

Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998

Deficiencies in diagnosing HIV-infection during pregnancy in Brazil, 1998

HHS Marques^a, MRDO Latorre^b, M DellaNegra^c, AMA Pluciennik^d, MLM Salomão^e e Grupo de Pesquisadores do *Enhancing Care Initiative-ECI-Brazil**

^aInstituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^bFaculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^cInstituto de Infectologia Emílio Ribas. São Paulo, SP, Brasil. ^dPrograma Estadual DST/Aids. São Paulo, SP, Brasil. ^eFaculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil

Descritores

Síndrome de imunodeficiência adquirida, diagnóstico. Infecções por HIV, diagnóstico. Cuidado pré-natal. Qualidade dos cuidados de saúde. Complicações na gravidez. Serviços de saúde materna. Soropositividade para HIV, diagnóstico. Conhecimentos, atitudes e prática.

Resumo

Objetivo

O aumento de casos de Aids em mulheres no Estado de São Paulo desencadeou uma série de medidas para reduzir a transmissão materno-infantil do HIV. Assim, realizou-se estudo com o objetivo de avaliar falhas na implantação dessas medidas, do ponto de vista da cobertura e da qualidade do pré-natal, em serviços de referência que atendem mulheres soropositivas no Estado de São Paulo.

Métodos

Foram entrevistadas, por meio de questionário estruturado, todas as mulheres soropositivas de três cidades do Estado de São Paulo (São Paulo, Santos e São José do Rio Preto). Todas as mulheres possuíam no mínimo 18 anos de idade, tiveram filhos em 1998 e fizeram consulta com infectologista (ela mesma ou seu filho). As mulheres foram avaliadas quanto à realização do pré-natal e ao conhecimento da soropositividade para o HIV antes, durante ou após a gestação.

Resultados

Do total de 116 mulheres, 109 (94%) fizeram pré-natal, 64% procuraram os serviços durante o primeiro trimestre, e o número de consultas foi de pelo menos três em 80% dos casos. A idade média das mulheres que fizeram pré-natal foi de 29,1 anos, estatisticamente maior do que a das mulheres que não o fizeram (24,3 anos). Sabiam ser soropositivas antes de engravidar 45% das mulheres, 38% souberam durante a gravidez, e 17%, após o nascimento da criança. O teste para o HIV foi oferecido para 82% das mulheres que não conheciam seu *status* sorológico. Destas, apenas 56% receberam explicação sobre a importância do teste. As unidades básicas de saúde (UBS) foram os locais onde a informação menos ajudou a conhecer o risco para a criança ($p=0,037$) e a necessidade de tratamento ($p=0,0142$).

Conclusões

As principais falhas identificadas foram o não-oferecimento do teste HIV durante a gestação e a inadequada qualidade da informação. O principal local de atendimento para essas pessoas são as UBS. Estas foram as que menos contribuíram para a compreensão dos riscos e da necessidade de tratamento.

Correspondência para/Correspondence to:

Heloisa Helena de Sousa Marques
Avenida Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 647
05403-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: heloisahsm@icr.hcnet.usp.br

*Os nomes dos componentes do grupo de pesquisadores ECI-Brazil encontram-se relacionados no final deste artigo. O trabalho é multicêntrico, tendo sido realizado pelas instituições acima citadas e também pelo Núcleo da Criança (NIC), Santos, Centro de Referência e Tratamento DST/Aids (CRAIDS), Santos, e Casa da Aids-São Paulo. Projeto financiado pelo Harvard AIDS Institute/Merck Foundation, Boston, USA. Recebido em 8/5/2001. Reapresentado em 23/1/2002. Aprovado em 5/4/2002.

Keywords

Acquired immunodeficiency syndrome, diagnostic. HIV infections, diagnostic. Prenatal care. Quality of health care. Pregnancy complications. Maternal health services. HIV seropositivity, diagnostic. Knowledge, attitudes, practice.

Abstract

Objective

The increasing number of women with AIDS in the state of São Paulo has led to the implementation of a series of measures to reduce mother-to-child HIV transmission. The objective of this study was to evaluate these measures' deficiencies regarding coverage and quality of prenatal care in some HIV reference services in the state of São Paulo.

Methods

All HIV-positive women, aged 18 years or more, who gave birth in 1998 were interviewed when they came for a visit with an infectologist or a pediatrician in three cities (São Paulo, Santos and São José do Rio Preto) of the state of São Paulo. A structured questionnaire was applied. Prenatal care and time of their HIV infection diagnosis (before, during or after pregnancy) were assessed.

Results

Of 116 women interviewed, 109/116 (94%) had attended a prenatal care service during pregnancy, 64% had their first visit in the first trimester and 80% had 3 or more visits during pregnancy. The mean age of those who attended a prenatal service was 29.1 years, higher than those who did not attend any service (24.3 years). The HIV-positive status was known by 45%, 38% and 17% of the women before pregnancy, during pregnancy and after delivery, respectively. HIV testing was offered to 82% who did not know their serologic status, and among these, only 56% were informed about the importance of getting tested. The basic health care units (UBS) were less efficient in conveying information to the mothers about their children's infection risk ($p=0.037$) and their treatment needs ($p=0.014$).

Conclusions

The main deficiencies identified were lack of HIV testing during pregnancy and inadequate information. Though basic health care units are the most important source of care for this population, its contribution to the understanding of risks and treatment needs was the most unsatisfactory.

INTRODUÇÃO

Em meados da década de 80, a infecção pelo HIV entre mulheres começou a crescer rapidamente no Estado de São Paulo. Como conseqüência, aumentou o número de casos em crianças.¹⁴ Atualmente, cerca de 90% das crianças infectadas pelo HIV adquirem a infecção pela mãe. No ano de 1999, no mundo, cerca de 620.000 crianças menores de 15 anos foram infectadas pelo HIV. Também houve 500.000 óbitos nessa faixa etária devido a Aids.³

Em 1994 foram publicados os resultados do Protocolo ACTG-076, que indicou uma redução de quase 70% nas taxas de transmissão materno-infantil do HIV com o uso da zidovudina (AZT) na gestação, parto e recém-nascimento.⁴ Trabalhos que se seguiram confirmaram os resultados do protocolo ACTG-076 e demonstraram eficácia também para mulheres com alterações imunológicas graves e que já haviam recebido anti-retrovirais.^{6,15}

A partir de 1996, começaram a ser criadas as condições para a implantação do Protocolo ACTG-076 no Estado de São Paulo. Contudo, utilizando o consumo de AZT injetável como indicador da implementação dessa conduta profilática, verificou-se que esse medicamento foi utilizado por apenas 40% das gestantes soropositivas esperadas para o ano de 1998,

segundo informação obtida na Área de Epidemiologia do Programa Estadual de DST/Aids, São Paulo. Isto indica a ocorrência de falhas no processo de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV no Estado. Frente à escassez de dados da literatura e ao desconhecimento das características da população de gestantes soropositivas e dos serviços de saúde por elas utilizados, foram levantadas algumas hipóteses sobre os fatores que estariam acarretando essas falhas: falta de percepção da gestante sobre sua própria vulnerabilidade, baixa freqüência ao pré-natal, não-oferecimento do teste para o HIV pelo profissional de saúde ou falha no aconselhamento, entre outros.

À luz dessas hipóteses, elaborou-se o presente estudo com o objetivo de identificar e quantificar deficiências do pré-natal de mulheres soropositivas para o HIV com filhos nascidos em 1998. Como estratégia, optou-se pela análise das características, tanto das mulheres quanto da atenção prestada nos serviços que freqüentaram, e sua possível relação com a ocorrência de maior risco de falhas no processo de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.

A presente pesquisa faz parte de uma outra mais ampla, intitulada "Vulnerabilidade e o cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids: um estudo sobre a assistência às mulheres vivendo com HIV/Aids nos serviços públicos de saúde das cidades de Santos,

São Paulo e São José do Rio Preto”. Nesse trabalho, foram entrevistadas mulheres que freqüentavam alguns centros de referência para doenças sexualmente transmissíveis (DST)/Aids no Estado de São Paulo.

MÉTODOS

O estudo foi realizado entre 21 de setembro de 1999 e 29 de fevereiro de 2000. Foram entrevistadas, por meio de questionários estruturados, mulheres soropositivas para o HIV, com 18 anos ou mais, que tiveram filhos no ano de 1998 e que passaram em consulta com infectologista (ela mesma ou seu filho) em alguma das seguintes sete instituições do Estado de São Paulo: Casa da Aids – São Paulo, Centro de Referência e Tratamento de DST/Aids – São Paulo (CRT), Centro de Referência e Tratamento de DST/Aids (CRAIDS) – Santos, Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) – São Paulo, Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (ICR) – São Paulo, Núcleo da Criança (NIC) – Santos e Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo (HB-SJRP) – São José do Rio Preto. A seleção dessas mulheres foi feita de dois modos, dependendo do serviço freqüentado. Nas primeiras três instituições (Casa da Aids, CRT DST/Aids – São Paulo e CRAIDS – Santos), a amostra foi constituída pelas duas primeiras mulheres que chegavam ao serviço para consulta médica com o infectologista nos seis diferentes subperíodos do dia (amostragem consecutiva cumulativa). A taxa de recusas foi muito baixa (menos de 5%) nesses serviços. A falta de tempo ou a falta de interesse em participar da pesquisa foram as razões mais freqüentes entre as que recusaram.

Nas outras instituições que atendem apenas crianças, a identificação da mulher se deu por intermédio da criança atendida. Nesses serviços, procurou-se atingir todo o universo. Das 44 crianças atendidas no IIER nascidas em 1998, 13 moravam em casas de apoio. Por isso, foram excluídas desta pesquisa. Das 31 elegíveis, foram entrevistadas 19 mães (61%). A Tabela 1 mostra, para cada instituição, o número de crianças atendidas, as elegíveis para ser entrevistadas e os motivos para a não realização de algumas entrevistas. Ao todo foram entrevistadas 93 crianças, 67,8% do total de crianças elegíveis (137). O motivo principal para a não realização da entrevista foi o fato de algumas crianças não estarem acompanhadas da mãe quando iam ao serviço, mas de outra pessoa, parente ou vizinho (quatro casos). Das 52 crianças atendidas no ICR, 41 eram elegíveis, e 29 (71%) foram entrevistadas. Os outros motivos para a não realização das entrevistas foram: não atendimento da mãe

à convocação (quatro casos), criança estar sem seguimento (três casos), outros motivos (cinco casos), além do acompanhamento da criança por outra pessoa, que não a mãe, à consulta. Em relação ao NIC, das 42 crianças em seguimento, 38 eram elegíveis, sendo que 23 (61%) foram entrevistadas. As principais razões para a não realização das entrevistas foram: não localização da criança (cinco casos) ou mudança do município (dez casos). Por último, no HB-SJRP, das 27 crianças elegíveis, 22 (81%) foram entrevistadas, sendo que a não realização da entrevista se deu por mudança do município (três casos), recusa (um caso) e mãe sem condições de ser entrevistada devido a uso intenso de droga (um caso).

No dia da consulta, as mulheres eram convidadas a participar do estudo e, caso concordassem, assinavam termo de consentimento livre e esclarecido. A seguir, eram encaminhadas a uma sala reservada onde eram feitas as entrevistas. As 116 mulheres que participaram desta pesquisa responderam a três questionários. O questionário 1 abordava questões relacionadas a características sociodemográficas, sexualidade e saúde reprodutiva, impressões sobre os serviços de saúde e HIV. O questionário 2 compreendia atenção ao parto e ao recém-nascido. O questionário 3 continha informações sobre o pré-natal e foi dirigido somente àquelas que o fizeram.

Este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e dos comitês de ética das demais instituições envolvidas.

Análise estatística

Por meio de estatística descritiva, as mulheres foram caracterizadas quanto a realização de pré-natal e conhecimento da soropositividade antes de engravidar, durante a gestação e após o nascimento da criança. Foram utilizados o teste de associação pelo qui-quadrado com correção de Yates ou o teste de Fisher na comparação de duas variáveis qualitativas e o teste de diferença de médias não-paramétrico Mann-Whitney (pois as variâncias dos grupos não eram homogêneas, ou a amostra era muito pequena). Em todas as análises, utilizou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Pré-natal

Do total de 116 mulheres, 109 (94%) disseram ter feito pré-natal (Figura). Cerca de 64% delas procuraram os serviços durante o primeiro trimestre de gravi-

dez, e o número de consultas foi igual ou maior que três em 80% dos casos. Apesar do pequeno número de mulheres que não fizeram pré-natal, foi feita uma análise estatística dos dois grupos: mulheres que realizaram e mulheres que não realizaram pré-natal. Não houve associação estatisticamente significativa entre realização de pré-natal e escolaridade ($p=0,134$) ou uso de drogas ($p=0,979$). Porém, a idade média das mulheres que fizeram pré-natal (29,1 anos; desvio-padrão (DP)=5,8 anos) foi estatisticamente maior que a idade média das mães que não o fizeram (idade média = 24,3 anos; DP=4,2 anos) ($p=0,030$). Das mulheres que fizeram pré-natal, 45% sabiam ser soropositivas antes de engravidar contra 14% das que não fizeram pré-natal ($p=0,033$).

As razões alegadas para a não realização do pré-natal foram as seguintes: duas mulheres disseram que “o posto de saúde ficava longe de casa”; uma não realizou o exame pois “o marido estava doente”; outra “não tinha com quem deixar o filho”. Duas disseram que “na época estava usando muita droga”. Uma “achou que não precisava”, enquanto outra disse que a razão foi a “falta de tempo”.

Conhecimento da soropositividade antes de engravidar

A Tabela 1 apresenta a caracterização das mulheres segundo o conhecimento prévio da soropositividade. Não houve associação estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis e o conhecimento prévio da soropositividade: escolaridade ($p=0,921$), renda

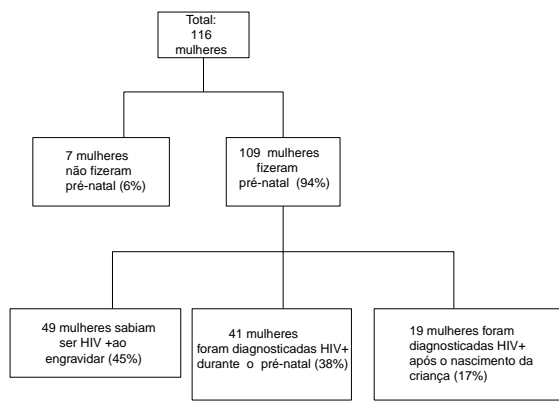


Figura - Caracterização da amostra, segundo realização do pré-natal e momento do diagnóstico.

Tabela 1 - Número e percentagem de pacientes, segundo características demográficas e conhecimento prévio da soropositividade.

Variável	Sabia ser HIV+ antes de engravidar		Não sabia ser HIV+ antes de engravidar		Total	p*
Categoria	N	%	N	%	N	
Escolaridade						
0-4	10	20	13	22	23	0,921
5-8	20	41	26	43	46	
9 e mais	19	39	21	35	40	
Renda <i>per capita</i> (US\$)**						
Até 50	16	37	15	26	31	0,497
51-99	7	16	10	18	17	
100 e mais	20	47	32	56	52	
Parceiro fixo						
Sim	37	76	42	70	79	0,671
Não	12	24	18	30	30	
Mora c/ parceiro						
Sim	33	68	39	65	72	0,700
Não	7	14	12	20	19	
Não tem parc.fixo	9	18	9	15	18	
Parceiro é HIV+						
Sim	17	35	18	30	35	0,633
Não	13	27	18	30	31	
Não sabe	8	16	6	10	14	
Sem parceiro	11	22	18	30	29	
Pensou ser HIV+?						
Sim	17	35	15	25	32	0,371
Não	32	65	45	75	77	
Meio de transmissão						
Associado a droga	19	39	13	22	32	0,175
Associado a sexo	18	37	23	38	41	
Sexo+droga	10	20	18	30	28	
Outros	2	4	6	10	8	
Uso anterior de drogas						
Sim	5	10	2	3	7	0,288
Não	44	90	58	97	102	
Uso anterior de álcool						
Sim	15	31	17	28	32	0,961
Não	34	69	43	72	77	
Total		49	100	60	100	109

*p: nível descritivo do teste de associação pelo χ ;
**Excluídas as pacientes que não informaram a renda.

(0,497), parceria sexual ($p=0,671$), categoria de exposição ($p=0,175$), uso de drogas ($p=0,288$) ou álcool ($p=0,961$). As médias de idade e do número de filhos soropositivos das mulheres que conheciam e das que não conheciam seu *status* sorológico previamente à gravidez foram iguais do ponto de vista estatístico (respectivamente, $p=0,231$ e $p=0,590$).

Conhecimento do status sorológico durante a gravidez

Nessa etapa foram avaliados os fatores que poderiam estar associados ao conhecimento da soropositividade durante a gravidez. Do total de mulheres gestantes que fizeram pré-natal, 60 não sabiam ser soropositivas antes de engravidar, sendo que 41 (68%) souberam durante a gravidez, e 19 (32%), após o nascimento da criança. Da análise dos fatores associados ao conhecimento da sorologia dessas mulheres, foram excluídas cinco que fizeram o pré-natal em centros de referência para DST/Aids, onde, seguramente, seu *status* sorológico foi avaliado.

A Tabela 2 apresenta a caracterização das 55 mulheres segundo o conhecimento da soropositividade durante a realização do pré-natal e após o nascimento da criança. O teste de HIV foi oferecido a

89% das mães que souberam de sua soropositividade durante a gravidez e para 68% das que souberam após o parto. Essa associação entre oferecimento do teste e conhecimento prévio da soropositividade encontra-se próxima ao limite da significância estatística ($p=0,077$).

Houve associação estatisticamente significativa entre o mês em que foi oferecido o teste e ter conhecimento da soropositividade durante a gravidez, o mesmo acontecendo em relação ao mês em que a mulher soube do resultado ($p<0,001$ em ambos os casos). Entre as mulheres que conheciam seu *status* sorológico, 67% fizeram o teste após o quarto mês de gestação e receberam o resultado aproximadamente um mês após, enquanto aquelas que ficaram sabendo do seu *status* sorológico após o parto, 68% não souberam referir se fizeram ou não o teste ou em que mês da gestação o mesmo foi oferecido.

Embora a maioria das mulheres que não sabiam ser HIV-positivas durante a gravidez tivesse feito o pré-natal em unidade básica de saúde (UBS), não houve associação, estatisticamente significativa, entre o local em que a gestante fez pré-natal e o conhecimento, durante a gravidez, da condição de ser soropositiva para o HIV ($p=0,301$). Também não houve associação com o

Tabela 2 - Número e percentagem de pacientes, segundo as variáveis de estudo e conhecimento da soropositividade durante a gravidez.

Variável Categoria	Soube ser HIV+ durante a gravidez		Soube ser HIV+ após a gravidez		Total N	p*
	N	%	N	%		
Onde fez pré-natal						
Unidade Básica de Saúde	14	39	11	58	25	0,301
Hospital/maternidade	12	33	3	16	15	
Convênio/c.particular	10	28	5	26	15	
Mês de início do PN						
1-3	21	58	14	74	35	0,406
4 e mais	15	42	5	26	20	
N cons. médicas						
3 ou 4	4	11	3	16	7	0,138
5 e mais	22	61	15	79	37	
Não sabe qtas cons.	10	28	1	5	11	
Oferecido teste HIV+						
Sim	32	89	13	68	45	0,077 ^F
Não	4	11	6	32	10	
Mês que foi oferecido o teste						
Até o 3º	12	33	3	16	15	<0,001
4º e mais	24	67	3	16	27	
Não sabe o mês/não fez	-	-	13	68	13	
Mês que soube do resultado						
Até o 4º	12	33	3	16	15	<0,001
5º e mais	24	67	3	16	27	
Não sabe o mês/não fez	-	-	13	68	13	
**Profissional explicou a importância do teste						
Sim	19	56	3	30	22	0,280
Não	15	44	7	70	22	
**Informação ajudou a conhecer o risco p/bebê						
Sim	18	86	1	20	19	0,010 ^F
Não	3	14	4	80	7	
**Informação ajudou a conhecer a necessidade de tratamento						
Sim	18	90	1	25	19	0,018 ^F
Não	2	10	3	75	5	
Total		36	100	19	100	55

*p: nível descritivo do teste de associação pelo χ^2 ou F-Fisher;

**Excluídas as que não se aplicam (não foi oferecido, paciente solicitou, etc).

Tabela 3 - Número e percentagem de pacientes, segundo informações recebidas no momento do pedido de exame e local em que realizou o pré-natal.

Informação	Unidade Básica de Saúde		Local do pré-natal		Convênio	Particular	Total	*p
	N	%	Hospital N	Maternidade %				
**Explicou a importância do teste								
Sim	7	44	8	62	7	58	22	0,310
Não	12	56	5	38	5	42	22	
**Risco para o bebê								
Sim	4	44	8	80	7	100	19	0,037
Não	5	56	2	20	-	-	7	
**Necessidade do tratamento								
Sim	4	57	8	80	7	100	19	0,142
Não	3	43	2	20	-	-	5	

*p = nível descritivo do teste de Fisher;

**Excluídas as que não se aplicam (não foi oferecido, paciente solicitou, etc).

mês de início do pré-natal ($p=0,406$) ou o número de consultas médicas ($p=0,138$) e o fato de o profissional que pediu o teste ter explicado a importância da realização do mesmo ($p=0,280$). Porém, a maioria das mães que souberam da soropositividade durante a gravidez informou que a explicação do médico ajudou a conhecer o risco para o bebê ($p=0,010$) e a necessidade de tratamento ($p=0,018$).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade ($p=0,106$) e o número de filhos HIV-positivos ($p=0,608$) entre esses dois grupos de mães.

Na Tabela 3 há o cruzamento das informações recebidas no momento do pedido do exame e local em que foi feito o pré-natal. Não houve associação estatisticamente significativa entre o local da realização do pré-natal, tanto para a informação sobre a importância do teste ($p=0,310$) quanto da necessidade de tratamento ($p=0,142$). Apesar do pequeno número de casos estudados, verificou-se que nas UBS a informação pouco ajudou a conhecer o risco para a criança ($p=0,037$).

DISCUSSÃO

Podem ser destacadas algumas das limitações do presente estudo: a origem geográfica da clientela (apenas três cidades do Estado de São Paulo), o local de atendimento das mulheres (todas oriundas de centros de referência para DST/AIDS) e a análise de um período restrito ao ano de 1998. Como o estudo foi realizado em locais onde a prevalência da infecção pelo HIV é elevada e com mulheres atendidas em centros de referência, também nestes estariam concentrados, de modo significativo, os recursos favorecedores de uma atenção mais adequada no que diz respeito à educação, ao treinamento e à sensibilização dos profissionais de saúde. Esperar-se-ia que a prática do aconselhamento no que se refere à infecção pelo HIV estivesse plenamente consolidada, até mais do que em outras regiões do Estado

de São Paulo. Assim, pode-se intuir que as falhas detectadas pelo presente estudo sejam maiores em locais onde a capacitação profissional e a disponibilidade de recursos sejam menores. Assim, há a necessidade de estudar, também, mulheres que frequentam, principalmente, o pré-natal nas UBS, pois grande parte delas faz pré-natal nesses locais.

O presente estudo visou a identificar algumas falhas no reconhecimento da infecção pelo HIV na gestação. As mulheres estudadas possuíam nível baixo ou médio de escolaridade e baixa renda *per capita*. Viviam com parceiro 65% das mulheres. Em estudo realizado sobre o comportamento sexual do brasileiro, Berquó* aponta que 95% das mulheres têm relacionamento estável, sendo que o grupo que menos usa preservativo é o da mulher com parceria estável, apesar de 69% das pessoas pesquisadas saberem que o preservativo previne a Aids. A maioria das mulheres estudadas (70%) nunca pensou ser soropositiva para HIV. Quase metade delas relatou ter contraído a infecção em relações sexuais desprotegidas. A metade restante apontou ter se infectado devido ao parceiro utilizar drogas. Esses resultados permitem definir a condição da mulher infectada pelo HIV atualmente: baixa renda, baixa/média escolaridade e pouca ou nenhuma percepção de risco.

Uma das primeiras questões analisadas foi a frequência das mulheres ao pré-natal, visto que este é o momento desencadeador de todas as ações de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV. Na clientela analisada, 94% das mulheres fizeram pré-natal, constatando-se uma cobertura bastante significativa, corroborando os dados de trabalhos realizados na cidade de São Paulo, onde a frequência ao pré-natal tem se mantido constante e alta nos últimos dez anos. Segundo Monteiro et al,¹⁰ no período analisado (1995-1996), cerca de 92% das gestantes realizaram pré-natal no Município de São Paulo, 88% delas com cinco ou mais consultas. Iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre

da gestação 72% delas. Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996¹ indicam panorama semelhante para todo o Estado de São Paulo. No entanto, as mulheres que não fazem pré-natal, embora em pequena percentagem, constituem um problema de difícil resolução. Muitas vezes, são elas que apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, pois são as mais pobres, marginalizadas, menos educadas e que mais usam drogas ilícitas.^{2,5,8,12} Em estudo publicado em 2000,³ com cerca de 20.000 mulheres vivendo em 13 diferentes estados norte-americanos,³ foi identificado que o atraso para a procura ao pré-natal, ou a não-freqüência, ocorreu entre as mulheres com menos de 20 anos de idade, as com menos de 12 anos de escolaridade e as múltiparas. As principais razões relatadas foram o desconhecimento de que estivessem grávidas, falta de dinheiro para a busca de consultas ou dificuldade para marcá-las ou também de encontrar alguém que pudesse ficar com os filhos. Há, inclusive, afirmações de que teriam outras coisas mais importantes para fazer. Os autores concluem que essas razões sugerem a necessidade de melhoria da educação em saúde, dos serviços de atenção à saúde da mulher e a disponibilização de maior número de consultas precoces no pré-natal. Nos dados do Brasil,¹ a baixa escolaridade foi o principal indicador da não-realização do pré-natal, cujas razões alegadas são semelhantes às da literatura.

Estudo realizado no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids do Estado de São Paulo mostrou que, ao ser diagnosticadas, cerca de 70% das mulheres desconheciam a condição de soropositividade de seu parceiro. A maioria (70%) se infectou por meio de relações sexuais; 40% tinham um único parceiro.¹⁴ Isto contribui para a crença das mulheres de que elas não estão sob risco de infecção. Por causa disso, como já foi destacado anteriormente, podem não valorizar de modo adequado a necessidade da atenção ao pré-natal.

O primeiro trimestre de gestação é o período adequado para o início do pré-natal, porém a mulher deve estar sendo assistida mesmo antes da concepção. No Brasil, o Ministério da Saúde (Portaria 569/2000) recomenda que a primeira consulta seja realizada até o quarto mês de gestação, com, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal. Uma delas deve ocorrer, preferencialmente, no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo, e três no terceiro. No presente estudo, verificou-se que apenas 64% das mulheres procuraram os serviços durante o primeiro trimestre de gravidez, destacando-se que 67% das gestantes (37/55) tiveram quatro ou mais consultas.

Um aspecto fundamental do aconselhamento du-

rante a gravidez é a qualidade da informação e a forma como a clientela a percebe. Em que pese o pequeno número de mulheres que fizeram o pré-natal e não ficaram sabendo da soropositividade durante a gravidez (19 em 116 = 16% da amostra inicial), em 70% dos casos, as mulheres afirmaram que o profissional não explicou a importância do teste; em 80% dos casos, não explicou o risco para a criança; e, em 75% dos casos, não explicou a necessidade de tratamento. Tomando-se como base as mães cujo diagnóstico de infecção pelo HIV foi feito durante a gravidez, a maioria referiu que a explicação do médico ajudou a conhecer o risco para o bebê e a entender a necessidade do tratamento. Portanto, mesmo considerando que o nível de escolaridade era baixo, a informação pôde ser compreendida, condição muito importante para a adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. Contudo, somente 56% dos profissionais explicaram a importância do teste. Este é um dado que deverá merecer uma abordagem mais incisiva durante o treinamento dos profissionais que atendem em serviços de pré-natal.

Buscou-se avaliar no presente estudo o fornecimento de informações (sobre importância do teste, risco para a criança e necessidade de tratamento) segundo o local onde foi feito o pré-natal, subdividido entre as UBS, hospitais/maternidades e clínicas/convênios particulares. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência da explicação sobre o teste e o local de atendimento, porém nas UBS houve menor fornecimento de informações, e, quando estas eram dadas, pouco ajudaram a conhecer o risco do HIV para os recém-nascidos (diferença estatisticamente significativa) e a necessidade de tratamento (esta sem associação estatisticamente significativa). Os estudos realizados em diversos locais mostram que o pré-natal, quando inadequado, não contribui para a redução da transmissão vertical do HIV⁹ e que o aconselhamento e o oferecimento do teste são imprescindíveis para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.^{7,11,13} Por isso, recomenda-se que os serviços de saúde, em especial as UBS, ajudem, de forma particularizada, cada gestante, discutindo e propondo soluções para seus problemas específicos, com destaque para o aconselhamento no momento do oferecimento do teste para o HIV.

Concluindo, apesar de a presente análise estar somente baseada na percepção das mulheres, não havendo a confrontação com a visão do prestador de serviço (o profissional de saúde), foi possível detectar algumas falhas no cuidado oferecido durante o pré-natal, sendo, a principal, o não oferecimento do

teste para HIV. Mesmo para aquelas que fizeram o teste, é grave o relato de que não houve explicação prévia à sua realização em 44% das vezes. São necessárias, desse modo, intervenções destinadas a melhorar a qualidade do cuidado pré-natal, para que este não se transforme em uma oportunidade perdida para a identificação diagnóstica, o estabelecimento de profilaxia e o aumento das informações e apoio às mulheres portadoras do HIV.

AGRADECIMENTOS

Ao dr. Richard Marlink e à dra. Sofia Gruskin, do Havard AIDS Institute, pelo apoio recebido na coordenação geral do Enhancing Care Initiative – Brasil.

REFERÊNCIAS

1. BENFAM. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. 1996. Rio de Janeiro: BENFAM/ MACRO; 1997.
2. Burns DN, Landesman S, Muenz LR, Nugent RP, Goedert JJ, Minkoff H et al. Cigarette smoking, premature rupture of membranes, and vertical transmission of HIV-1 among women with low CD4+ levels. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retrovirol* 1994;7:718-26.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Entry into prenatal care- United States, 1989-1997. *MMWR* 2000;49:393-8.
4. 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. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
5. Dempsey DA, Hajnal BL, Partridge JC, Jacobson SN, Good W, Jones RT et al. Tone abnormalities are associated with maternal cigarette smoking during pregnancy in in utero cocaine-exposed infants. *Pediatrics* 2000;106:79-85.
6. Fowler MG, Simonds RJ, Roongpsuthipong A. Update on perinatal HIV transmission. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:21-38.
7. Harrison CJ. Advocate HIV testing of pregnant women. [Pediatrics News] 1999;33(8). Available in URL: <http://pediatrics.medscape.com/IMN...ws/1999/v33.n.8/ped3308.13.01.htm> [may 2000]
8. Matheson PB, Thomas PA, Abrams EJ, Pliner V, Lambert G, Bamiji M et al. Heterosexual behavior during pregnancy and perinatal transmission of HIV-1. *AIDS* 1996;10:1249-56.
9. Mofenson LM. Can perinatal HIV infection be eliminated in the United States? *JAMA* 1999;282:577-9.
10. Monteiro CA, França-Junior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(Supl 6):19-25.
11. Remis RS, Patrick DM. Access to prenatal HIV testing. *CMAJ* 1998;158:1469-70.
12. Rodrigues EM, Mofenson LM, Chang BH, Rich KC, Fowler MG, Smeriglio V et al. Association of maternal drug use during pregnancy with maternal HIV culture positivity and perinatal HIV transmission. *AIDS* 1996;10:273-82.
13. Samson L, King S. Evidence-based guidelines for universal counselling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada. *CMAJ* 1998;158:1449-57.
14. Santos, NJS. *As mulheres e a Aids* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1994.
15. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, Charbonneau TT, French PT, Wang L et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1998;339:1409-14.

Enhancing Care Initiative-ECI-Brazil/ Grupo de pesquisadores: José Ricardo M. Ayres (coordenador), Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Cássia M. Buchalla, Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP; Ivan França Junior, Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP; Vera Paiva, Departamento de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da USP; Neide Gravato-Silva, Programa de DST/Aids de Santos; Regina Lacerda, Programa de DST/Aids de Santos; Aluisio C., Segurado Casa da Aids e Departamento de Doenças Infecciosas da Faculdade de Medicina da USP; e Shirlei D. Miranda, Centro de Referência e Treinamento em Aids –Secretaria de Saúde, Estado de São Paulo.