcular as medidas de associação entre variáveis preditoras e o desfecho principal, também calculou-se o tamanho da amostra necessário para que se obter resultados estatisticamente significativos, imaginando diferentes cenários com razão de prevalências de 1,5 ou de 2,0; poder de teste de 80% ou de 90% e proporção expostos de 50% (exposto/não exposto - 1/1); de 25% (exposto/não exposto – 3/1) e de 20% (exposto/não exposto de 4/1).

Na tabela 5, pode-se observar que as estimativas de tamanho da amostra variaram entre 1240 e 246 puérperas, a depender do cenário hipotético explicitado no parágrafo anterior.

Tabela 5. Tamanho da amostra para estimar associação entre variáveis preditoras e desfecho principal

Poder de teste (%)	RP	Prevalência média (%)	Proporção de expostos	Prevalência estimada		Estimativa de Amostra						Amostra
				exposto	Não exposto	Exposto ¹			Não exposto			
						Total	Caso	Não caso	Total	Caso	Não caso	
80	1,5	20	0,20	0,27	0,18	216	59	157	864	157	707	1080
90	1,5	20	0,20	0,27	0,18	289	79	210	1156	210	946	1445
80	2,0	20	0,20	0,33	0,17	62	21	41	248	41	207	310
90	2,0	20	0,20	0,33	0,17	82	27	55	328	55	273	410
80	1,5	20	0,25	0,27	0,18	232	63	169	696	125	571	928
90	1,5	20	0,25	0,27	0,18	310	83	227	930	165	765	1240
80	2,0	20	0,25	0,36	0,18	67	21	46	201	32	169	268
90	2,0	20	0,25	0,36	0,18	89	28	61	267	43	224	356
80	1,5	20	0,5	0,24	0,16	416	100	316	416	67	349	832
90	1,5	20	0,5	0,24	0,16	548	132	416	548	219	877	1096
80	2,0	20	0,5	0,27	0,13	123	33	90	123	16	107	246
90	2,0	20	0,5	0,27	0,13	160	43	117	160	21	139	320

Nota: 1 – Exposto – Não ter conhecimento do resultado da sorologia para o HIV da gravidez, na ocasião do internamento para o parto.

4.11 Escolha do cálculo da amostra

Como a pretensão deste estudo foi estimar a prevalência do desfecho separadamente para as três maternidades, comparar os dados entre os três locais de estudo e calcular medidas

de associação, foi escolhido o tamanho de amostra compatível com o tipo de análise que se pretendia realizar, e que fosse considerado factível de ser coletado durante o período estimado para a coleta de dados.

Decidiu-se pelas estimativas correspondendo a amostra necessária para se comparar prevalências entre maternidades com uma $RP=2$ e poder do teste 90%, que pela tabela 4 seria de 160 puérperas em cada Hospital, ou um total de 480 nas três maternidades.

O tamanho da amostra foi elevado cerca de 10% para substituir as prováveis perdas de informações. Assim, o cálculo da amostra final foi de 540 puérperas.

4.12 Plano de análise

A análise teve as seguintes etapas:

1. Análise univariada
2. Análise bivariada
3. Análise multivariada

Devido ao grande número de variáveis deste estudo e para evitar que fosse construído um grande número de tabelas e tabelas longas, os resultados das análises univariada e bivariada serão apresentadas nas mesmas tabelas, por grupos de variáveis, quais sejam: perfil sócio econômico; fatores comportamentais; fatores relacionados com a gestação atual e fatores relacionados com a testagem para o HIV.

Para atender aos objetivos do estudo, foi calculada a medida de prevalência de mulheres que chegaram em trabalho de parto sem o conhecimento do resultado da sorologia para o HIV do pré-natal, seja por não ter feito o exame ou não ter recebido o resultado desse exame.

Na análise univariada foram observadas as características da distribuição dos dados, em especial quanto a presença de:

1. Dados perdidos, para decidir quais variáveis poderiam ser analisadas na etapa bivariada e multivariada, por exemplo, excluindo-se da análise bivariada as variáveis com muitos dados perdidos devido a redução do poder de teste e possibilidade de viés de seleção.

2. Valores extremos, que exigiria rever o banco de dados para saber se o valor apresentava-se errado ou correto ou excluir o dado.

Os resultados da análise univariada apresentam, de forma descritiva, o perfil socioeconômico (idade, grau de instrução, estado civil, renda familiar), os fatores comportamentais (oportunidade da gestação, uso de contraceptivo ao engravidar, parceria sexual da mulher, parceria sexual do companheiro, uso de drogas, histórico de doenças sexualmente transmissíveis, quais DST), e fatores relacionados com a gestação atual (paridade, realização de pré-natal, local de realização do pré-natal, número total de consultas, realização de exames de rastreamento da infecção pelo HIV no pré-natal, dificuldades para o acesso a sorologia para o HIV, recebimento do resultado da sorologia, orientação sobre o resultado da sorologia). Foi calculada a proporção de cada variável categórica e para as variáveis contínuas foram registrados os valores mínimos e máximos e calculados a média e Desvio Padrão.

Algumas variáveis categóricas foram apresentadas de duas formas: (1) com as categorias originais como obtidas no questionário e (2) juntando-se categorias que tivessem poucos puérperas e tivessem sentido biológico entre si e/ou, estudos anteriores mostrassem este tipo de categorização, visando melhorar a qualidade dos resultados nos testes estatísticos na análise bivariada e multivariada. As variáveis que tiveram forma de apresentação diferentes do questionário foram: escolaridade, parentesco, paridade, trimestre de início do pré-natal, como foi feita a entrega do resultado do pré-natal, tempo para receber o resultado do pré-natal, local de realização do teste anti-HIV, local de realização do pré-natal, quantidade de consultas de pré-natal.

Algumas variáveis contínuas foram também apresentadas de forma categórica, como a variável idade. A variável renda foi mantida contínua e foi considerada apenas na análise descritiva, pois havia muitos dados perdidos e dados extremos.

A análise bivariada foi realizada após a exclusão de puérperas que tiveram muitos dados perdidos em variáveis consideradas essenciais para a análise. Ao todo foram excluídas da análise 36 puérperas do total de 528. As variáveis excluídas da análise devido aos dados perdidos foram:

1. Quantidade de consultas de pré-natal (33 dados perdidos)

2. Local de realização de pré-natal (08 dados perdidos)
3. Idade gestacional que fez o 1º teste (28 dados perdidos)
4. Idade gestacional que fez o 2º teste (28 dados perdidos)
5. Tempo em dias para receber o resultado do teste anti-HIV (91 dados perdidos)

A análise bivariada foi então realizada com 492 puérperas que tinham dados para todas as variáveis restantes. A medida de associação usada entre desfecho e cada variável preditora foi razão de chances ou *Odds ratio* – OR não ajustadas e também o teste de Qui-quadrado ou teste de *Fischer* quando apropriado.

Algumas das variáveis de exposição precisaram ser recodificadas para serem usadas na análise bivariada, por apresentar tamanho (N) insuficiente em determinadas categorias para realizar testes estatísticos, como por exemplo, as variáveis idade gestacional que fez o primeiro teste e idade gestacional que fez o segundo teste.

Outras variáveis foram analisadas separadamente por possuírem muitos dados perdidos, que se fossem ser excluídos para todas as variáveis que entrariam na análise, diminuiria excessivamente o total da amostra e, conseqüentemente, o poder de teste da análise estatística, como as variáveis: Local de realização do pré-natal, quantidade de consultas de pré-natal, realização de aconselhamento pré-teste, realização de aconselhamento pós-teste, local de realização do teste e tempo em dias para receber o resultado.

Análise pelo modelo de regressão logística - Como neste estudo não houve exposição principal, o que se desejou foi encontrar quais foram as variáveis preditoras (possíveis fatores de risco) que possuíam associação estatisticamente significativa e explicassem melhor o desfecho principal, identificadas através de regressão logística múltipla (ou multivariada) (Medronho, 2009).

Na regressão logística não foi explorada a presença de interação das variáveis. Para esta etapa foi construído um modelo com todas as variáveis que tiveram OR com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e observado o efeito sobre a significância estatística das variáveis. Após esta etapa, restou apenas uma variável estatisticamente significativa e não foi necessário construir um segundo modelo.

Testes estatísticos

A razão de chances foi apresentada com intervalo de confiança de 95%, e para comparar proporções foi usado o teste de X^2 de *Mantel-Haenszel* ou teste exato de *Fischer* quando apropriado. O teste de X^2 foi escolhido de acordo com os seguintes critérios:

1. Nas tabelas 2x2, foi utilizado o teste do X^2 de *Mantel-Haenszel* quando o N foi superior a 20 e nenhuma das frequências esperadas das categorias foi inferior a 5.
2. Quando a frequência esperada nas categorias fosse igual ou menor que cinco, foi utilizado o teste exato de *Fischer* (Recomendações de *Cochran apud Siegel*, (1975) ambos obtidos no Programa Epi - Info versão 6;
2. Nas tabelas 2 x n, o teste utilizado foi sempre o teste exato de *Fischer* obtido no programa *Winpepi*.

Todos os testes foram obtidos no módulo “*Epitable*” – “*Study*” – “*Case control*” – “*Unmatched*”, ou “*Statcalc calculator*”, do programa Epi info versão 6. No caso de tabelas 2 x N sempre se utilizou o teste exato de *Fischer* obtido no módulo *COMPARE2* do programa *WINPEPI VERSION 2.51* (ABRAMSON, 2011)

A regressão logística foi realizada no programa *Epi-info* para o windows, no módulo *Analysis – Advanced statistics – Logistic regression*.

4.13 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa desse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Memorial Guararapes sob o parecer consubstanciado nº 89/2010 e conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, representa risco mínimo para as participantes do estudo, considerando que foram adotados procedimentos que assegurassem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de auto-estima das pessoas estudadas.

As outras duas Maternidades forneceram cartas de anuência, para a realização da coleta de dados, apresentadas em anexos.

4.14 Limitações do estudo

1 - Por ser um estudo de corte transversal possui as limitações referentes às dificuldades de se obter informações obtidas no passado sobre a assistência e informações fornecidas no período pré-natal às mulheres entrevistadas (viés de informação).

2 – Reconhece-se a possibilidade de viés de seleção, quando se considera os critérios de exclusão de puérperas da coleta de dados, ao excluirmos as puérperas que não se encontravam aptas para a entrevista por se apresentarem com comprometimentos mentais, auditivos ou que de alguma forma dificultassem a comunicação entre entrevistador e entrevistada, pois estas puérperas podiam apresentar uma possibilidade diferenciada de informar os seus status sorológicos, bem como oportunidades diferenciadas de acesso ao pré-natal e à realização do exame.

3 - Possibilidade de viés de informação causada pelas informações dadas pelo acompanhante.

4 - Em relação aos dias da semana para realização da coleta, reconhecemos que há a possibilidade também de viés de seleção. Pois no caso de puérpera de parto normal, que teve seu parto realizado no sábado e que permaneceu até no máximo 24h em internamento hospitalar, não teve a oportunidade de participar do estudo, já que as entrevistas começam a ser realizadas nas segundas feiras. Porém, espera-se que o quantitativo de perdas de oportunidades de entrevistá-las não seja de magnitude que afete significativamente a qualidade da amostra.

5 - Quando da eliminação de 36 puérperas com dados perdidos na análise bivariada, reconhece-se o risco da ocorrência de viés de seleção, pois não se conhece se a apresentação dos resultados seria diferente se estas puérperas pudessem ser mantidos na análise.

5. RESULTADOS

De um total de 2239 nascimentos nas três maternidades selecionadas durante o período de coleta de 1º de junho a 3 de setembro de 2010, 528 mulheres tiveram a oportunidade e aceitaram ser entrevistadas, o que representa 97,7% do total do cálculo da amostra e 23,6% do total de partos no período para as três maternidades selecionadas no estudo.

A tabela 6 mostra a relação entre os dois possíveis desfechos do estudo, com as 492 puérperas que permaneceram na análise bivariada. Observa-se que existem diferenças de informações em relação ao resultado da sorologia para o HIV do pré-natal quando se observa a informação documentada (os registros nos cartões de pré-natal) e quando se considera o desconhecimento deste resultado relatado pelas puérperas entrevistadas. Das 417 puérperas que referiram conhecer o resultado das sorologias para o HIV do pré-natal, em 289 (69,3%) dos casos, esta informação foi encontrada registrada nos cartões e em 128 (30,7%) estava ausente. Pelo contrário, quase todas das 75, 65 (89,3%) que referiram desconhecer o resultado da sorologia para o HIV, esta informação realmente não estava registrada e em 8 cartões de pré-natal (10,7%) havia registro do resultado no cartão.

Tabela 6: Apresentação dos dois desfechos que tratam do desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV do pré-natal, na ocasião do internamento para o parto.

Paciente refere resultado exame	do	Resultado do exame encontrado registrado		total
		Sim	Não	
Sim		289 (69,3%)	128 (30,7%)	417
Não		8 (10,7%)	67 (89,3%)	75
total		297	195	492

Caracterização das puérperas por maternidades

Como a amostra foi estratificada, a distribuição das puérperas em cada maternidade foi similar, sendo cada uma delas representada aproximadamente por 33,0% da amostra. A maternidade A representou 33,0%, (174 entrevistadas), a maternidade B, (33,0%), com 174 entrevistadas, enquanto que a maternidade C representou 34,0%, (180 entrevistadas).

Em relação à procedência das mulheres entrevistadas, foi observado que 39,5% da amostra, com 208 mulheres procedentes de Recife, 10,1%, com 53 mulheres, procedentes de Olinda, 15,7%, com 83 mulheres, procedentes de Jaboatão dos Guararapes e finalmente, 34,7% da amostra, com 183 mulheres, eram procedentes de outros municípios com Cabo de Santo Agostinho, Paulista, Igarassu, Camaragibe, etc. (Tabela 7).

Ao verificar as prevalências do desfecho separadamente para cada maternidade, foi observado que existem diferenças significativas entre a ocorrência do desfecho, tanto entre as maternidades, quanto a ocorrência do desfecho por local de procedência da puérpera entrevistada. As puérperas entrevistadas na Maternidade C apresentaram a menor prevalência de desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV da gravidez, com prevalência de 32,7% e as puérperas entrevistadas na Maternidade A apresentaram a maior prevalência desse desconhecimento, representando 48,4% de desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV da gravidez no momento do parto.

Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,013$), apresentando a Maternidade A, uma chance de 1,93 maior de desconhecer o resultado da sorologia para o HIV da gravidez ($OR = 1,93$; IC 95%: 1,20 - 3,08), quando comparada com a maternidade de menor prevalência, a Maternidade C.

Em relação à procedência das mulheres entrevistadas, mulheres procedentes de Recife apresentaram a prevalência de 48,0% de desconhecimento, enquanto que as mulheres de Jaboatão dos Guararapes apresentaram a menor prevalência, com 28,2%. Essa diferença também foi estatisticamente significativa ($p = 0,005$; $OR = 2,35$; IC 95%: 1,29 - 4,35) para estes dois municípios.

Tabela 7: Distribuição das puérperas em relação a maternidades participantes da amostra e município de procedência das mulheres.

VARIÁVEL	TOTAL DE PUÉRPERAS ENTREVISTADAS (N=528)		Associação entre desconhecimento do teste para o HIV, maternidade e cidade de residência (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
MATERNIDADE					
C (ref ¹)	180	34,0	56/171 (32,7)	1	0,013
B	174	33,0	62/162 (38,3)	1,27 (0,79-2,04)	
A	174	33,0	77/159 (48,4)	1,93 (1,20-3,08)	
MUNICÍPIO					
Jaboatão dos Guararapes	83	15,7	22/78 (28,2)	1	0,005
Recife	208	39,5	95/198 (48,0)	2,35 (1,29-4,35)	
Olinda	53	10,1	20/47 (42,6)	1,89 (0,82–4,31)	
Outros	183	34,7	57/168 (33,9)	1,31 (0,70-2,48)	

Notas: ¹ – Referência – Variável considerada como referência para efeito de comparação entre as categorias. Utilizada no denominador da razão de chances.

² - Valor de p para teste exato de *Fischer* comparando todas as proporções.

Perfil socioeconômico

A média de idade das mulheres entrevistadas foi de 23 anos, com desvio padrão de 5,8 anos, variando de 12 anos a 44 anos. A tabela 8 demonstra que em relação à escolaridade 261 delas (49,4%), haviam estudado até o ensino fundamental completo e 267 (50,6%) delas, haviam estudado do ensino médio até curso técnico completo ou curso superior.

Para as variáveis idade e escolaridade, as razões de chances para o desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV não se apresentaram estatisticamente significantes. Para a variável idade, o p valor de 0,399 indica que não se pode afastar que a associação de risco em relação à categoria de idade de 12 a 19 anos tomada como referência, seja devida ao acaso. A mesma interpretação podemos dar à variável escolaridade, na qual obtivemos a OR de 1,32 com p valor de 0,134.

Das 528 mulheres da amostra original, 417 (79,0%) delas eram casadas e o chefe da família era representado em 488 (92,6%) por outra pessoa, como esposo (62,6%), mãe, sogra ou tia (28,8%) e em apenas 6,1% dos casos, a puérpera era a chefe da família no que se refere ao sustento financeiro.

Na análise bivariada, o estado conjugal foi a única variável que apresentou associação com significância estatística “limítrofe” com o desfecho. Aquelas classificadas como “não unida” tiveram uma chance de desconhecer o resultado da sorologia para o HIV, com OR de 1,61 ($p = 0,034$; I.C. 95%: 1,01; 2,58) em comparação com aquelas classificadas como “unida”. Este p valor indica que probabilisticamente é improvável que a associação positiva tenha sido pelo acaso.

A renda média familiar da amostra, consistindo de renda de salário, benefícios ou rendas variáveis, como biscoites foi de R\$ 509,67, com desvio padrão de R\$ 500,73, variando do mínimo informado de R\$ 0,00 ao máximo de R\$ 4.000,00. Esta variável, porém, não entrou na análise bivariada por conter dados extremos e muitos dados perdidos (101 dados perdidos).

Tabela 8: Distribuição das puérperas segundo idade, escolaridade, estado conjugal, chefe da família e renda familiar.

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		ANÁLISE BIVARIADA Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis sociodemográficas (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
IDADE					
12 a 19 anos (Referência ¹)	159	30,2	56/148 (37,8)	1	0,399
20 a 29 anos	212	40,2	77/199 (38,7)	1,04 (0,65-1,64)	
33 a 34 anos	92	17,5	41/ 86 (47,7)	1,50 (0,84-2,65)	
35 a 44 anos	64	12,1	21/59 (35,6)	0,91 (0,45-1,77)	
Dados perdidos	1	0,2	-	-	
ESCOLARIDADE					
Até ensino fundamental (Referência)	261	49,4	87/240 (36,3)	1	0,134
Ensino médio até ensino superior ou técnico	267	50,6	108/252 (42,9)	1,32 (0,90-1,93)	
ESTADO CONJUGAL					
Unida (Referência)	417	79,0	147/394 (37,3)	1	0,034
Não unida	107	20,3	48/98 (49,0)	1,61 (1,01-2,58)	
Dados perdidos	4	0,8	-	-	

Continuação Tabela 8.

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		ANÁLISE BIVARIADA Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis sociodemográficas (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
CHEFE DA FAMÍLIA					
A entrevistada	39	7,4	-	-	
Outra pessoa	488	92,6	-	-	-
Dados perdidos	1	0,2	-	-	
PARENTESCO COM O CHEFE DA FAMÍLIA					
Companheira (Referência)	330	62,6	117/308 (30,0)	1	
Outros	165	31,3	63/154 (40,9)	1,13 (0,74-1,70)	0,402
A entrevistada	32	6,1	15/30 (50,0)	1,63 (0,71-3,72)	

Notas: 1 – Referência – Variável considerada como referência para efeito de comparação entre as categorias. Utilizada no denominador da razão de chances.

2 – Valor de p para teste exato de *Fischer* comparando todas as proporções quando tabela 2xn e valor de p para teste de *X² Mantel Haenzel* quando tabela 2x2 com valor esperado maior que cinco nas células.

Fatores comportamentais

A tabela 9 mostra que entre as 528 puérperas entrevistadas, apenas 168 (31,8%) referiram estar pretendendo engravidar quando soube da última gravidez, a maioria de 360 (68,2%) não pretendia engravidar. Entre as 526 com informação sobre métodos contraceptivos, 190 (36,0%) puérperas afirmaram estar usando algum método ao engravidar, enquanto que 337 (63,8%) não estavam usando nenhum método quando soube da última gravidez. Destas 526 mulheres, 137 (26,0%) estavam utilizando método contraceptivo hormonal, 52 (9,9%) estavam utilizando preservativo masculino ou outro método de barreira, as demais 337 (64,1%) não usavam nenhum método contraceptivo quando souberam da última gravidez.

Entre as mulheres que referiram pretender engravidar houve maior proporção com desconhecimento do status sorológico em comparação com aquelas que não pretendiam engravidar, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa (p = 0,575; OR=1,12, IC 95%: 0,74-1,69).

Em comparação com mulheres que não usavam métodos contraceptivos, as mulheres que usavam métodos hormonais ao engravidar tinham proporção estatisticamente significativa

maior de desconhecimento (OR= 1,67, IC 95%: 1,05-2,51). Ao contrário, as mulheres que usavam preservativo masculino ou outros métodos de barreira tinham uma proporção menor de desconhecimento, mas sem significância estatística (OR= 0,83, IC 95%: 0,39-1,65).

Em relação à parceria sexual das mulheres entrevistadas, 461 (87,3%) afirmaram ter único parceiro sexual no último ano, enquanto que 64 (12,1%) afirmaram ter dois ou mais parceiros sexuais no último ano, apenas três puérperas (0,6%) se recusaram a responder a esta pergunta.

Ter dois ou mais parceiros sexuais no último ano não se apresentou estatisticamente significativa quando comparada com ter apenas um parceiro sexual e o desfecho principal, esta associação apresentou $p = 0,374$; OR 1,29 e IC 95% (0,71-2,38).

Quando questionadas sobre a parceria sexual do companheiro, 16 (3,0%) afirmaram que o companheiro se relacionava sexualmente com outras pessoas, 351 (66,5%) afirmaram que o companheiro não se relacionava sexualmente com outras pessoas, 4 (0,8%) afirmaram não ter parceiro sexual fixo, 53 (10,0%) afirmaram não ter companheiro sexual há alguns meses e 104 (19,7%) não souberam responder sobre a parceria sexual do companheiro no último ano.

Em relação ao uso de drogas, 33 puérperas (6,3%) afirmaram ter usado algum tipo de droga ilícita na gestação (maconha, crack, cola, etc), enquanto que a maioria de 495 (93, 8%) afirmaram nunca ter usado nenhum tipo de drogas ilícitas.

Quando questionadas se já haviam tido alguma doença sexualmente transmissível, 24 puérperas (4,5%) consideraram já ter tido algumas doenças sexualmente transmissíveis, entre elas: A candidíase, que apesar de não ser considerada DST, mas que é considerada com infecção do trato genital inferior, foi referida por 9,5% das mulheres; o condiloma acuminado (9,5%), a gonorréia (9,5%), o herpes genital (4,8%), o HPV (23,8%), a sífilis (23,8%), não souberam informar qual DST (19,0%) e o HIV (0,6%).

Tabela 9: Distribuição das puérperas segundo: gestação pretendida, uso de método contraceptivo, qual método utilizado, parceria sexual da puérpera e do companheiro, uso de drogas e histórico de doença sexualmente transmissível.

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		ANÁLISE BIVARIADA Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis dos fatores comportamentais (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
GESTAÇÃO PRETENDIDA					
Sim (referência ¹)	168	31,8	59/156 (37,8)	1	0,575
Não	360	68,2	136/336 (40,5)	1,12 (0,74-1,68)	
ENGRAVIDOU USANDO CONTRACEPTIVO					
Sim	190	36,0	-	-	-
Não	337	63,8	-	-	
Não quer informar	1	0,2			
QUAL MÉTODO CONTRACEPTIVO					
Não usou método (referência)	337	64,1	117/317 (36,9)	1	0,039
Hormonal	137	26,0	63/129 (48,8)	1,63 (1,05-2,51)	
Camisinha	52	9,9	15/46 (32,6)	0,83 (0,39-1,65)	
Dados perdidos	2	0,4	-	-	
PARCERIA SEXUAL DA MULHER					
2 ou mais (referência)	64	12,1	21/61 (34,4)	1	0,374
1 parceiro	461	87,3	174/431 (40,4)	1,29 (0,71-2,38)	
não quer informar	3	0,6	-	-	
PARCEIRO TEM OUTRAS PARCERIAS					
Sim	16	3,0	-	-	-
Não	351	66,5	-	-	
Não tem parceiro sexual fixo	4	0,8	-	-	
Sem parceiro há meses	53	10,0	-	-	
Não sabe informar	104	19,7	-	-	
USO DE DROGAS					
Sim	33	6,3	-	-	-
Não	495	93,8	-	-	

Continuação Tabela 9

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		ANÁLISE BIVARIADA Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis dos fatores comportamentais (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
<i>HISTÓRICO DE DST</i>					
<i>Sim</i>	24	4,5	-	-	-
<i>Não</i>	501	94,9	-	-	-
<i>Não sabe informar</i>	3	0,6	-	-	-
<i>QUAL DST</i>					
Condiloma acuminado	2	9,5	-	-	-
Gonorréia	2	9,5	-	-	-
Herpes genital	1	4,8	-	-	-
HPV	5	23,8	-	-	-
Sífilis	4	19,0	-	-	-
HIV	3	0,6	-	-	-
Não sabe	5	23,8	-	-	-

Notas: 1 – Referência – Variável considerada como referência para efeito de comparação entre as categorias. Utilizada no denominador da razão de chances.

2 – Valor de p para teste exato de *Fischer* comparando todas as proporções quando tabela 2xn e valor de p para teste de X^2 *Mantel Haenzel* quando tabela 2x2 com valor esperado maior que cinco nas células.

Fatores relacionados com a gestação atual

Em relação à paridade das mulheres entrevistadas, 251 (47,5%) delas tinham apenas um filho e 276 (52,3%) tinham dois filhos ou mais. Quando se comparou ter dois ou mais filhos com ter apenas um filho, que foi tomada como referência e verificada a associação ao desfecho, não se apresentou estatisticamente significativa, com p valor de 0,078; OR= 1,39, IC 95% de (0,95-2,03) porém, muito próxima à significância estatística.

Do total de 528 puérperas, 520 (98,5%) fizeram pré-natal, 373 (70,6%) delas iniciaram o pré-natal em Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde e entre essas mulheres, 418 (79,2%) começaram e realizaram a última consulta de pré-natal no mesmo serviço e 103 (19,5%) mudaram de local de pré-natal ou fizeram pré-natal em mais de um serviço, por enfrentar dificuldades de acessibilidade ao serviço.

A maioria das mulheres iniciou o pré-natal durante o primeiro trimestre (68,3%), 28,7% delas iniciaram o pré-natal no segundo trimestre e apenas 1,7% iniciou no terceiro trimestre. Para essa variável, ao se calcular a medida de associação, ficou demonstrado que existe maior chance de desconhecimento da sorologia do pré-natal durante o internamento para o trabalho de parto entre as gestantes que iniciaram tardiamente a assistência pré-natal, no 2º ou no 3º trimestre. Essa associação positiva apresentou p valor de 0,015, OR = 1,62 IC 95% (1,08 – 2,43), significando que é improvável que esta associação seja apenas devido ao acaso.

A média de consultas de pré-natal foi de seis consultas, com Desvio Padrão de 2,7 consultas de pré-natal, sendo o mínimo de consultas uma e o máximo de 18 consultas de pré-natal.

Tabela 10: Distribuição das puérperas segundo: paridade, realização do pré-natal, idade gestacional em que iniciou o pré-natal, local de realização do pré-natal, mudança de local de realização do pré-natal, quantidade de consultas de pré-natal.

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA		ANÁLISE BIVARIADA		
	Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis dos fatores relacionados com a gestação atual (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
PARIDADE					
01 filho (referência ¹)	251	47,6	84/236 (35,6)	1	0,078
02 filhos ou mais	276	52,4	111/256 (43,4)	1,39 (0,95-2,03)	
Dados perdidos	01	0,2	-	-	
REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL					
Sim	520	98,5	-	-	-
Não	08	1,5	-	-	-
IDADE GESTACIONAL QUE INICIOU O PRÉ-NATAL					
Não fez pré-natal	08	1,5	-	-	-
1-3 meses	359	68,3	-	-	-
4 – 6 meses	151	28,7	-	-	-
7 – 9 meses	9	1,7	-	-	-
Dados perdidos	1	0,2	-	-	-

Continuação tabela 10

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		ANÁLISE BIVARIADA Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis dos fatores relacionados com a gestação atual (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
TRIMESTRE DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL					
Não fez pré-natal	7	1,3	-	-	
1º TRI (referência)	359	68,0	123/341 (36,1)	1	0,015
2º ou 3º TRI	160	30,3	72/151 (47,7)	1,62 (1,08-2,43)	
Dados perdidos	2	0,4	-		
COMEÇOU E TERMINOU O PRÉ-NATAL NO MESMO LOCAL					
Sim (referência)	418	79,2	158/399 (39,6)	1	0,973
Não	103	19,5	37/93 (39,8)	1,01 (0,62-1,64)	

Notas: 1 – Referência – Variável considerada como referência para efeito de comparação entre as categorias. Utilizada no denominador da razão de chances.

2 – Valor de p para teste exato de *Fischer* comparando todas as proporções quando tabela 2xn e valor de p para teste de *X² Mantel Haenzel* quando tabela 2x2 com valor esperado maior que cinco nas células.

Fatores relacionados com a testagem para o HIV

A Tabela 11 revela que, do total de mulheres que fizeram pré-natal, 503 mulheres (96,7%) tiveram teste anti-HIV solicitado no pré-natal e foi realizado o aconselhamento pré-teste a 240 mulheres (45,5%), E para apenas 147 (29,2%) foi realizado a aconselhamento pós-teste. Para apenas 95 (18,0%), foi solicitado o consentimento para a realização do teste.²

Quando questionadas se enfrentaram alguma dificuldade para realizar o teste anti-HIV, a maioria afirmou que não teve dificuldades (88,3%). Para as mulheres que afirmaram que tiveram dificuldades para realizar o teste, a associação não foi estatisticamente significativa. Apenas as mulheres que afirmaram não terem realizado o teste durante o pré-natal tiveram associação positiva com o desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV, com $p = 0,001$; OR = 10,33, IC 95% - (3,83-34,7), quando comparadas com as que afirmaram não ter enfrentado dificuldades para realizar o teste, entretanto, esta variável não entrou na análise multivariada, pois a dificuldade para fazer o teste só poderia ser analisada entre as mulheres que fizeram-no.

² Estes resultados são mostrados na tabela 13, (página 92), juntamente com a análise bivariada realizada em separado com algumas variáveis que ficaram fora da análise principal do estudo.

Das que fizeram o teste anti-HIV, 435 (82,4%) afirmaram que receberam o resultado ainda durante o pré-natal, e entre elas, 428 (81,1%) tiveram resultado negativo para o HIV, 03 (0,6%) mulheres afirmaram ter resultados positivos para o HIV, 08 (1,5%) delas não souberam informar o resultado e as demais 88 (16,7%) afirmaram não ter recebido o resultado durante o pré-natal.

Entre as três puérperas que afirmaram ter sorologia para o HIV positivas no pré-natal, 01 puérpera possuía sorologia para o HIV registrada como negativa no primeiro trimestre e não havia sorologia do terceiro trimestre registrada, outra puérpera não levou o cartão de pré-natal para a maternidade, pariu em casa e fez somente a profilaxia com AZT xarope para o recém-nascido e a prática de não amamentação na maternidade, já a terceira puérpera não tinha nenhum registro de sorologia para o HIV no cartão de pré-natal.

Os três *status* sorológicos foram confirmados com o teste rápido realizado na triagem obstétrica. Nas duas pacientes que pariram na maternidade, foi administrado AZT injetável antes de parto, uma paciente teve parto cesárea e a outra, parto normal e foi administrado AZT xarope para as três crianças expostas, assim como foi recomendada a prática da não amamentação.

Tabela 11: Distribuição das puérperas segundo: realização do teste de rastreamento do HIV na gestação, realização de consentimento, se houve dificuldades para realizar o teste, local de realização do teste, idade gestacional em que realizaram o teste, se receberam o resultado da sorologia ainda na gravidez (desfecho2), tempo em dias para receber o resultado, qual o resultado, motivo das que não receberam o resultado, motivo das que não fizeram o teste.

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		ANÁLISE BIVARIADA Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis dos fatores relacionados com a testagem para o HIV (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
REALIZAÇÃO DO TESTE ANTI- HIV NO PRÉ-NATAL	476	90,2	-	-	-
Sim	48	9,1	-	-	
Não	3	0,6	-	-	
Não sabe	1	0,2	-	-	
Dados perdidos					
Continuação tabela 11					
	ANÁLISE UNIVARIADA		ANÁLISE BIVARIADA		

VARIÁVEL	Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis dos fatores relacionados com a testagem para o HIV (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
CONSENTIMENTO PARA REALIZAR O TESTE					
Não / Não sabe (referência)	415	78,6	149/391 (38,1)	1	0,034
Sim	95	18,0	37/89 (41,6)	1,16 (0,70 – 1,89)	
Teste não oferecido	18	3,4	9/12 (75,0)	4,87 (1,18-28,31)	
DIFICULDADES PARA REALIZAR O TESTE					
Não (referência)	466	88,3	160/445 (36,0)	1	0,001
Sim	15	2,8	6/13 (46,2)	1,53 (0,41-5,40)	
não fez teste	47	8,9	29/34 (85,3)	10,33 (3,83-34,7)	
IDADE GESTACIONAL QUE FEZ O 1º TESTE					
Não fez teste	44	8,3	-	-	-
1 – 3 meses	157	29,7	-	-	-
4 – 6 meses	242	45,8	-	-	-
7 – 9 meses	57	10,8	-	-	-
Dados perdidos	28	5,3	-	-	-
IDADE GESTACIONAL QUE FEZ O 2º TESTE					
Não fez teste	427	80,9	-	-	-
1 – 3 meses	1	0,2	-	-	-
4 – 6 meses	19	3,6	-	-	-
7 – 9 meses	53	10,0	-	-	-
Dados perdidos	28	5,3	-	-	-
RECEBEU O RESULTADO AINDA NA GESTAÇÃO					
Sim	435	82,4	-	-	-
Não	47	8,9	-	-	-
Não sabe	2	0,4	-	-	-
Não fez teste no PNT	44	8,3	-	-	-
RESULTADO DO PRÉ-NATAL REFERIDO PELA PUÉRPERA (desfecho2)					
Sim	435	82.4	-	-	-
Não	93	17.6	-	-	-

Continuação tabela 11

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA <i>Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)</i>		ANÁLISE BIVARIADA <i>Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis dos fatores relacionados com a testagem para o HIV (N = 492)</i>		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
COMO FOI FEITA A ENTREGA DO RESULTADO DO PRÉ-NATAL					
A gestante foi buscar no local que fez a coleta (ref)	298	56,4	34/134 (25,4)	1	0,001
O exame foi para a unid. saúde / o ag. saúde entregou em casa	137	25,9	67/75 (89,3)	24,63 (10,26-64,35)	
Não recebeu resultado	92	17,4	94/283 (33,2)	1,46 (0,90-2,39)	
QUAL O RESULTADO TESTE DO PRÉ-NATAL					
Positivo	3	0,6	-	-	-
Negativo	428	81,1	-	-	
Não sabe informar	8	1,5	-	-	
Não recebeu resultado	88	16,7	-	-	
Dados perdidos	1	0,2	-	-	
MOTIVO DAS QUE NÃO RECEBERAM O RESULTADO					
Não ficou pronto a tempo	32	6,1	-	-	-
Mudou-se de endereço e não foi buscar / não tinha dinheiro para o ônibus / o exame não foi encontrado no laboratório	07	1,7	-	-	
Recebeu o resultado	487	92,2	-	-	
Dados perdidos	2	0,4	-	-	
MOTIVO DAS QUE NÃO FIZERAM O TESTE					
Não fez o pré-natal	4	0,8	-	-	-
Fez pré-natal, mas o exame não foi solicitado	11	2,1	-	-	
Fez pré-natal, o exame foi solicitado, mas não achou importante fazê-lo	10	1,9	-	-	
Teve medo do resultado	2	0,4	-	-	
Quis fazer, mas não conseguiu	19	3,6	-	-	
Fez o teste	478	90,5	-	-	
Dados perdidos	2	0,4			

Notas: 1 – Ref. – Variável considerada como referência para efeito de comparação entre as categorias. Utilizada no denominador da razão de chances.

2 – Valor de de p para teste de Fischer comparando todas as proporções quando tabela 2xn e valor de p para teste do quiquadrado Mantel Haenzel quando tabela 2x2 com valor esperado maio que cinco nas células.

Regressão logística

Para observar o efeito entre as variáveis estatisticamente significantes e das variáveis próximas da significância estatística, foram incluídas as cinco variáveis que tiveram significância estatística ou ficaram próximas dessa significância no modelo de ajuste por regressão logística, no sentido de controlar o efeito de confundimento entre estas variáveis preditoras (Barros, 1990).

Foi possível observar que houve perda de significância estatística entre a maioria das variáveis que foram incluídas no modelo, permanecendo estatisticamente significante apenas a variável estado conjugal, com aumento da significância estatística.

A variável escolaridade passou a ter OR e p valor mais próximo à significância, mas ainda assim ficou somente próximos à significância.

A perda da significância das variáveis: método contraceptivo, paridade e trimestre de início do pré-natal e o aumento da significância das variáveis: escolaridade e estado conjugal podem ter sido devido ao controle do efeito de confundimento, que uma variável exerce sobre a outra quando incluídas no modelo, porém, não foi analisado detalhadamente neste estudo a presença de confundimento ou de interação entre as variáveis.

Tabela 12: Distribuição das variáveis estatisticamente significantes com ajuste no modelo por regressão logística.

VARIÁVEL	DESFECHEO PRINCIPAL n/N (%)	Associação entre desconhecimento do status sorológico e fatores de risco				
		Análise bivariada		Análise multivariada ¹		
		OR	IC 95%	p	OR IC 95% AJUSTADO	p
ESCOLARIDADE						
Até ensino fundamental (referencia)	87/240 (36,3)	1		0.134	1	0,058
Ensino médio até ensino superior ou técnico	108/252 (42,9)	1,32	(0,90 - 1,93)		1,44 (0,98 – 2,10)	
ESTADO CONJUGAL						
Unida (referencia)	147/394 (37,3)	1		0,034	1	0,041
Não unida	48/98 (49,0)	1,61	(1,01 – 2,58)		1,61 (1,01 – 2,55)	
MÉTODO CONTRACEPTIVO						
Não usou método (referencia)	117/317 (36,9)	1		0,039	1	
Hormonal	63/129 (48,8)	1,62	(1,05 – 2,51)		1,52 (0,99 – 2,32)	0,052
Camisinha	15/46 (32,6)	0,83	(0,39 – 1,65)		0,78 (0,40 – 1,52)	0,466
PARIDADE						
1 filho (referencia)	84/236 (35,6)	1		0.078	1	0,082
2 filhos ou mais	111/256 (43,4)	1,39	(0,95-2,03)		1,40 (0,95 – 2,06)	
TRIMESTRE DE INÍCIO DE PRÉ-NATAL				0,015		0,062
1º TRI (referencia)	123/341 (36,1)	1			1	
2º ou 3º TRI	72/151 (47,7)	1,62	(1,08 – 2,43)		1,46 (0,98 – 2,18)	

Notas

¹ Modelo de regressão com todas as variáveis mostradas, OR ajustado para todas variáveis simultaneamente

ANÁLISE BIVARIADA REALIZADA EM SEPARADO

Neste estudo existiam variáveis que foram consideradas importantes para a investigação dos fatores associados com o desfecho principal, porém, quando juntas, possuíam muitos dados perdidos e se fossem incluídos na análise principal, diminuiriam excessivamente o tamanho da amostra e determinariam diminuição do poder de teste na análise estatística. Foi decidido então, realizar análise estatística em separado com tais variáveis e os resultados são mostrados na tabela 13.

Em relação ao local de realização do pré-natal, a maioria (70,6%) o realizou em USF ou UBS. A associação do local de realização do pré-natal com o desconhecimento do resultado da sorologia mostrou-se estatisticamente significativa. Sendo maior a chance de

desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV do pré-natal entre mulheres que fizeram em Policlínicas, Hospitais e Consultórios particulares, quando comparados às mulheres que fizeram pré-natal em Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde, com p de 0,001 para todas as categorias e OR crescentes, respectivamente para as categorias de comparação (vide tabela 13).

Em relação ao número de consultas de pré-natal, observou-se que ao categorizar o número de consultas, também existe associação estatisticamente significante entre o número de consultas de pré-natal e o desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV. Pode-se observar na tabela 13 que quanto maior o número de consultas de pré-natal, menor a chance de desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV. Nesse caso, existe uma associação de proteção entre o número de consultas de pré-natal e o desfecho, com p de 0,001 para todas as categorias.

Para a realização do aconselhamento e consentimento a análise bivariada calculada em separado mostrou associação positiva apenas entre a não realização do aconselhamento pós-teste e o desconhecimento do resultado da sorologia, com OR=2,71, IC 95% (1,72 – 4,27) e p valor de 0,001.

O local de realização do teste não teve significância estatística entre as categorias analisadas. O p valor = 0,001 refere-se apenas ao fato da puérpera afirmar que não realizou o teste durante a gravidez, sendo assim, foi descartada a hipótese de associação estatística do desconhecimento do resultado com a realização do teste no local em que fez o pré-natal ou CTA's, hospitais ou campanhas.

Tabela 13: Distribuição das variáveis analisadas em separado: Local de realização do pré-natal, quantidade de consultas de pré-natal, realização de aconselhamento pré e pós teste, tempo em dias para recebimento do resultado da sorologia para o HIV.

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA Distribuição de todas puérperas entrevistadas (N=528)		ANÁLISE BIVARIADA Associação entre desconhecimento do teste para HIV e variáveis dos fatores relacionados com o pré-natal e teste para o HIV (N = 492)		
	N	%	n /N (%)	OR (95% I.C.)	p ²
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL					
USF / UBS (referência)	373	70,6	117/346 (33,8)	1	0,001
Hospital	81	15,3	41/81 (50,6)	2,01 (1,19-2,36)	
Policlínica	48	9,1	25/47 (53,2)	2,22 (1,14-4,32)	
Consultório particular	18	3,4	12/17 (70,6)	4,70 (1,48-17,35)	
Não fez pré-natal	08	1,5	-	-	
QUANTIDADE DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL					
Nenhuma consulta	07	1,3	-	-	0,001
1 a 3 consultas (referência)	48	9,1	27/47 (57,4)	1	
4 a 6 consultas	208	39,4	79/195 (40,5)	0,50 (0,25-1,00)	
7 a 11 consultas	215	40,7	56/204 (27,4)	0,28 (0,13-0,56)	
12 a 18 consultas	17	3,2	7/15 (46,6)	0,65 (0,16-2,44)	
Dados perdidos	33	6,3	-	-	
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO TESTE					
Laboratório (referência)	94	17,8	30/90 (33,3)	1	0,001
No mesmo local do PNT	239	45,3	89/231 (38,5)	1,25 (0,73-2,17)	
Outros (CTA, campanha, hospitais)	147	28,0	45/134 (33,6)	1,01 (0,55-1,85)	
Não fez o teste	47	8,9	30/35 (85,7)	12,0 (3,97-42,75)	
REALIZAÇÃO DE ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE					
Sim (referência)	154	29,2	36/147 (24,4)	1	0,001
Não	275	52,1	159/340 (46,7)	2,71 (1,72-4,27)	
Não sabe	6	1,1	-	-	
Não fez o teste ou não recebeu o resultado	92	17,4	-	-	
Dados perdidos	1	0,2	-	-	
TEMPO EM DIAS PARA RECEBER O RESULTADO					
Recebeu na hora (referência)	26	4,9	7/21 (33,3)	1	0,813
1 a 15 dias	214	40,5	61/203 (30,0)	0,86 (0,30-2,64)	
16 a 30 dias	148	28,0	44/141 (31,2)	0,91 (0,31-2,85)	
35 a 150 dias	49	9,3	18/49 (36,7)	1,16 (0,35-4,05)	
Dados perdidos / não recebeu resultado	91	17,2	-	-	

Notas tabela 13: 1 – Ref. – Variável considerada como referência para efeito de comparação entre as categorias. Utilizada no denominador da razão de chances.

2 – Valor de de p para teste de Fischer comparando todas as proporções quando tabela 2xn e valor de p para teste do quiquadrado Mantel Haenzel quando tabela 2x2 com valor esperado maio que cinco nas células.

DISCUSSÃO

Apesar dos avanços no controle da epidemia da aids no Brasil, as dificuldades estruturais dos serviços de saúde, alta demanda de pacientes e dificuldades de acessibilidade enfrentada pelas gestantes podem refletir em barreiras para o controle mais eficaz da epidemia da aids por transmissão materno-infantil. (ARAUJO, 2008).

A captação precoce das gestantes para o início do pré-natal, realização da testagem anti-HIV ainda no primeiro trimestre e posteriormente no terceiro trimestre de gravidez, a sensibilização das gestantes para a realização do teste pelo aconselhamento pré e pós-teste e solicitação do consentimento, bem como a entrega e registro do resultado no cartão do pré-natal ainda durante a gravidez, representam importantes etapas da prevenção da transmissão vertical do HIV.

Cumpridas estas etapas, é possível a implementação da terapia tripla a partir da 14ª semana de gestação, administração do AZT injetável durante o trabalho de parto, via de parto indicada de acordo com a carga viral circulante, aferida por volta da 34ª semana de gestação, administração do AZT xarope durante seis semanas para a criança exposta e não amamentação e finalmente, conseguir a redução da taxa de transmissão materno-infantil do HIV para menos de 2%, de acordo com o protocolo ACTG 076. (Cooper *et al*, 2002)

Cumprir tais etapas, associada às dificuldades institucionais e operacionais dos serviços de saúde, representam um desafio a mais para o âmbito da saúde pública principalmente, para os serviços que representam a maior demanda de mulheres que necessitam da testagem: as Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.

Os resultados do presente estudo mostraram que a prevalência de desconhecimento dos resultados da sorologia para o HIV do pré-natal, no momento do parto, baseado em informações registradas no cartão de pré-natal de mulheres atendidas no Recife e Região metropolitana, apresenta-se com prevalência equivalente aos levantamentos de prevalências de outros estudos nacionais e clássicos (Souza-Júnior, 2002, 2004 e 2006) para avaliação da qualidade da assistência em saúde prestada no País, com prevalência de 39,6% de desconhecimento para as três maternidades que participaram do estudo.

Este estudo mostrou diferenças significativas quando comparados os Municípios de procedência das mulheres atendidas, sendo a maior prevalência entre mulheres procedentes de Recife, com 48,0% de prevalência e a menor prevalência de 28,2% entre as mulheres procedentes de Jaboatão dos Guararapes. Situação semelhante aconteceu quando a prevalência foi estimada separadamente por maternidade participante da amostra. Sendo

maior a prevalência de desconhecimento entre as mulheres atendidas na Maternidade A – Recife (48,4%) e menor na Maternidade C - Jaboatão dos Guararapes (32,7%). Ambos os resultados mostraram-se estatisticamente significantes e podem refletir dificuldades operacionais locais em Recife relativas a rede de prover o diagnóstico laboratorial em tempo hábil, ou seja, ainda durante a gravidez, como é descrito no Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (Pernambuco, 2009).

Quando se compara o desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV da gravidez, baseado em informações registradas com o desconhecimento baseado em informações relatadas pelas mulheres entrevistadas, percebe-se também diferença significativa entre as duas prevalências. Sendo a prevalência do desconhecimento registrado no cartão de 39,6% e o desconhecimento relatado pela entrevistada de apenas 15,2%.

Ao construir uma tabela 2x2 para comparar estas informações, percebeu-se que quando a entrevistada afirmou que recebeu o resultado da sorologia para o HIV do pré-natal, essa informação foi confirmada com o registro do resultado de qualquer sorologia (1º e/ou 3º) em apenas 69,3% dos casos. Em 30,7% dos casos, as entrevistadas afirmam ter resultado da sorologia para o HIV da gestação, porém esta informação não estava registrada no cartão de pré-natal. Quando afirmavam que não conheciam o resultado da sorologia do pré-natal, esta informação estava confirmada em 89,3% dos casos, com o não registro do resultado no cartão do pré-natal. Nos demais 10,7% dos casos, as mulheres afirmavam que desconheciam o resultado da sorologia para o HIV do pré-natal, porém havia registro do resultado da sorologia no cartão de pré-natal.

Diante desses fatos, pode-se pressupor que: as falhas no rastreio realmente podem estar associadas com dificuldades da rede em prover o diagnóstico laboratorial, como afirmado anteriormente, mas também, ao analisar essas diferenças significativas de prevalências entre os dois desfechos, existe a hipótese de falhas nos registros de importantes informações no cartão de pré-natal, que garantiriam a continuidade da assistência, referência e contra-referência entre diferentes serviços e profissionais, conforme afirmado no estudo de Carvalho (2007) realizado em duas maternidades de alto risco em Recife-PE, que demonstra a importante proporção de falta de registro nos cartões de pré-natal, gerando dificuldades quanto o entendimento da realização ou não do procedimento normalizado ou a ausência de registro do mesmo.

As falhas nos registros de informações relevantes para a assistência pré-natal comprometem a continuidade na assistência ao parto e ao puerpério e limita a existência de

mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção. Estas falhas foram abordadas neste estudo de Carvalho (2007), bem como nos estudos de OBA (1998) e de Alves de Farias (2009). O registro de informações de maneira adequada e sistemática, além de garantir a segurança para o profissional, traz benefícios tanto para a equipe multidisciplinar, quanto para a própria pessoa assistida.

Ao caracterizar as puérperas entrevistadas, observou-se que em relação às variáveis idade e escolaridade e o desfecho principal desse estudo, não houve associação estatisticamente significativa, a despeito da existência de outros estudos similares, como o Estudo sentinela-parturiente 2002, Souza-Júnior *et al*, (2002) que mostraram associação positiva, principalmente em regiões mais pobres do País e com dificuldades de acesso.

Em um estudo realizado na França, Morin (2010) mostrou associação de maior chance de desconhecimento, quanto maior escolaridade da mulher, devido às recusas de se submeter ao teste, principalmente se a mulher não for sensibilizada, por meio de aconselhamento, com informações sobre os riscos de transmissão materno-infantil do HIV.

Em relação ao perfil sócio demográfico, a única variável que se mostrou estatisticamente significativa foi o estado conjugal. Ser “não unida” representou chance de 1,61 maior de desconhecer o resultado da sorologia para o HIV do pré-natal no momento do parto.

Esse resultado pode representar que as mulheres com o apoio de um companheiro, têm apoio na sua adesão ao acompanhamento pré-natal e as mulheres sem companheiro fixo poderiam enfrentar maiores dificuldades na aceitação da gestação, início tardio da assistência pré-natal e realização dos exames de rotina do pré-natal, como afirma Barbosa (2007) em seu estudo que avaliou a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco no Município de Francisco Morato, assim como Rosa (2006), que avaliou a frequência de testagem de HIV em Porto Alegre e determinou fatores de risco das que não foram testadas durante a gravidez.

Em relação aos fatores comportamentais, a única variável incluída na análise bivariada que se mostrou estatisticamente significativa e que tentou explicar o desfecho foi a utilização de métodos hormonais como métodos contraceptivos ao saber da última gravidez, com p valor 0,039. Esta associação também pode refletir que mulheres que não pretendiam e estavam evitando a gravidez com métodos considerado “seguros” como os hormonais, podem retardar a aceitação da nova gravidez e consequentemente o início do pré-natal, com atraso na realização dos exames de pré-natal, entre eles, o de rastreio do HIV. Associação confirmada com o estudo de Marques *et al* (2002) e Lima (2008).

Em relação aos fatores relacionados com a gestação atual, foi obtida associação estatisticamente significativa entre a variável “Trimestre de início do pré-natal” ($p = 0,015$, $OR=1,62$, IC 95% 1,08-2,43), sendo maior a chance de desconhecimento quanto mais tarde for o trimestre de início do pré-natal, diferente dos achados do estudo de Marques *et al* (2002), que não encontraram associação estatística entre o trimestre de início do pré-natal, o número de consultas médicas e o fato de o profissional ter explicado a importância de realizar o teste e o desconhecimento.

Na análise realizada em separado (tabela 13), reconhece-se mais uma vez a possibilidade da ocorrência de viés de seleção, já que não se conhece a existência da associação das variáveis preditoras que foram analisadas em separado com o desfecho, se fosse possível realizar a análise sem eliminar os dados perdidos, porém foi julgado que estas variáveis poderiam ter importância na compreensão de quais são os fatores que se associam estatisticamente com o desfecho e foi decidido apresentar os resultados e discuti-los apoiados na literatura sobre o tema.

A variável “local de realização do pré-natal”, ($p = 0,001$ para todas as categorias), apresentou-se estatisticamente significativa, sendo a realização do pré-natal em USF ou UBS a referência para comparação e fazer pré-natal em Hospitais, Policlínicas ou consultório particular as outras categorias de comparação, com maior chance de desconhecer o resultado da sorologia para o HIV no pré-natal entre as mulheres que fizeram pré-natal em consultórios particulares, confirmando o que foi observado em estudos similares, como o estudo de Rosa (2006) e o de Gaur (2010), que levanta a hipótese que, talvez, as decisões dos médicos para não oferecerem o teste anti-HIV para mulheres com *status* sorológico desconhecido esteja associado com suas próprias crenças em relação ao baixo risco global de HIV infecção entre a população de mulheres atendidas pelos mesmos nos consultórios particulares.

O conhecimento dos profissionais de saúde que conduziram a assistência pré-natal, em relação à política de oferta da testagem universal e em relação às suas crenças sobre a testagem anti-HIV na gravidez não foram avaliados no presente estudo.

Em relação à quantidade de consultas de pré-natal, houve associação de proteção, sendo menor a chance de desconhecimento, quanto maior fosse o número de consultas de pré-natal, com p valor de 0,001 para todas as categorias, conferindo os resultados do estudo de Rosa (2006).

Quando se investigou as condições de testagem anti-HIV na gravidez, observou-se que não realizar aconselhamento pré-teste não se mostrou estatisticamente significativo quando

associado ao desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV da gravidez, mas não realizar aconselhamento pós-teste, mostrou-se na análise realizada em separado, fortemente associada com o desconhecimento do resultado da sorologia, com p valor de 0,001.

A ausência das orientações e explicações prévias à testagem anti-HIV não determinou estatisticamente maior chance da ocorrência do desfecho, mas a ausência de orientações sobre os resultados dos exames, mostrou associação positiva, como nos estudos de Carneiro (2010), que mostrou em seus resultados que a testagem anti-HIV foi incorporada à prática clínica sem aconselhamento em nenhuma das etapas da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, e que as relações entre profissionais e usuárias refletem mecanismos de poder que comprometem a autonomia das mulheres, bem como o estudo de Morin (2010), que mostrou baixa adesão à testagem e maior desconhecimento de mulheres que não recebiam orientações sobre o teste e os riscos de transmissão materno-infantil do vírus, bem como maior taxa de testagem após intervenção de educação em saúde para as gestantes que procuravam a assistência pré-natal.

Em relação ao local de realização do teste, não houve associação estatística, a associação estatística mostrada surgiu quando a puérpera afirmou que não realizou o teste para o HIV.

Quando questionadas como foi feita a entrega dos resultados do teste para o rastreio do HIV na gestação, afirmar que não recebeu o resultado ou não fez o teste, quando comparado com a categoria de referência, que foi “o exame foi para a Unidade de Saúde que a gestante fez o pré-natal ou o exame foi entregue pelo agente comunitário de saúde” mostrou-se estatisticamente significativo com $p = 0,001$, OR = 24,63, IC (10,26-64,35). Demonstrando dessa forma, as lacunas que ainda existem na assistência pré-natal no que se diz respeito à garantia da entrega dos resultados de exames realizados durante o período gestacional.

7. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Foi possível concluir com este estudo que a prevalência de desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV do pré-natal, na ocasião do parto permanece elevada na região metropolitana de Recife, compatível com a prevalência de outros estudos realizados nacionalmente, como os estudos sentinela-parturiente 2002, 2004 e 2006, a despeito das tentativas dos programas de saúde, como o programa de assistência pré-natal e programa de prevenção controle da transmissão do HIV de diminuir a incidência de transmissão materno-infantil do vírus.

Chama-se a atenção que, ao identificar as falhas nessas etapas de rastreio da infecção pelo HIV nas gestantes, as possibilidades de iniciar precocemente as intervenções para diminuição do risco de transmissão vertical do HIV também ficam mais distantes das condições ideais de intervenção, considerando-se o tempo hábil para o início das medidas de profilaxia.

Na região metropolitana, pode-se observar que existem diferenças significantes entre os três principais municípios participantes da amostra, sendo Recife o município que apresentou maior prevalência e Jaboatão dos Guararapes a menor prevalência de desconhecimento, nos levando à reflexão acerca das dificuldades operacionais que são enfrentadas nas diferentes regiões do estado de Pernambuco.

Foi possível concluir também, que existem diferenças marcantes entre o desconhecimento baseado em dados documentados (registro no cartão de pré-natal, apresentação de laudos de exames) e de informações verbalizadas pelas mulheres assistidas. Sendo maior a proporção de mulheres que não têm informações sobre os resultados das sorologias do pré-natal registradas no cartão, do que a proporção de mulheres que afirmam não saber o resultado da sorologia para o HIV do pré-natal, chamando a atenção sobre a necessidade do adequado registro de informações importantes no cartão do pré-natal, que garantam a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção em que a gestante será assistida.

Observou-se ainda que os fatores associados com este desconhecimento são referentes à questões específicas do serviço de saúde, fatores individuais relacionados com a gestante e, principalmente, relacionados com a má qualidade de registro ou o não registro de importantes exames no cartão de pré-natal a gestante, como a sorologia para o HIV.

Entre os fatores referentes aos serviços de saúde, apresentaram-se importantes na análise: o trimestre de início do pré-natal, com maior chance de desconhecimento para as mulheres que iniciaram tardiamente o pré-natal, o que pode significar uma falha na captação precoce dessas gestantes para iniciar em tempo hábil a assistência pré-natal; local de realização do pré-natal, com maior chance de desconhecimento entre as mulheres que realizaram pré-natal em consultórios particulares; quantidade de consultas de pré-natal, com menor chance de desconhecimento, quanto maior fosse o número de consultas do pré-natal; não realização do aconselhamento pós-teste, com maior chance de desconhecimento entre as mulheres que não receberam aconselhamento pós-teste e o local de realização do teste, com maior chance de desconhecimento entre as mulheres que fizeram o rastreo para o HIV em CTA's, campanhas e hospitais (locais diferentes das unidades de saúde onde realizaram o pré-natal).

Entre os fatores individuais das mulheres entrevistadas, apresentaram-se importantes na análise: o estado conjugal, sendo maior a chance de desconhecimento entre as mulheres do estado conjugal não unida e estar usando método contraceptivo hormonal ao engravidar, mostrando que mulheres sem relacionamento estável e que não pretendiam engravidar, potencialmente aderem menos à assistência pré-natal ou iniciam tardiamente esta assistência, dificultado o cumprimento da realização dos exames de rotina, bem como o recebimento e o registro desses resultados.

Após o controle dessas variáveis pela análise multivariada, percebeu-se que a única variável que permaneceu importante fator de risco para o desconhecimento, foi o estado conjugal não unida, inclusive com aumento da significância estatística, após a análise por regressão logística.

Deve-se considerar nesse estudo, que é difícil e não se pretendeu esgotar a investigação sobre o tema. Sugere-se que outras investigações mais aprofundadas nos locais onde as mulheres recebem assistência pré-natal e nos locais onde elas têm que recorrer para serem submetidas ao teste devem ser investigados para uma melhor aproximação dos fatores que comprometem a adequada assistência pré-natal, no que se diz respeito ao rastreo da infecção pelo HIV em gestantes e ao controle da transmissão materno-infantil da doença.

Como recomendações desse estudo podem-se citar:

- Há necessidade de melhor organização dos serviços nos diferentes níveis de atenção, em especial na atenção básica por unidades públicas de assistência a saúde, bem como dos consultórios particulares, em relação ao manejo clínico e obstétrico, aconselhamento e suporte social principalmente para a clientela que necessita mais de informações de saúde para aderir melhor às estratégias de controle da transmissão vertical do HIV, que os serviços funcionem em rede e não mais de forma isolada.
- Aumentar o acesso às informações sobre as condições específicas de do risco global de infecção pelo HIV em toda a população, principalmente entre as mulheres que não se vêem como vulneráveis à infecção, bem como dos riscos de transmissão materno-infantil do vírus, dos seus direitos, de modo a reforçar a cidadania tornando as mulheres mais autônomas e positivas nas decisões de se engajar na luta contra a epidemia da aids.
- Que os resultados deste estudo contribuam para uma maior conscientização dos profissionais de saúde que trabalham com a assistência pré-natal, para que haja um maior enfoque no registro adequado de todos os procedimentos e exames que são realizados durante o período gestacional e principalmente, quando a gestante assistida for diagnosticada como sendo infectada pelo HIV, que a mesma tenha o acesso irrestrito e facilitado ao acompanhamento especializado para o controle da infecção materna e redução da chance de transmissão materno-infantil do HIV.

10. REFERÊNCIAS

1. ABRAMSON, J.H. Winpepi programs, compare2, manual (Version 2.51), 2011. Pesquisado em: URL: <http://www.brixtonhealth.com/pepi4windows.html>
2. ALMEIDA, S., RAMOS, M., DE MELO, L., LEITE, R., ABRÃO, F.. Prenatal care: examining indicators according to criteria of humanization program of prenatal and birth. **Journal of Nursing UFPE Online [JNUOL]/Revista de Enfermagem UFPE On Line [REUOL] (DOI: 10.5205/01012007)**, América do Norte, 4, out. 2010. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1008>. Acesso em: 17 Mar. 2011.
3. ALVES A. F., *et al.* Análise da qualidade dos registros durante assistência prenatal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde [on line]** 2009, vol. 22 Acessado em: 14/03/11. Pesquisado em URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40812007002>.
4. ARAUJO, M. A. L.; VIEIRA, CUNHA, N. F.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, dez. 2008. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600025&lng=pt
5. BALDIANI R, QUENTAL I, SANTOS. DST/Aids e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização. BEMFAM, Rio de Janeiro, 1997.
6. BARBOSA, M. A.. **Avaliação da assistência de baixo risco no Município de Francisco Morato**. Guarulhos, 2007. [Dissertação de Mestrado] Mestrado em enfermagem. Universidade de Guarulhos. Pesquisado em: URL: http://tede.ung.br/tde_arquivos/2/TDE-2008-03-17T121614Z-27/Publico/Marco%20Antonio%20Barbosa.pdf
7. BARROS, A.J.D. Modelagem Estatística em estudos epidemiológicos. O modelo logístico. [dissertação de Mestrado]. Universidade de Campinas (UNICAMP), 1990.
8. BASTOS, F. I. A feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. **Coleção ABIA. Saúde Sexual e reprodutiva**. N°3. ABIA, Rio de Janeiro, 27p., 2001. Pesquisado em URL: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20saude%20sexual%20N3.pdf
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Secretaria especial de políticas para as mulheres. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST. Março, 2007
10. _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Boletim epidemiológico** nº 1, ano V, 2008.
11. _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Bol.Epidemiológico preliminar**. AIDS, Brasília, ano VII, nº 1, 2010.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF): 2005.
13. _____. Lei Federal n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996. Diário Oficial da União [DOU] 1996 (22) 14 nov.
14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em adultos e adolescentes. Brasília (DF); 1998.
15. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 569 de 01 de junho de 2000. Diário Oficial da União [DOU] 2000 8 jun.
16. _____. Ministério da 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 (DF); 2001.
17. _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília (DF); 2007.
18. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF, 2003.
19. _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação: Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, Brasil, 2002. Brasília (DF); 2004.
20. _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SVS/MS Nº 488 de 17 de junho de 1998.
21. _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria ANVISA nº 34, de 28 de julho de 2005. Diário oficial da união. DOU 29.07.2005
22. _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Bol.Epidemiol. AIDS, Brasília, ano V, nº 1, 2008b.
23. _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Capacitação para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando Testes Rápidos. Brasília (DF), 2007.
24. BRITO AM, Castilho EA, SZWARCOWALD CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Tropical**. 2001;34(2):207-17. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>
25. BRITO, Ana Maria de et al . Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2009. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/04.pdf>
26. CARVALHO R. L., KRAHE C., FARINA G., PAULA, D. O., RICHETTI, N., CROSSETTI, T.. Teste rápido para diagnóstico da infecção do HIV em parturientes. **Rev.**

Bras. de Ginecologia e Obstetrícia, 2004; 26(4); 325-328. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n4/20645.pdf>

46. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Aconselhamento em DST e HIV/Aids: Diretrizes e Procedimentos Básicos. Brasília (DF), 2007.

27. CARDOSO, A. J. C. *et al.* Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. **Rev Saúde Pública**, 2007;41(Supl. 2):101-8. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5958.pdf>.

28. CARVALHO, V. C. P.; ARAUJO, T. V. B.. Adequação da assistência prenatal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 3, Sept. 2007 . Pesquisado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000300010&lng=en&nrm=iso. Acessado em 14 Mar. 2011. doi: 10.1590/S1519-38292007000300010.)

29. CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. . C.. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700031&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 15 out. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232010000700031.

30. CDC. Human immunodeficiency virus infection in the United States: a review of current knowledge. **MMWR**. 36(suppl S-6):1-48, 1987. Pesquisado em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00033769.htm>

31. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. **MMWR** 1999;48(No. RR-13). Pesquisado em: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4813.pdf>

32. COOPER ER, CHARURAT M, MOFENSON L, HANSON IC, PITT J, DIAZ C et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 – infected woman and prevention of perinatal HIV-1 transmission. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 2002;29:484-94. Pesquisado em URL: http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2002/04150/Combination_Antiretroviral_Strategies_for_the.9.aspx

33. 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**. ;331(18):1173-801994. Pesquisado em URL: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199411033311801>

34. ENHANCING CARE INITIATIVE. Serviços ainda não estão adequados para atender mulheres HIV positivas. Ano III, n. 2, p. 3-11, 2001. Disponível em <http://www.eci.harvard.edu/teams/brazil/index.html>.

35. GAUR, S.. WHITLEY-WILLIAMS, P., FLASH, C., JIMENEZ, E., PETROVA, A.. Disparity in Hospital Utilization of Rapid HIV-1 Testing for Women in Labor with Undocumented HIV Status. **Matern Child Health J** (2010) 14:268–273. Acessado em 12/01/2011. Pesquisado em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19259801>.
36. GARCIA, P., LESLIE, M.P.H., KALISH A. , JANE PITT, D.SC ., HOWARD, M.D., MINKOFF , M.D., QUINN, T. C. et al.. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. **N Engl J Med**. 1999; 394-402. Pesquisado em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10432324>
37. GRECO, Dirceu B.. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**., São Paulo, v. 22, n. 64, Dec. 2008 . Pesquisado em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300006&lng=en&nrm=iso.
38. KASSLER W.J., HALEY C., JONES W.K., GERBER A.R., KENNEDY. E.J., GEORGE J.R.. Performance of a rapid, on-site human immunodeficiency virus antibody assay in a public health setting. **J Clin Microbiol** 1995; 33:2899-902. Pesquisado em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC228603/?tool=pubmed>
39. LEMOS, L.M.D.; GURGEL, R.Q.; FABBRO, A.L.D. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Rev Bras Ginecol Obstet**., 2005; 27(1) 32-36. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n1/24289.pdf>
40. LIMA, B. G. C., DOURADO, M. C. N. C., COSTA, M. I.. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 17(2):123-153, abr-jun 2008. Pesquisado em:URL: http://sistemas.aids.gov.br/prevencao2010/sites/default/files/Avaliacao_da_qualidade_do_rastreamento.pdf. Acessado em: 12/12/2010
41. MAMAN, S.; GROVES, A.; KING, E.; PIERCE, M.; WYCKOFF, S.. HIV Testing During Pregnancy: A Literature and Policy Review. Open Society Institute Law and Health Initiative. 2008. Pesquisado em: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles_publications/publications/hivtesting_20080916/hivtesting_20080731.pdf
42. MARQUES, H.H.S. et al . Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2002; 36(4). Pesquisado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400003&lng=en&nrm=iso
43. MEDRONHO. R.A.;BLOCH K.V.; WERNECK.G.L. Epidemiologia. 2ª edição. São Paulo. Editora Atheneu, 2009.
44. MORIMURA, M.C., MENDES, M.D.C., SOUZA, A.I., ALENCAR, L.C.A.. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, , 2006; 6(1); 69-76. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30507.pdf>

45. MORIN, M., POTIN J., PERRIN, C., THIERCELIN, N., PERROTIN F.. Dépistage anténatal du VIH : connaissances, attitudes, croyances et comportements des femmes enceintes. Analyse des pratiques actuelles et impact de la mise en place d'un dépliant informatif. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction** 2010. Acessado em 15/03/2011. Pesquisado em URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B8CXD-51ST6YF-1&_user=686475&_coverDate=12%2F24%2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1679485288&_rerunOrigin=google&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=3f2615d37fea8dfaab732bc9e0d23d9d&searchtype=a
46. NOGUEIRA SA, ABREU T, OLIVEIRA R, ARAUJO L, COSTA R, ANDRADE M, et al. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. **Braz J Infect Dis.** 2001;5(2):78-86. Pesquisado em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-86702001000200006&script=sci_arttext
47. OBA, M.das D.do V.; TAVARES, M.S.G. A precariedade dos registros de assistência prenatal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto - SP. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 53-61, janeiro 1988.) Pesquisado em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13921.pdf>
48. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim informativo** - Aids e DST. Coordenação DST /Aids. Junho 2009. Ano IX. Nº 1.
49. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, através da Resolução nº 420, de 12 de fevereiro de 2009.
50. PRAÇA, N.S., LATORRE, M.R.D.O., HEARST, N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, 2003; 37(5) 543-551. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17467.pdf>
51. ROSA, H. et al . Barriers for HIV testing during pregnancy in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, Abr. 2006 . Pesquisado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 05/01/11. doi: 10.1590/S0034-89102006000200006.
52. SANCHES, K.R.B.. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 143 p.,1999. Pesquisado em URL: <http://portaldes.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/sancheskrbd/capa.pdf>
53. SANTOS, N.J.S.; TAYRA, A.; SILVA, S.R.; BUCHALLA, C.M.; LAURENTI, R. A Aids no estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n. 2, vol. 5, p. 286-310, 2002. Pesquisado em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2002000300007&script=sci_arttext

54. SCHWARZ, R.H.. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology** 1994, 2:76-82. Pesquisado em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12681888>
55. SERRUYA, S.J., LAGO T.G., CECATTI J. G.. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Prenatal e Nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**, 2004; 26(7). Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n7/v26n7a03.pdf>
56. SANTOS N.J.S. et al . Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev Saúde Pública** 2002; 36(4 Supl):12-23. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n4s0/11159.pdf>
57. SOUZA-JÚNIOR, P.R.B; SZWARCOWALD, C.; BARBOSA-JÚNIOR, A.; CARVALHO, M. F.; CASTILHO, E. A.. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Rev Saúde Pública**, 2004; 38(6); 764-72. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/03.pdf>
58. SZWARCOWALD, C.L.; et al. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. **Braz. j. infect. dis**; 2008; 12(3):167-172. Pesquisado em URL: <http://www.scielo.br/pdf/bjid/v12n3/a02v12n3.pdf>
59. TAKAHASHI, R.F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 59-65, dezembro 1998. Pesquisado em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000500008&script=sci_arttext
60. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: a metaanalysis of 15 prospective cohort studies. **N Engl J Med**. 1999;340(13):977-87. Pesquisado em URL: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199904013401301>
61. VASCONCELOS, A. L. R., HAMANN, E. M.. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos Rev. Bras. **Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (4): 483-492, 2005. Pesquisado em URL: http://artigocientifico.com.br/uploads/artc_1140706474_55.pdf

APÊNDICE 1. QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA – VERSÃO FINAL

1. CONTROLE DA AMOSTRA

- 1.1 Maternidade: _____
1.2 Nome da Mulher: _____
1.3 Número do prontuário: _____
1.4 Nome do respons. pelo preenchimento: _____
1.5 Data de entrevista: ____/____/____
1.6 Data do parto: ____/____/____

2. VERIFICAÇÃO NO PRONTUÁRIO E CARTÃO DO PRENATAL ANTES DA ENTREVISTA

2.1 DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO (*dum*)

____/____/____ 3. () Não sabe informar/ não há registros

2.2 DATA DA PRIMEIRA CONSULTA DO PRENATAL

____/____/____ 3. () Não tem / trouxe cartão 4. () Não fez prenatal

2.3 SOROLOGIA PARA O HIV DURANTE A GESTAÇÃO E PARTO

a) PRIMEIRO TRIMESTRE

1. () Sim 2. () Não 3. () Não tem cartão
4. () Não trouxe o cartão 5. () Não tem registrado

RESULTADO

1. () Positivo 2. () Negativo 3. () Não tem cartão
4. () Não trouxe o cartão 5. () Não tem registrado 8. () Não se aplica

Data do resultado: ____/____/____

b) TERCEIRO TRIMESTRE

1. () Sim 2. () Não 3. () Não tem cartão
4. () Não trouxe o cartão 5. () Não tem registrado

RESULTADO

1. () Positivo 2. () Negativo 3. () Não tem cartão
4. () Não trouxe o cartão 5. () Não tem registrado 8. () Não se aplica

Data do resultado: ____/____/____

c) ADMISSÃO NA MATERNIDADE

1. () Sim 2. () Não 3. () Não tem resultado

RESULTADO

1. () Positivo 2. () Negativo 3. () Não tem resultado

Data do resultado: ____/____/____

3. INFORMAÇÕES GERAIS DA MULHER

3.1 DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ (*Documento*)

3.2 RESIDENCIA: MUNCÍPIO _____

3.3 RESIDÊNCIA: BAIRRO _____

4. INDICADORES SOCIAIS E ECONÔMICOS

4.1 QUEM É O(A) CHEFE OU RESPONSÁVEL PELO SUSTENTO DA SUA FAMÍLIA?

1. () A entrevistada
2. () Outra pessoa

4.2 VOCÊ É O QUÊ DO CHEFE DA FAMÍLIA?

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. () Companheira | 5. () Filha / Nora |
| 2. () Irmã | 6. () Empregada domestica |
| 3. () Pessoa responsável | 7. () Pensionista |
| 4. () Agregada | 8. () Individual em domicilio coletivo |

4.3 VOCÊ SABE LER E ESCREVER?

1. () Sim
2. () Não (*vá para a questão 4.7*)

4.4 QUAL FOI A SÉRIE MAIS ELEVADA QUE VOCÊ CONCLUIU?

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. () Primeira | 10. () Ensino médio completo |
| 2. () Segunda | 11. () Supletivo (ensino fundamental) |
| 3. () Terceira | 12. () Supletivo (2º grau) |
| 4. () Quarta | 13. () Ensino superior incompleto |
| 5. () Quinta | 14. () Ensino superior completo |
| 6. () Sexta | 15. () Curso técnico incompleto |
| 7. () Sétima | 16. () Curso técnico completo |
| 8. () Oitava | 17. () Não concluiu nenhuma série |
| 9. () Ensino médio incompleto | 18. () Não se aplica |

4.5 VOCÊ AINDA FREQUENTA A ESCOLA?

1. () Sim
2. () Não (*vá para a questão 4.7*)

4.6 QUAL É A SÉRIE QUE FREQUENTA?

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. () Primeira | 10. () Ensino médio completo |
| 2. () Segunda | 11. () Supletivo (ensino fundamental) |
| 3. () Terceira | 12. () Supletivo (2º grau) |
| 4. () Quarta | 13. () Ensino superior incompleto |
| 5. () Quinta | 14. () Ensino superior completo |
| 6. () Sexta | 15. () Curso técnico incompleto |
| 7. () Sétima | 16. () Curso técnico completo |
| 8. () Oitava | 17. () Não concluiu nenhuma série |
| 9. () Ensino médio incompleto | 18. () Não se aplica |

4.7 NO ÚLTIMO ANO, INCLUINDO O PERÍODO DA SUA GRAVIDEZ, O CHEFE DE SUA FAMÍLIA TRABALHOU?

1. () Sim
2. () Não (*Siga para a questão 4.10*)

4.8 COM O QUÊ O CHEFE DE SUA FAMÍLIA TRABALHOU NESTE ÚLTIMO ANO?

_____ 8. Não se aplica

4.9 QUANTO DE DINHEIRO O CHEFE DE SUA FAMÍLIA RECEBEU NO MÊS PASSADO ATRAVÉS DA OCUPAÇÃO PRINCIPAL?

R\$ _____ 0. () Não tem 8. () Não sabe informar

4.10 NO ÚLTIMO ANO, INCLUINDO O PERÍODO DA GRAVIDEZ, VOCÊ TRABALHOU?

- 1. () Sim
- 2. () Não (Siga para a questão 4.13)

4.11 QUANTO DE DINHEIRO VOCÊ RECEBEU NO MÊS PASSADO ATRAVÉS DO SEU TRABALHO?

R\$ _____ 0. () Não tem 8. () Não sabe informar

4.12 EM QUE VOCE TRABALHA? _____

- 8. () Não se aplica

4.13 VOCÊ OU ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA RECEBE ALGUM DINHEIRO DE APOSENTADORIA OU BENEFÍCIO (bolsa família)?

- 1. () Sim
- 2. () Não

4.14 QUANTO DE DINHEIRO VOCÊS RECEBERAM DE APOSENTADORIA OU BENEFÍCIO NO ÚLTIMO MÊS? (totalizando o entrevistado e alguém da família)

- 1. () R\$ _____ N° S.M. _____
- 2. () Não sabe
- 3. () Não quis informar
- 8. () Não se aplica

4.15 QUAL É O SEU ESTADO CONJUGAL?

- 1. () Unida (casada ou em união consensual)
- 2. () Não unida (solteira)
- 3. () Não quer informar

5. INFORMAÇÕES DO PRENATAL

5.1 QUANTAS VEZES VOCÊ JÁ FICOU GRÁVIDA CONTANDO COM ESTA ÚLTIMA GRAVIDEZ? (todas as gravidezes, incluindo abortos e fetos mortos)

_____ (vezes)

5.2 VOCÊ FEZ PRENATAL NESTA ÚLTIMA GRAVIDEZ?

- 1. () Sim
- 2. () Não (vá para a questão 6)

5.3 COMO FOI FEITA A MARCACAÇÃO DA 1ª CONSULTA DO PRENATAL?

- 1. () A própria gestante ou familiares marcavam a consulta na unidade de saúde
- 2. () A marcação era feita apenas por agentes comunitários de saúde
- 3. () Não era necessário marcar (demanda espontânea)
- 4. () A marcação era feita apenas por telefone
- 8. () Não se aplica

5.4 COMO ERA FEITA A MARCAÇÃO DAS PRÓXIMAS CONSULTAS DE PRENATAL?

- 1. () A própria gestante ou familiares voltavam à unidade de saúde para marcar a consulta.
- 2. () A marcação era feita apenas por agentes comunitários de saúde.
- 3. () A marcação da próxima consulta era feita logo após o atendimento no prenatal.
- 4. () Não era necessário marcar, a gestante voltava quando quisesse (demanda espontânea).
- 5. () A marcação era feita apenas por telefone

8. () Não se aplica

5.5 QUANDO VOCE IA MARCAR CONSULTAS NA UNIDADE DE SAUDE PARA FAZER O PRE-NATAL, NORMALMENTE EM QUE HORÁRIO PRECISAVA CHEGAR PARA CONSEGUIR VAGA (ficha)?

8. () Não se aplica

5.6 VOCÊ TEVE ALGUMA DIFICULDADE PARA MARCAR CONSULTAS DURANTE O PRENATAL? *(tentou marcar mas não conseguiu, deslocamento difícil para o serviço, passagem para ônibus, não ter com quem deixar os filhos.)*

1. () Sim

2. () Não (vá para a questão 5.8)

8. () Não se aplica

5.7 QUAL FOI A PRINCIPAL DIFICULDADE PARA REALIZAR O PRENATAL?

8. () Não se aplica *(se não houve dificuldades)*

5.8 QUANTAS CONSULTAS DE PRENATAL VOCÊ FEZ ATÉ O MOMENTO DO PARTO?

(____) consultas

8. () Não se aplica

5.9 EM QUAL SERVIÇO VOCÊ FEZ A PRIMEIRA CONSULTA DE PRENATAL?

1. () Hospital _____

2. () Policlínica _____

3. () Posto de saúde da família

4. () Unidade Básica de Saúde (UBS)

5. () Consultório particular

8. () Não se aplica

5.10 VOCÊ COMEÇOU E TERMINOU O PRENATAL NO MESMO SERVIÇO?

1. () Sim (Vá para a questão 5.14)

2. () Não

8. () Não se aplica

5.11 FEZ QUANTAS CONSULTAS NESTE PRIMEIRO SERVIÇO?

8. () Não se aplica

5.12 EM QUE OUTRO SERVIÇO VOCÊ FEZ O PRENATAL?

1. () Hospital _____

2. () Policlínica _____

3. () Posto de saúde da família

4. () Unidade Básica de Saúde (UBS)

5. () Consultório particular

8. () Não se aplica

5.13 FEZ QUANTAS CONSULTAS NESTE OUTRO SERVIÇO?

8. () Não se aplica

5.14 VOCE ESTAVA COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ QUANDO INICIOU O PRENATAL?

_____ meses

8. () Não se aplica

5.15 QUEM FOI O PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE FEZ O SEU PRENATAL NA PRIMEIRA UNIDADE DE SAÚDE?

- 1. () Médico (a)
- 2. () Enfermeiro (a)
- 3. () Médico/enfermeiro (a)
- 4. () Não sabe informar
- 8. () Não se aplica

5.16 QUEM FOI O PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE FEZ O SEU PRENATAL NA SEGUNDA UNIDADE DE SAÚDE?

- 1. () Médico (a)
- 2. () Enfermeiro (a)
- 3. () Médico/enfermeiro (a)
- 4. () Não sabe informar
- 8. () Não se aplica

6. TESTE ANTI - HIV

6.1 VOCÊ SABE OU JÁ OUVIU FALAR NO TESTE ANTI - HIV?

- 1. () Sim
- 2. () Não

6.2 SABE PARA QUE SERVE ESTE TESTE?

- 1. () Sim
- 2. () Não

6.3 PARA QUE SERVE O TESTE ANTI-HIV NA GESTAÇÃO?

- 1. () Para evitar a infecção pelo HIV na gestante
- 2. () Para evitar a sífilis na gestante e no bebê durante a gravidez, o parto e amamentação
- 3. () Para evitar a infecção pelo HIV no bebê durante a gravidez, o parto e amamentação
- 4. () Não sei

6.4 DURANTE A SUA GRAVIDEZ O PROFISSIONAL QUE FEZ SEU PRENATAL PEDIU O TESTE ANTI-HIV?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 8. () Não se aplica

6.5 ANTES DE PEDIR O TESTE, O PROFISSIONAL EXPLICOU PARA QUE SERVE ESTE TESTE?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 8. () Não se aplica

6.6 O PROFISSIONAL PERGUNTOU SE VOCÊ QUERIA FAZER O TESTE, ANTES DE SOLICITAR?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 8. () Não se aplica

6.7). VOCÊ TEVE ALGUMA OPORTUNIDADE DE FAZER O TESTE? *(se algum profissional de saúde ofereceu o teste, ou se em alguma unidade de saúde o teste foi oferecido)* *(perguntar para as mulheres que não fizeram prenatal)*

1. () Sim

2. () Não

8. () Não se aplica

6.8 NO CASO DE TER FEITO O PRENATAL EM MAIS DE UM SERVIÇO, EM QUAL SERVIÇO FOI PEDIDO O TESTE ANTI-HIV? (Pode ser marcada mais de uma alternativa)

1. () Hospital _____

2. () Policlínica _____

3. () Posto de saúde da família

4. () Consultório particular

5. () Nos dois serviços

8. () Não se aplica

6.9 O TESTE ANTI-HIV FOI PEDIDO NA 1ª CONSULTA DO PRENATAL?

1. () Sim

2. () Não

8. () Não se aplica

6.10 VOCÊ FEZ O TESTE ANTI-HIV NA GESTAÇÃO?

1. () Sim

2. () Não (vá para a questão 6.12)

6.11 ONDE VOCÊ FEZ O TESTE ANTI-HIV?

1. () No mesmo local que fez o prenatal

2. () Laboratório

3. () Outros. Especificar _____

8. () Não se aplica

6.12 TEVE ALGUMA DIFICULDADE PARA FAZER O TESTE (para marcar o teste, para chegar ao local onde o teste é feito)?

1. () Sim

2. () Não (Vá para a questão 6.14)

8. () Não se aplica

6.13 QUAL FOI A DIFICULDADE?

1. () Distância de casa (tem que pegar ônibus ou andar longas distâncias)

2. () Não tinha passagem para ônibus

3. () Não tinha com quem deixar os filhos

4. () Falta de tempo

5. () Outros _____

8. () Não se aplica

6.14 O LOCAL QUE VOCÊ FEZ O TESTE ANTI-HIV FOI O MESMO ONDE FEZ OS OUTROS EXAMES SOLICITADOS NO PRENATAL?

1. () Sim

2. () Não

8. () Não se aplica

6.15 COM QUANTOS MESES DE GESTAÇÃO VOCE FEZ O TESTE ANTI-HIV?

_____ meses

8. () Não se aplica

6.16 QUANTO TEMPO (EM DIAS) LEVOU PARA SAIR O RESULTADO?

_____ dias

8. () Não se aplica

6.17 CASO NÃO TENHA FEITO O TESTE, QUAL FOI O MOTIVO?

1. () Não fez o prenatal

2. () Fez prenatal, mas o exame não foi solicitado

3. () Fez prenatal, o exame foi solicitado, mas não achou importante fazê-lo

4. () Não fez prenatal, o exame foi solicitado, mas não achou importante fazê-lo
5. () Teve medo do resultado
6. () Quis fazer, mas não conseguiu. Motivo _____)
7. Outros. _____
8. () Não se aplica

6.18 VOCÊ RECEBEU O RESULTADO DO SEU TESTE ANTI-HIV DURANTE O PRENATAL?

1. () Sim
2. () Não (*vá para a questão 6.21*)
8. () Não se aplica

6.19 COMO FOI FEITA A ENTREGA DO RESULTADO DO SEU TESTE ANTI-HIV?

1. () O exame foi para a unidade de saúde que fez o prenatal e o profissional que abriu e informou o resultado
2. () A gestante foi buscar o resultado na unidade de saúde que fez a coleta
3. () O agente de saúde entregou o resultado em casa
8. () Não se aplica

6.20 QUAL FOI O RESULTADO DO TESTE?

1. () Positivo
2. () Negativo
3. () Indeterminado
4. () Não quer informar
5. () Não sabe informar
8. () Não se aplica

6.21 CASO NÃO TENHA RECEBIDO O RESULTADO, QUAL FOI O MOTIVO?

1. () Não ficou pronto a tempo
2. () Não achou importante
3. () Medo do resultado
4. () Não foi possível ir buscar. (Motivo: _____)
5. () Outros. _____
8. () Não se aplica

6.22 QUANDO RECEBEU O RESULTADO DO TESTE, VOCÊ RECEBEU EXPLICAÇÕES SOBRE O SIGNIFICADO DO RESULTADO?

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe informar
8. () Não se aplica

7. OPORTUNIDADE DA ÚLTIMA GRAVIDEZ

7.1 VOCÊ ESTAVA PRETENDENDO ENGRAVIDAR QUANDO SOUBE DESTA ÚLTIMA GRAVIDEZ?

1. () Sim
2. () Não
3. () Não quer informar

7.2 VOCÊ ESTAVA USANDO ALGUM MÉTODO PARA EVITAR GRAVIDEZ QUANDO ENGRAVIDOU NESTA ÚLTIMA VEZ?

1. () Sim
2. () Não
3. () Não quer informar

7.3 ESPECIFIQUE:

1. ☐ pílula
2. ☐ injeção
3. ☐ camisinha
4. ☐ coito interrompido (gozar fora)
5. ☐ DIU
8. ☐ Não se aplica

8. FATORES COMPORTAMENTAIS

8.1 VOCE USA OU JÁ USOU DROGAS? (*maconha, cola, crack, cocaína, ecstasy ect.*)

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
3. ☐ Não quer informar

8.2 QUANTOS PARCEIROS SEXUAIS VOCÊ JÁ TEVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1. ☐ um
2. ☐ mais de um
3. ☐ Não quer informar

8.3 O SEU PARCEIRO ATUAL TRANSA COM OUTRAS PESSOAS?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
3. ☐ Não tem parceiro fixo
4. ☐ Não tem parceiro sexual há ____ meses
5. ☐ Não sabe informar
6. ☐ Não quer informar

8.4 Se a resposta foi sim, perguntar: ELE TRANSA APENAS COM MULHERES?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
3. ☐ Não sabe informar
4. ☐ Não quer informar
8. ☐ Não se aplica

8.5 SEU PARCEIRO TEM HIV?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
3. ☐ Não tem parceiro fixo
4. ☐ Não tem parceiro sexual há ____ meses
5. ☐ Não sabe informar
6. ☐ Não quer informar

8.6 VOCÊ JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA QUE PEGA ATRAVÉS DA RELAÇÃO SEXUAL?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
3. ☐ Não sabe informar
4. ☐ Não quer informar

Se a resposta foi sim, qual (is)? _____

9. INFORMAÇÕES DO PARTO

9.1 COMO VOCÊ TEVE O SEU BEBÊ?

1. ☐ por parto normal
2. ☐ por operação cesariana marcada

3. () por operação cesariana de emergência

10. AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SE REALIZADAS APENAS PARA MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV

10.1 QUANDO RECEBEU O RESULTADO DA SOROLOGIA PARA O HIV VOCÊ RECEBEU ORIENTAÇÕES SOBRE:

a) seu tratamento:

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

b) seu acompanhamento em serviço especializado:

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

c) a transmissão do HIV para seu bebê durante a gestação, no parto e pela amamentação?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

d) sobre a alimentação do bebê?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

e) sobre os cuidados com as mamas?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

f) sobre o acompanhamento do bebê em serviço especializado para crianças que foram expostas ao HIV?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

10.2 VOCÊ TOMOU MEDICAÇÃO NA VEIA PARA EVITAR A TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO PARA O BEBÊ ANTES DO SEU PARTO?

- 1. () Sim

- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

10.3 SEU BEBÊ ESTÁ TOMANDO AZT XAROPE?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

10.4 EM ALGUM MOMENTO SEU BEBÊ FOI AMAMENTADO?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

10.5 OUTRA MULHER AMAMENTOU SEU BEBÊ PELO MENOS UMA VEZ?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 3. () Não sabe informar
- 4. () Não quer informar
- 8. () Não se aplica

**Muito obrigada por sua atenção e pela ajuda que nos deu em nosso trabalho. Seu esforço ajudará para identificar problemas que devem ser corrigidos para melhorar a qualidade de nossos serviços de prenatal e parto em favor das mães e dos bebês.
Desejamos tudo de bom para Senhora e seu bebê!**

APÊNDICE II -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Realizaremos um estudo com o objetivo de identificar os fatores associados à falta de conhecimento do resultado do exame anti-HIV coletado no prenatal em puérperas atendidas em maternidades de referência para gravidez de baixo risco, no ano de 2010.

Você está sendo convidada a participar deste estudo, com o título: Fatores relacionados ao desconhecimento do resultado da sorologia para o HIV entre gestantes na cidade do Recife, Pernambuco por meio de uma entrevista, que será realizada no alojamento conjunto do Hospital que você está internada, de acordo com sua disponibilidade de tempo. É garantida a sua privacidade e livre expressão de aspectos importantes da sua história.

Informamos ainda que o processo de coleta de dados obedece ao que é exigido na resolução 196/96 que cria normas para pesquisas envolvendo seres humanos e que acarretará risco mínimo para a integridade física e moral tendo caráter confidencial e sigiloso, participando assim apenas os que concordarem de livre e espontânea vontade. Você poderá desistir de participar do estudo em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa sem prejuízo ao seu acompanhamento na instituição.

Os resultados obtidos através deste estudo serão utilizados para fins científicos. Será elaborado um relatório final da pesquisa, no formato de dissertação de mestrado e artigos para publicação em eventos científicos. Todos os dados obtidos serão publicados sem a identificação dos nomes, com a finalidade de resguardar as identidades das participantes da pesquisa. Os resultados desta pesquisa pretendem contribuir para a melhoria da assistência prenatal prestada às mulheres.

Certos de contarmos com a sua participação, agradecemos e solicitamos que leia e assine o termo de consentimento livre e esclarecido, uma cópia deste termo de consentimento ficará com os pesquisadores e uma cópia ficará com você. Para quaisquer esclarecimentos você poderá entrar em contato com os pesquisadores nos telefones indicados abaixo.

Centro de Ciências da Saúde da UFPE

Av Prof Moraes Rego, s/n
Hospital das Clínicas, Bloco “E” – 4º Andar
Cidade Universitária CEP: 50.670-901 - Recife - PE
Fone/Fax: (81) 2126.3766 – Fone: 2126-8552 / 21268550

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ afirmo que li e entendi todas as afirmações neste documento concordando assim em participar espontaneamente desse estudo.

Data __/__/__

PARTICIPANTE

JULIANA DA SILVA NOGUEIRA CARVALHO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

APÊNDICE III
DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS
PREDITORAS

Variáveis do perfil sócio econômico

a) Município – município de residência – definida como local de residência da puérpera, categorizada como: 1 – Recife; 2 – Olinda; 3 – Jaboatão dos Guararapes; 4 – Outros (Municípios vizinhos na região metropolitana - Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Itapissuma, Itamaracá, Camaragibe, São Lourenço da Mata, Moreno, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca).

b) Idade – Idade da entrevistada em anos categorizada em: 1 – 12 a 19 anos, 2 – 20 a 29 anos, 3 – 30-34 anos, 4 – 35 - 44 anos.

c) Escolaridade – Definida como anos completos de estudo conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação LDB (Nº 9.394 de 20/12/96), utilizada nas estatísticas do Ministério da Educação e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Recategorizada em dois grupos: nenhum ano de estudo até Ensino fundamental completo; Ensino médio até ensino técnico ou superior completo.

d) Estado conjugal – definida como a situação conjugal durante a gestação, conforme informação fornecida pela puérpera. Categorizada como: 1 – Unida; 2 – Não unida e 9 – Não quer informar

e) Chefe da família – Pessoa responsável pelo sustento financeiro da família. Categorizada em 1- Entrevistada, 2 – Outra pessoa.

f) Parentesco – Parentesco da entrevistada com o chefe da família. Categorizada em: 1- Companheira, 2 – Outros (filha, neta, sobrinha, agregada), 3 – a entrevistada.

Trabalhar em atividade remunerada – definida como a realização de algum trabalho remunerado. Categorizada como 1 - sim ou 2 - não.

f) Renda do indivíduo – Definida como 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.

g) 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.

Variáveis do perfil comportamental

a) Gestação pretendida – Se a mulher pretendia engravidar quando soue da última gravidez. Categorizada como: 1- sim e 2 – Não.

b) Uso de método contraceptivo ao engravidar – Se a mulher estava usando algum método contraceptivo ao saber da última gravidez. Categorizada como: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não quer informar.

c) Qual método contraceptivo – Qual era o método contraceptivo que estava usando ao saber da última gravidez. Categorizada como: 1- Não usou método 2 - Métodos hormonais, 3- Camisinha ou outros métodos de barreira.

d) Parceria sexual da mulher – Quantidade de parceiros sexuais da mulher no último ano. Categorizada em: 1 – Um, 2 – Dois ou mais, 3 – Não quer informar.

e) Parceiro tem outras parcerias sexuais – Se o parceiro tem ou teve outras parcerias sexuais no último ano. Categorizada em: 1 – Sim, 2 – Não, 3 - Não tem parceiro sexual fixo, 4 - Sem parceiro há meses, 5 - Não sabe informar.

f) Uso de drogas – Se a entrevistada usou drogas no último ano, inclusive no período da gravidez. Categorizada em 1- Sim e 2 - Não.

g) Histórico de DST – Se a entrevistada teve alguma doença sexualmente transmissível no último ano. Categorizada em: 1-1 Sim, 2- Não e 3 – Não sabe informar.

h) Qual DST – Qual DST que a entrevistada teve no último ano (informação referida). Categorizada em: 1 – Candidíase, 2 - Condiloma acuminado, 3 – Gonorréia, 4 - Herpes genital, 5 – HPV, 6 – Sífilis, 7 – HIV, 8 - Não sabe.

Variáveis relacionadas com a gestação atual

a) Paridade - definida como o número total de gestações incluindo a gestação atual. Categorizada como: 1 – uma; 2 – duas ou mais.

b) Realização do prenatal – Se a mulher freqüentou as consultas de prenatal na gravidez atual. Categorizada em: 1 - Sim e 2 - Não.

c) Idade gestacional que iniciou o prenatal – Idade gestacional que iniciou o prenatal. Categorizada meses de gravidez. 1 – 1º ao 3º mês, 2 – 4º ao 6º mês, 3 – 7º ao 9º mês.

d) Trimestre de início do prenatal – Variável **Idade gestacional que iniciou o prenatal**, categorizada por trimestre de gestação. 1 - 1º trimestre e 2 – 2º ou 3º trimestre.

e) Local de realização do prenatal – Local onde realizou a assistência prenatal. Categorizada como: 1 - USF / UBS (ref), 2 – Hospital, 3 – Policlínica, 4 -Consultório particular, 5- Não fez prenatal.

f) Começou e terminou o prenatal no mesmo local? Se iniciou e terminou o prenatal na mesma unidade de saúde. Categorizada em: 1 - Sim (ref), 2- Não.

g) Quantidade de consultas de prenatal – Categorizada em: 1 = Nenhuma consulta, 2 = 1 a 3 consultas (ref), 3 = 4 a 6 consultas, 4 = 7 a 11 consultas, 5 = 12 a 18 consultas.

h) Realização do teste anti-HIV no prenatal – Categorizada em: 1 – Sim, 2 – Não e 3 - Não sabe.

i) Realização de aconselhamento pré-teste – Se recebeu orientações sobre o teste anti-HIV antes de ser testada. Categorizada em: 1 - Sim (ref), 2 – Não, 3 - Não sabe, 4 - O teste não foi oferecido.

j) Realização de aconselhamento pós-teste – Se recebeu explicações sobre o resultado do teste anti-HIV. Categorizada em: 1 - Sim (ref), 2 – Não, 3 - Não sabe, 4 - Não fez o teste ou não recebeu o resultado.

k) Consentimento para realizar o teste – Se o profissional perguntou se a paciente queria fazer o teste, após o aconselhamento. Categorizada em: 1 – Sim, 2 - Não / Não sabe (ref) e 3 – O Teste não foi oferecido.

l) Dificuldades para realizar o teste – Se enfrentou alguma dificuldade para realizar o teste anti-HIV (acesso, distância de casa, vagas, etc.) – Categorizada em: 1 – Sim, 2 – Não (ref), 3 - Não fez prenatal ou não fez o teste.

m) Local de realização do teste – Categorizada em: 1 - Laboratório (ref), 2 - No mesmo local do Pré- natal, 3 - Outros (CTA, campanha, hospitais), 4 - Não fez o teste.

n) Idade gestacional que fez o 1º teste – Idade gestacional que tinha quando foi submetida ao primeiro teste da gravidez. 1 = Não fez teste, 2 = 1 – 3 meses, 3 = 4 – 6 meses, 4 = 7 – 9 meses.

o) Idade gestacional que fez o 2º teste – Idade gestacional que tinha quando foi submetida ao segundo teste da gravidez. 1 = Não fez teste, 2 = 1 – 3 meses, 3 = 4 – 6 meses, 4 = 7 – 9 meses.

p) Recebeu o resultado ainda na gestação – Se recebeu resultado da sorologia para o HIV ainda durante a gestação (informação referida pela puérpera). Categorizada em: 1 – Sim, 2 – Não, 3 - Não sabe, 4 - Não fez teste no Prenatal.

q) Resultado do prenatal referido pela puérpera - Variável **Recebeu o resultado ainda na gestação**, recategorizada em: 1 – Sim e 2 – Não.

r) Tempo em dias para receber o resultado – Categorizada em: 1 = Recebeu na hora (ref), 2 = 1 a 15 dias, 3 = 16 a 30 dias, 4 = 35 a 150 dias, 5 = Dados perdidos / não recebeu resultado.

s) Como foi feita a entrega do resultado do prenatal – Categorizada em: 1 - A gestante foi buscar no local que fez a coleta (ref), 2 - O exame foi para a unid. saúde / o ag. saúde entregou em casa, 3 - Não recebeu resultado.

t) Qual o resultado teste do prenatal – Resultado da sorologia para o HIV referido pela puérpera. Categorizada em: 1 – Positivo, 2 – Negativo, 3 - Não sabe informar, 4 - Não recebeu resultado.

u) Motivo das que não receberam o resultado – Motivo alegado pelas mulheres que informaram não ter recebido o resultado do teste anti-HIV do prenatal. Categorizada em: 1 - Não ficou pronto a tempo, 2 - Não foi possível ir buscar / mudou-se de endereço e não foi buscar / não tinha dinheiro para o ônibus / o exame não foi encontrado no laboratório, 3 - Recebeu o resultado.

v) Motivo das que não fizeram o teste - Motivo alegado pelas mulheres que não fizeram o teste anti-HIV no prenatal. Categorizada em: 1 - Não fez o prenatal, 2 - Fez prenatal, mas o exame não foi solicitado, 3 - Fez prenatal, o exame foi solicitado, mas não achou importante fazê-lo, 4 - Teve medo do resultado, 5 - Quis fazer, mas não conseguiu, 6 - Fez o teste.

APÊNDICE 4 – IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS – BANCO DE DADOS (EPI-INFO)

GRUPO	PERGUNTA	NOME DO CAMPO (VARIÁVEL)	TIPO DE VARIÁVEL	VALOR LEGAL / FORMATO / FAIXA
1. CONTROLE DA AMOSTRA	1.1 Nome da Maternidade	mat	texto	_____
	1.2 Nome da Mulher	nome	texto	_____
	1.3 Número do prontário	pront	número	#####
	1.4 Data entrevista	date	Data	DD/MM/AAAA
	1.5 Data do parto	datepart	Data	DD/MM/AAAA
2. VERIFICAÇÃO NO PRONTUÁRIO ANTES DA ENTREVISTA	2.1 Data da última menstruação	dum	Data	DD/MM/AAAA 00/00/0000 – Não sabe informar / Não tem registro
	2.2 Data da primeira consulta do prenatal	date1cons	Data	DD/MM/AAAA 00/00/0000 – Não tem cartão / não fez prenatal
	2.3.1 Sorologia para o HIV na gestação primeiro trimestre	soro1tri	número	# - sendo: 1 – Não 2 – Sim 3 – Não tem cartão 4 - Não trouxe cartão
	2.3.2 Resultado sorologia para o HIV na gestação primeiro trimestre	res1tri	número	# - sendo: 1 – Positivo 2 – Negativo 3 – Não tem cartão 4 - Não trouxe cartão 8 - Não se aplica Data do resultado: dd/mm/aaaa
	2.3.3 Sorologia para o HIV na gestação terceiro trimestre	soro3tri	número	# - sendo: 1 – Não 2 – Sim 3 – Não tem cartão 4 - Não trouxe cartão
	2.3.4 Resultado sorologia para o HIV na gestação	res3tri	número	# - sendo: 1 – Positivo 2 – Negativo

	terceiro trimestre			3 – Não tem cartão 4 - Não trouxe cartão 8 - Não se aplica Data do resultado: dd/mm/aaaa
	2.3.5 Sorologia para o HIV na admissão na maternidade	soradmat	número	# - sendo: 1 – Não 2 – Sim 3 – Não fez o teste / não tem registro no prontuário
	2.3.6 Resultado sorologia para o HIV na gestação na admissão na maternidade	resormat	número	# - sendo: 1 – Positivo 2 – Negativo 3 – Não fez o teste / não tem registro no prontuário 8 - Não se aplica Data do resultado: dd/mm/aaaa
3. Informações gerais da mulher	3.1 Data de nascimento	datenasc	Data	DD/MM/AAAA
	3.2 Residência (bairro/município)	localresid	texto	_____ —
4. Indicadores Sociais e econômicos	4.1 Chefe/responsável da família	chefam	número	## - sendo: 1 – a entrevistada 2 – outra pessoa
	4.2 Você é o que do chefe da família	parentesc	número	## - sendo: 1. Companheira 2. Irma 3. Pessoa responsável 4. Agregada 5. Filha / nora / sobrinha 6. Empregada domestica 7. Pensionista 8. Individual em domicilio coletivo
	4.3 Sabe ler e escrever	alfabetiz	número	# - sendo: 1 – sim 2 - não
	4.4 Frequenta a escola	freqescl	número	# - sendo: 1 – sim 2 - não
	4.5 Qual a série que frequenta	estud	número	## - sendo: 1. Primeira 2. Segunda 3. Terceira 4. Quarta

				5. Quinta 6. Sexta 7. Setima 8. Oitava 9. Ensino medio incompleto 10. Ensino medio completo 11. Supletivo (ensino fundamental) 12. Supletivo (2º grau) 13. Ensino superior incompleto 14. Ensino superior completo 15. Curso tecnico incompleto 16. Curso tecnico completo 17. Não sabe informar 18. Não se aplica
	4.6 Série mais elevada que já concluiu	exestud	número	## - sendo: 1. Primeira 2. Segunda 3. Terceira 4. Quarta 5. Quinta 6. Sexta 7. Setima 8. Oitava 9. Ensino medio incompleto 10. Ensino medio completo 11. Supletivo (ensino fundamental) 12. Supletivo (2º grau) 13. Ensino superior incompleto 14. Ensino superior completo 15. Curso tecnico incompleto 16. Curso tecnico completo 17. Não sabe informar 18. Não se aplica
	4.7 O chefe da família trabalhou nu último ano	chefwork	número	# - sendo: 1 – sim 2 - não
	4.8 Ocupação chefe família	ocupchef	texto	8. Não se aplica

	4.9 Renda chefe família	rendchef	números	####,## 0000,00 – Não tem renda
	4.10 A entrevistada trabalhou no último ano	puerwork	números	# - sendo: 1 – sim 2 - não
	4.11 Renda entrevistada	rendpuer	numeros	####,## 0000,00 – Não tem renda
	4.12 Ocupação entrevistada	ocupuer	texto	8. Não se aplica
	4.13 Renda por benefício ou pensão	rendbenf	número	# - sendo: 1 – sim 2 - não
	4.14 Renda por benefício / aposentadoria família	rendben	número	####.## 0000,00 – Não tem renda
	4.15 . Estado conjugal	estconj	número	# - sendo: 1-Unida (casada ou em união consensual) 2-Não unida (solteira) 3-Não quer informar
5. Informações do prenatal	5.1 Quantas gravidezes	parid	número	##
	5.2 Fez prenatal nesta gravidez	pnt	número	# - sendo: 1 – sim 2 - não
	5.3 Como é feita a marcação do prenatal	marcpnt	número	# - sendo: 1. A própria gestante ou familiares marcam a consulta na unidade de saúde 2. A marcação era feita apenas por agentes comunitarios de saúde 3. Não é necessário marcar (demanda espontanea) 4. A marcação era feita apenas por telefone 8. Não se aplica
	5.4 Como era feita a marcação das consultas subsequentes	consubs	número	# - Sendo: 1 – A própria gestante ou familiares voltavam à unidade para marcar a consulta 2 – A marcação era

				feita apenas por agentes comunitários de saúde 3 – A marcação da próxima consulta era feita logo após o atendimento do prenatal 4 – Não era necessário marcar (demanda espontânea) 5 – A marcação era feita apenas por telefone 8 – Não se aplica
	5.5 Horário de marcação da consulta de pré-natal	hormarc	número	### 00:00 – Não se aplica
	5.6 Houve dificuldade para marcação de consulta de prenatal	difmarc	número	# - Sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica
	5.7 Principal dificuldade	prncdif	texto	8. Não se aplica
	5.8 Quantas consultas de prenatal no total	Ncnspt	número	## 00 – Nenhuma consulta
	5.9 Onde começou o prenatal	1locpnt	número (#)	# - sendo: 1. Hospital 2. Policlínica 3. Posto de saúde da família 4. Unidade básica de saúde (UBS) 4. Consultório particular 8. Não se aplica
	5.10 Começou e terminou o prenatal no mesmo serviço	mudlcpnt	número	# - Sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica
	5.11 Quantidade de consultas no primeiro serviço	qntcons1serv	número	## 00 – Nenhuma consulta
00	5.12 Outro serviço de prenatal	2locpnt	número	# - sendo: 1. Hospital 2. Policlínica 3. Posto de saúde da família 4. Unidade básica de saúde (UBS)

				4. Consultorio particular 8. Nao se aplica
	5.13 Quantidade de consultas no segundo serviço	Ncns2srv	número	## 00 – nenhuma consulta
	5.14 Idade gestacional quando iniciou o prenatal	igincpnt	número	# 00 – Não fez prenatal
	5.15 Profissional de saúde que fez as consultas de prenatal no primeiro serviço	prof1pnt	número	# - sendo: 1. Medico (a) 2. Enfermeiro (a) 3. Medico/enfermeiro (a) 4. Não sabe informar 8. Nao se aplica
	5.16 Profissional de saúde que fez as consultas de prenatal no segundo serviço	prof2pnt	número	# - sendo: 1. Medico (a) 2. Enfermeiro (a) 3. Medico/enfermeiro (a) 4. Não sabe informar 8. Não se aplica
6. Teste anti-HIV	6.1 Sabe ou já ouviu falar sobre o teste anti-HIV	knowtest	número	# - sendo: 1 – Sim 2 - Não
	6.2 Sabe para que serve	utiltest	número	# - sendo: 1 – Sim 2 - Não
	6.3 Para que serve o teste	conhec	número	# - sendo: 1 – Para evitar a infecção pelo HIV na gestante 2 – Para evitar a sífilis na gestante e no bebê durante a gravidez, o parto e amamentação 3 – Para evitar a infecção pelo HIV no bebê durante a gravidez, o parto e amamentação 4 – Não sei
	6.4 O teste foi pedido durante o prenatal	soltestpnt	número	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
	6.5 O profissional explicou para que serve o teste	acnctest	número	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
	6.6 O profissional	constest	número	# - sendo: 1 – Sim

	perguntou se queria fazer o teste			2 – Não 8 - Não se aplica
	6.7 Teve oportunidade de fazer o teste (para quem não fez Prenatal)	oportest	número	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
	6.8 Para quem fez prenatal em mais de um serviço, qual deles solicitou o teste	locsoltest	número	# - sendo: 1. Hospital 2. Policlínica 3. Posto de saúde da família 4. Unidade básica de saúde (UBS) 4. Consultório particular 5. Nos dois serviços 8. Não se aplica
	6.9 O teste foi pedido na 1ª consulta de prenatal	sol1cons	número	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
	6.10 Fez o teste na gestação	feztest	número	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
	6.11 Onde fez o teste	loctest	Número	# - sendo: 1. No mesmo local que fez o pre-natal 2. Laboratório 3. Outros (CTA).
	6.12 Teve dificuldade para fazer o teste	diftest	número	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
	6.12 Qual foi a dificuldade	qualdific	número	# - sendo: 1. Distância de casa (tem que pegar ônibus ou andar longas distâncias) 2. Não tinha passagem para ônibus 3. Não tinha com quem deixar os filhos 4. Falta de tempo 5. Outros 8 – Não se aplica
	6.13 Fez todos os exames do prenatal no mesmo local	msmloc	número	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
	6.14 Com	igteste	números	##

	quantos meses de gestação fez o teste			00 – Não fez o teste
	6.15 Quanto tempo saiu o resultado	timeres	números	### 00 – não saiu resultado 99 – Não fez teste
	6.16 Motivo para não fazer o teste	mtvNtest	números	# - sendo: 1. Não fez o pre-natal 2. Fez pre-natal, mas o exame nao foi solicitado 3. Fez pre-natal, o exame foi solicitado, mas nao achou importante faze-lo 4. Nao fez pre-natal, o exame foi solicitado, mas nao achou importante faze-lo 5. Teve medo do resultado 6. Quis fazer, mas nao conseguiu 7. Não se aplica
	6.17 Recebeu o resultado durante a gravidez	respnt	número	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
	6.18 Como foi feita a entrega do resultado	entres	Números	# - sendo: 1. O exame foi para a unidade de saude que fez o pre-natal e o profissional e quem abre e informa o resultado 2. A gestante foi buscar o resultado na unidade de saude que fez a coleta 3. O agente de saude entregou o resultado no domicilio 8. Nao se aplica
	6.19 Qual foi o resultado	result	Números	# - sendo: 1 – Positivo 2 – Negativo 3 – Indeterminado 4 – Nao quer informar 8 – Não se aplica
	6.20 Motivo para não pegar o resultado	mtvNres	Números	# - sendo: 1. Nao ficou pronto a tempo 2. Nao achou importante 3. Medo do resultado 4. Nao pode ir buscar. 8. Não se aplica
	6.21 Recebeu	acnstest	número	# - sendo:

	explicações sobre o resultado do exame			1 – Sim 2 – Não 8 - Não se aplica
7. Oportunidade da última gravidez	7.1 Estava querendo engravidar quando soube da última gravidez	gestpret	Números	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 3 – Não quer informar
	7.2 Estava usando algum método contraceptivo quando engravidou	contracep	Números	# - sendo: 1 – Sim 2 – Não 3 – Não quer informar
	7.3 Qual método	metd	Números	# - sendo: 1- pilula 2 –injecao 3 –camisinha 4 – coito interrompido (gozar fora) 5 – DIU 8 – Não se aplica
8. Fatores comportamentais	8.1 Usa ou já usou drogas	drug	Números	# - sendo: 1 – Sim 2 – Nao 3 – Nao quer informar
	8.2 Quantos parceiros sexuais nos últimos 12 meses	qtparcM	Números	# - sendo: 1 - um 2 – mais de um 3 - Nao quer informar
	8.3 Parceiro sexual tem outras parcerias	qtdparcH	Números	# - sendo: 1 – Sim 2 – Nao 3 – Nao tem parceiro fixo 4 – Nao tem parceiro sexual 5 – Não sabe informar 6 – Não quer informar
	8.4 Transa apenas com mulheres	parchts	Números	# - sendo: 1 – Sim 2 – Nao 3 – Não sabe informar 4 – Não quer informar 8 – Não se aplica
	8.5 Parceiro é HIV positivo	parhiv+	Números	# - sendo: 1 – Sim 2 – Nao 3 – Nao tem parceiro fixo 4 – Nao tem parceiro sexual 5 – Não sabe informar 6 – Não quer informar

	8.6 Já teve DST	dst	Números	# - sendo: 1 – Sim 2 – Nao 3 – Nao sabe informar 4 – Nao quer informar
9. Informações do parto	9.1 Qual tipo de parto	tipoparto	número	# - sendo: 1 - por parto normal 2 - por operação cesariana marcada 3 - por operação cesariana de emergência
10. Perguntas para mulheres positivas para o HIV	10.1a Orientações sobre o tratamento	ortto	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.1b Orientações sobre acompanhamento em serviço especializado	oracomp	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.1c Orientações sobre Transmissão vertical	orTV	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.1d Orientações sobre alimentação do bebê	oralimBB	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.1e Orientações sobre cuidados com as mamas	ormamas	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.1f Orientações sobre Acompanhamento do bebê em serviço especializado	oracmpBB	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.2 Foi administrado AZT injetável antes do parto	aztinj	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.3 O bebê está tomando AZT	aztxar	números	# - sendo: 1 – Sim

	xarope			2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.4 O bebê foi amamentado por você	aleimat	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica
	10.5 O bebê foi amamentado por outra mulher	aleicruz	números	# - sendo: 1 – Sim 2 - Nao 3 - Nao quer informar 8 – Não se aplica

ANEXO 1

Número de partos/ano nas Maternidades Públicas e conveniadas ao SUS de alto e de baixo risco capacitadas para o Projeto Nascer em Recife e Região Metropolitana, 2008.

Estabelecimento de Saude	Partos/ano 2008	Município
2319454 HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	4727	Jaboatao dos Guararapes
2344882 HOSPITAL DO TRICENTENARIO	4168	Olinda
2711613 CENTRO INTEGRADO DE SAUDE AMAURI DE MEDEIROS CISAM	3619	Recife
0000396 HOSPITAL DAS CLINICAS	1382	Recife
2344858 MATERNIDADE BRITES DE ALBUQUERQUE	727	Olinda
2711990 HOSPITAL JABOATAO PRAZERES	10	Jaboatao dos Guararapes
0000434 IMIP	4980	Recife
0020516 US 167 UNIDADE MISTA PROF BARROS LIMA	4229	Recife
0000701 US 165 MATERNIDADE BANDEIRA FILHO	2904	Recife
0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	2839	Recife
0000671 US 153 POLICLINICA E MATERNIDADE ARNALDO MARQUES	2648	Recife
2427427 HOSPITAL BARAO DE LUCENA	2511	Recife

Fonte: SINASC PE Número de nascidos vivos por ano segundo estabelecimento de saúde. Pernambuco, 2008

ANEXO 2

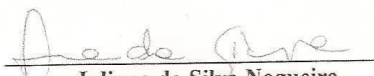
CARTA DE ANUÊNCIA HOSPITAL TRICENTENÁRIO

CARTA DE ANUÊNCIA

Considerando as informações detalhadas no Projeto de Pesquisa intitulado “Fatores associados ao desconhecimento do status sorológico para o HIV em gestantes na região metropolitana de Recife, Pernambuco”, venho por meio deste documento, solicitar autorização do gestor deste Hospital para realização da coleta de dados da Pesquisa, nas enfermarias de alojamento conjunto, nas quais serão entrevistadas puérperas escolhidas aleatoriamente no ano de 2010.

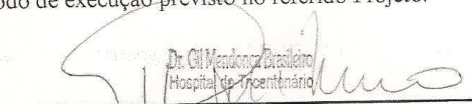
A coleta de dados será realizada por estudantes de enfermagem, selecionados e treinados por Juliana da Silva Nogueira, Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva pela UFPE, para elaboração de dissertação de Mestrado sob Orientação do Prof. Dr. Sérgio Cunha – Departamento de Medicina Social UFPE.

Recife, 05 de fevereiro de 2010


Juliana da Silva Nogueira

Identidade: 98002034175 SSP CE
COREN-PE: 123879
Fone(s) para contato: (81)9657-2542
E-mail: jusino_24@hotmail.com

Declaro, para os devidos fins, que autorizo a coleta de dados do Projeto de Pesquisa, intitulado: _____, sob a responsabilidade do Professor / Pesquisador _____ da Universidade Federal de Pernambuco, na enfermaria de Alojamento conjunto deste Hospital, pelo período de execução previsto no referido Projeto.


Dr. Gil Mendonça Brasileiro
Hospital do Tricentenário
ASSINATURA
Hospital do Tricentenário
NOME DO HOSPITAL

PRESTADOR(A)/ CARIMBO

ANEXO 3

CARTA DE ANUÊNCIA MATERNIDADE BARROS LIMA



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

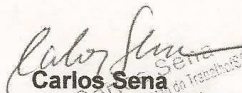
Autorizo **Juliana da Silva Nogueira**, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário III da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Fatores Associados ao Desconhecimento para o HIV em Gestantes na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco"**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 12 de fevereiro de 2010.


Carlos Sena

Diretor Geral de Gestão do Trabalho

ANEXO 3

CARTA DE ANUÊNCIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber a aluna **JANAÍNA LARISSE DE MOURA BARROS & AMANDA SOUZA LOPES BARROS** estudantes do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da UFPE, para realização do trabalho a ser realizado no **HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES - HMG**, cujo título é: **Fatores Associados ao Desconhecimento do status sorológico para o HIV em Gestantes na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco**. No período de abril a ^{junho} *agosto* de 2010, no setor de Sala de Parto.

Jaboatão dos Guararapes, 03 de fevereiro de 2010.

HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES
CENTRO DE ESTUDOS - CEAC
Dr. Elizabeth Dreyer - COREN 412
Presidente Acadêmica

