

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE À TRANSMISSÃO
VERTICAL DA HEPATITE B

ISABELA CRISTINA DE MIRANDA GONÇALVES

MANAUS

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE À TRANSMISSÃO
VERTICAL DA HEPATITE B

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Para e Fundação Oswaldo Cruz – Amazônia – Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

MANAUS
2011

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Gonçalves, Isabela Cristina de Miranda

G635c Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da saúde frente à transmissão vertical da hepatite B / Isabela Cristina de Miranda Gonçalves. - Manaus: UFAM, 2011.
102 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas, 2011.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

1. Hepatite B 2. Saúde pública 3. Práticas de profissionais da saúde I. Gonçalves, Maria Jacirema Ferreira (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 616.36-002(043.3)

ISABELA CRISTINA DE MIRANDA GONÇALVES

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE À TRANSMISSÃO
VERTICAL DA HEPATITE B

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Para e Fundação Oswaldo Cruz – Amazônia – Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 21 de fevereiro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves, Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Pofa. Dra. Mirian da Silva Rocha, Membro titular
Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos, Membro titular
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz

*Dedico esta conquista a
meus pais, irmãos,
marido e cunhadas
pelo incentivo para
realização deste sonho.*

AGRADECIMENTOS

A professora Dra. Maria Jacirema pela confiança depositada no meu trabalho e pela sua dedicação.

Aos professores da Escola de Enfermagem de Manaus pela compreensão das minhas ausências.

Aos meus colegas de turma.

A Alaidistânia pelos momentos de alegria, mesmo nos períodos de intenso trabalho.

A minha amiga Giselly pela compreensão da minha ausência.

A professora Dra. Ana Lúcia Vasconcelos pelo carinho com o qual abraçou o trabalho.

Enfim, a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desta pesquisa.

RESUMO

As hepatites virais têm importância epidemiológica no mundo e especialmente no Brasil, onde todas as formas de hepatite constituem-se em grave problema de saúde pública, dentre elas a hepatite B, tendo em vista a possibilidade de transmissão vertical da doença. Portanto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, cujas ações preventivas da transmissão vertical devem ser incorporadas no pré-natal. Este trabalho objetiva identificar os conhecimentos de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família e de uma maternidade pública da zona oeste de Manaus e relacionar com suas atitudes e práticas a respeito da transmissão vertical da hepatite B, e algumas características sociodemográficas dos profissionais. Este é um estudo de dados primários coletados por meio de questionário de auto preenchimento, aplicados em uma maternidade e junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, do distrito oeste da cidade de Manaus-Amazonas. Foram pesquisados 167 enfermeiros e médicos distribuídos da seguinte forma: 68 da ESF e 99 da maternidade. Os questionários foram estruturados e digitados no software Epi Info e o banco de dados foi exportado para o programa estatístico STATA 9.0. Os dados foram analisados em duas etapas: descritiva e analítica. As respostas foram descritas quanto aos conhecimentos, atitudes e práticas, para a hepatite B e sua transmissão vertical. Associações foram avaliadas pelo qui-quadrado de Pearson ou Fisher conforme o caso ao nível de 5%. Os resíduos padronizados do qui-quadrado foram avaliados, considerando-se a significância quando maior que 1,96. Os resultados mostraram prevalência do sexo feminino; a faixa etária predominante na ESF foi 30 a 39 anos 60,3% e na maternidade foi 47,5%. Evidenciou-se associação entre os conhecimentos, atitudes e práticas com o tipo de graduação (enfermeiro e médico), local de trabalho (ESF e maternidade), oportunidade de treinamento dos profissionais para hepatites virais, e uso do manual do Ministério da Saúde e as atitudes e práticas. Os resultados revelaram a necessidade sobretudo de capacitação para os profissionais

envolvidos no processo de pré-natal, parto e/ou puerpério. Sugerem-se medidas voltadas ao aumento do uso dos manuais pelos profissionais, pois estes proporcionam conhecimentos e atitudes e práticas adequados à assistência e à prevenção da transmissão vertical da hepatite B. Além disto é necessário o comprometimento dos profissionais, dos serviços, bem como o estabelecimento e cumprimento de protocolos claramente definidos.

Palavras-chave: Conhecimentos, atitudes e prática em saúde, Transmissão vertical de doença infecciosa, Hepatite B, Profissional de saúde.

ABSTRACT

Viral hepatitis have epidemiological importance in the world and especially in Brazil, where all of the forms of hepatitis are a severe public health problem, among them hepatitis B, in view of the possibility of vertical transmission of the disease. Therefore, the Ministry of Health in Brazil established the National Program for Prevention and Control of Viral Hepatitis, in which the prevention of child transmission should be incorporated into prenatal care. This study aims to identify the knowledge of physicians and nurses, from the family health strategy and from a public maternity hospital, in the west area of Manaus, and relate to their attitudes and practices regarding the vertical transmission of hepatitis B, and sociodemographic characteristics of the professionals. This is a study on primary data collected through self-filling questionnaire, applied in the maternity and with the teams of the Family Health Strategy (FHS), Manaus, Amazonas. We surveyed 167 nurses and doctors distributed as follows: 68 from FHS and 99 of the maternity ward. The questionnaires were structured and entered in Epi Info software and database exported to the STATA 9.0 statistical program. The data were analyzed in two stages: descriptive and analytical. The answers were described as knowledge, attitudes and practices for hepatitis B and its transmission. Associations were evaluated by chi-square test or Fisher as appropriate to the level of 5%. The standardized residuals of chi-square tests were evaluated, with significance was greater than 1.96. The results showed the prevalence of females, the predominant age group in FHS was 30 to 39 years 60.3% and 47.5% in the maternity. Associations were observed among knowledge, attitudes and practices with the type of bachelor degree (nurse and doctor), workplace (ESF and maternity), opportunity for professional training about viral hepatitis, and use the manual of the Ministry of Health and the attitudes and practices. These results show a need for training, especially for professionals involved in prenatal, delivery and / or postnatal. We suggest measures aimed at increasing the use of textbooks for professionals as they provide knowledge and attitudes and practices appropriate to the care and prevention of vertical transmission of hepatitis B. Also, it is necessary the commitment of professionals, services, and the establishment and enforcement of clearly defined protocols.

Key-words: Health Knowledge, Attitudes and Practice, Infectious Disease Transmission Vertical, Hepatitis B, Health Personnel.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Prevalência da infecção crônica do vírus da hepatite B	29
Figura 2 - Fluxograma de prevenção contra o vírus da hepatite B	30
Figura 3 - Fluxo de conduta para hepatite B no pré-natal	35
Figura 4 - Modelo lógico para investigação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frente às ações de prevenção da transmissão vertical da hepatite B	42
Quadro 1- Classificação de conhecimentos referentes as hepatites B e D e sua transmissão vertical: adequados, parcialmente adequados ou inadequados	51
Quadro 2- Classificação de atitudes e práticas referente a hepatite B e sua transmissão vertical: adequadas, parcialmente adequadas ou inadequadas	52
Quadro 3- Descrição das variáveis conhecimentos, atitudes e práticas usadas para a construção das categorias bom, regular e fraco	54

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Distribuição dos profissionais da maternidade e da estratégia saúde da família segundo características sociodemográficas. Manaus, Amazonas, 2010 58
- Tabela 2. Conhecimento de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família - ESF e maternidade sobre hepatites virais. Manaus, Amazonas, Brasil 61
- Tabela 3. Atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família-ESF frente a transmissão vertical da hepatite B. Manaus, Amazonas, Brasil 64
- Tabela 4. Atitudes e práticas de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) frente as condutas preconizadas para prevenção da transmissão vertical da hepatite B. Manaus, Amazonas, Brasil 65
- Tabela 5. Associação dos conhecimentos dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e ao uso do manual do Ministério da Saúde com temática sobre as hepatites virais. Manaus, Amazonas, Brasil 67
- Tabela 6. Avaliação do conhecimento — categorias bom, regular ou fraco — sobre a hepatite B e análise das variáveis estudadas. Manaus, Amazonas, Brasil..... 69
- Tabela 7. Avaliação da atitude e prática — categorias boa, regular ou fraca — sobre a hepatite B e análise das variáveis estudadas. Manaus, Amazonas, Brasil71

LISTA DE SIGLAS

Anti-HBe- Anticorpo Contra o Antígeno “e”do VHB

CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CNES– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

HB- Hepatite B

HBeAg- Antígeno “e”do VHB

HBsAg- Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B

HIV– Vírus da Imunodeficiência Humana

HV- Hepatites Virais

IGHAHB– Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B

IgM- Imunoglobulina M

IM- Intramuscular

IgG- Imunoglobulina G

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

RN– Recém-Nascido

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido

VDRL- Venereal Disease Research Laboratory

VHB– Vírus da Hepatite B

VHC- Vírus da Hepatite C

VHD- Vírus da Hepatite D

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
LISTA DE FIGURAS E QUADROS	x
LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE SIGLAS.....	xii
CAPÍTULO 1	15
INTRODUÇÃO	16
JUSTIFICATIVA	17
OBJETIVOS	20
CAPÍTULO 2 – HEPATITE B	22
Coinfecção do vírus da hepatite B com o vírus da hepatite Delta	24
Formas de transmissão	25
Prevalências do vírus da hepatite B	28
Prevenção da hepatite B	29
CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO FRENTE À HEPATITE B AO NÍVEL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	33
Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento	34
Profissionais da atenção básica versus especializada	36
CAPÍTULO 4 - CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	38
CAPÍTULO 5 - MATERIAIS E MÉTODOS	43
Desenho de estudo	44
Locais de estudo	44
População de estudo	47

Critérios de inclusão e exclusão	47
Instrumento de coleta dos dados	48
Pré-teste	49
Coleta dos dados	50
Variáveis de análise	51
Análise dos dados	53
Aspectos éticos	55
Publicação dos resultados	55
CAPÍTULO 6 – RESULTADOS	56
Características dos entrevistados	57
Conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde	59
Associação entre conhecimento e o uso do manual do Ministério da Saúde	66
Conhecimentos sobre hepatite B e sua transmissão vertical segundo algumas características estudadas	67
Atitudes e Práticas sobre hepatite B e sua transmissão vertical segundo algumas características estudadas	70
CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO	72
Conhecimentos, atitudes e práticas frente à hepatite B e sua transmissão vertical	76
CAPÍTULO 8 – CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	90
APÊNDICES	93

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória, devido a sua importância epidemiológica no Brasil e no mundo. Os agentes etiológicos mais relevantes do ponto de vista clínico e epidemiológico são designados por letras do alfabeto (vírus A, vírus B, vírus C, vírus D e Vírus E) (BRASIL, 2005c).

Dentre estes, o vírus da hepatite B (VHB), o vírus da hepatite C (VHC) e o vírus da hepatite D (VHD), são os de via de transmissão sexual, parenteral e vertical. Desde 1970, após ter sido descrito o primeiro caso de hepatite neonatal, houve avanço no conhecimento dos mecanismos que intervêm nesta via de transmissão e principalmente na prevenção (FOCACCIA, 2007). No mesmo ano outros dois pesquisadores Krugman e Giles concluíram que se tratava do vírus da hepatite tipo B (KRUGMAN e GILES, 1970). A transmissão vertical do vírus da hepatite B é pouco frequente, porém com potencial de cronificação elevado, o que a torna relevante para a saúde pública.

São poucos os estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas que abordam a temática hepatite B, tendo como público alvo os profissionais de saúde, e dentre esses, apenas um foi encontrado com foco voltado para a transmissão vertical da hepatite B (CONCEIÇÃO *et al.*, 2009).

A abordagem condutora do presente trabalho propõe-se identificar e quantificar as diferenças e semelhanças nos conhecimentos, atitudes e práticas entre enfermeiros e médicos que atuam na atenção básica e maternidade para a possibilidade da transmissão vertical da hepatite B.

JUSTIFICATIVA

A hepatite B situa-se entre os mais importantes problemas de saúde pública, em todos os continentes. A Organização Mundial de Saúde estima que dois bilhões de pessoas foram infectadas pelo vírus da hepatite B (VHB) em todo o mundo, e que, desses, 300 milhões de indivíduos sejam portadores crônicos, e que dois milhões morram anualmente vítimas dessa infecção (WHO, 2008).

Por meio do painel Delphi (CASTELO *et al.*, 2007) estimaram o custo para o SUS de um paciente hepatite B crônico, estes concluíram que a progressão da infecção pelo vírus da hepatite B se associa com a elevação do gasto médio por paciente, principalmente a partir do estágio de cirrose descompensada, condição clínica que exige várias intervenções terapêuticas onerosas para o sistema de saúde. Os procedimentos e medicamentos representam os principais componentes do gasto com estes pacientes.

A Portaria 2.080 de 2003 do Ministério da Saúde do Brasil, criou o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV), inserido no Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, implementando o conjunto de ações de saúde relacionadas ao controle das hepatites. Devido não só a gravidade do problema da hepatite B, mas também ao aumento de casos de portadores de hepatite C, foi necessário repensar o modelo de centralização dos casos nos Hospitais Universitários e em grandes hospitais das Secretarias Estaduais de Saúde. O programa iniciou, em 2006, um processo de descentralização do atendimento para a rede de atenção básica e de média complexidade, incluindo a capacitação de profissionais como estratégia para a redução da incidência das hepatites virais e mais qualidade de vida para os portadores da doença (SÃO PAULO, 2006).

Apesar do efetivo cenário das hepatites no país, observa-se que a temática ainda é pouco veiculada pelos meios de comunicação, e, quando presente, não se caracteriza como

instrumento de difusão de conhecimentos básicos, indispensáveis para o desenvolvimento de condutas preventivas. Soma-se a isso a escassez de produção científica a respeito do tema (TURA *et al.*, 2008).

Ao estudar um grupo de profissionais residentes da atenção primária (COPPOLA *et al.*, 2004) observaram lacunas no conhecimento desses profissionais sobre a hepatite C. Já (GAZE, MAUL DE CARVALHO e RANGEL-TURA, 2003) em estudo que objetivou identificar a consistência da informação de profissionais da saúde que atuam ou pretendem atuar na atenção básica, acerca da transmissão transfusional das hepatites B e C, e da relação da transfusão sanguínea como fator de risco para cada etiologia das hepatites virais revelaram que a apropriação de conhecimentos dos profissionais sobre a transmissão das hepatites virais é pouco consistente para garantir a efetivação de programas de prevenção e controle.

Ao descreverem o conhecimento dos profissionais de enfermagem de um hospital militar do município do Rio de Janeiro, acerca da doença hepatite B e as medidas de biossegurança com relação a esse agravo, (PINHEIRO e ZEITOUNE, 2008) identificaram que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa não conhecia todas as formas de transmissão do vírus da hepatite B, como também o número de doses necessárias da vacina anti-hepatite B, evidenciando com isto a necessidade de capacitações para os profissionais e intervenções direcionadas à prevenção da hepatite B.

Sabendo-se do percentual de cronicidade que a transmissão vertical da hepatite B acarreta — 90% dos recém-nascidos que entram em contato com o vírus nessa fase da vida tendem a cronificar — e da disponibilidade de uma forma barata e eficaz de se evitar ou diminuir o risco dessa transmissão pela vacinação, julga-se de extrema relevância a identificação dos conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais envolvidos no processo de pré-natal, parto e/ou puerpério.

Como citado, existem na literatura alguns estudos que já identificaram os conhecimentos, atitudes e práticas sobre a hepatite B ((ANGELO *et al.*, 2007; BARBOSA *et al.*, 2006; PINHEIRO e ZEITOUNE, 2008). Porém julga-se que a temática ainda não foi esgotada tendo em vista a identificação de poucos artigos relacionados ao tema da transmissão vertical desse vírus.

Um dos elos que propicia a transmissão vertical da hepatite B — é o não conhecimento e/ou não cumprimento das ações necessárias para a prevenção — está no fato de identificar quanto no de aproximar os profissionais da importância do pré-natal para quebra da cadeia da transmissão vertical do vírus da hepatite B, além das competências que lhes cabem como profissionais da saúde envolvidos no pré-natal e/ou parto, ressaltando que são atores estratégicos no processo de construção e veiculação de informações necessárias para o desenvolvimento de condutas preventivas e de controle da hepatite B para a população assistida por eles.

OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Analisar os conhecimentos de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família e de uma maternidade pública da zona oeste de Manaus, com suas atitudes e práticas a respeito da transmissão vertical da hepatite B.

1.2 Objetivos Específicos

- Construir o modelo lógico para investigação de conhecimento atitude e prática dos profissionais da saúde frente às ações de prevenção da transmissão vertical da hepatite B.
- Listar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família e da maternidade frente às ações, no seu nível de atuação, para a prevenção da transmissão vertical da hepatite B, identificando suas diferenças e semelhanças de acordo com a categoria profissional.
- Comparar os conhecimentos, atitudes e práticas informadas pelos profissionais da estratégia saúde da família (ESF) e da maternidade frente às ações de prevenção da transmissão vertical da hepatite B.
- Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais a respeito da transmissão vertical da hepatite B de acordo com os manuais técnicos do Ministério da Saúde.

- Identificar o conhecimento dos profissionais, dos dois serviços participantes do estudo, a respeito da hepatite Delta e sua relação com a hepatite B.
- Determinar o nível de conhecimentos, atitudes e práticas sobre a hepatite B e analisá-los segundo variáveis estudadas.

CAPÍTULO 2 – HEPATITE B

HEPATITE B

As hepatites virais se constituem em grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil. Estas são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, as quais apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes (BRASIL, 2005c).

A distribuição das hepatites virais é universal, com magnitude diferente entre as diversas regiões. No Brasil, também há grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos. As hepatites virais têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas (BRASIL, 2005c).

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que 15% da população já esteve em contato com o vírus da hepatite B (VHB) e que, em média, cerca de 60% dos indivíduos apresentam anticorpo contra o vírus da hepatite A (anti-VHA) (BRASIL, 2005c). Os vírus da hepatite A, B e C são responsáveis pela maioria das formas agudas da infecção, na qual cerca de 5 a 20% destas hepatites agudas permanecem sem definição etiológica (FERREIRA e SILVEIRA, 2004). Quando os recém-nascidos entram em contato com sangue contaminado, da mãe, pelo VHB há 90% de chances de se tornarem cronicamente infectados; quando esta ocorre aos cinco anos a possibilidade cai para 30 – 50% sendo a taxa reduzida para 5 – 10% se a infecção ocorrer em adultos (FERREIRA e SILVEIRA, 2004).

Para fins de vigilância epidemiológica, as hepatites são doenças de notificação compulsória inclusive para casos suspeitos, ou seja, mesmo antes da confirmação do diagnóstico, e podem ser agrupadas de acordo com a maneira preferencial de transmissão em fecal-oral (vírus A e E) e sexual, parenteral e vertical (vírus B, C, D); mas são pelo menos sete os tipos de vírus que já foram identificados: A, B, C, D, E, G e TTV, os quais têm em comum o hepatotropismo (BRASIL, 2005c).

Apesar do vírus da hepatite B ser o segundo em número de casos e com uma prevalência bastante inferior (3,4 casos por 100 mil habitantes) ao vírus da hepatite tipo A (24,58 casos por 100 mil habitantes) no estado do Amazonas de 2005 a 2008, campeã em número de casos no estado. Isso não faz do VHB menos importante devido ao seu poder cronicidade e complexidade¹.

O agente etiológico da hepatite B (HB) foi identificado a partir das descobertas de Blumberg e colaboradores na década de 60 do século XX, e com os diversos estudos que se seguiram, foi possível caracterizar o vírus da hepatite B (VHB) e seus marcadores virais. Os marcadores sorológicos de triagem para o diagnóstico definitivo da hepatite B são: o antígeno de superfície do VHB que está presente nas infecções agudas e crônicas — HBsAg; o anticorpo contra o antígeno do núcleo do VHB que indica contato prévio com o vírus e permanece detectável por toda a vida — Anti-HBc e o anticorpo contra o antígeno de superfície do VHB que é detectado geralmente entre 1 a 10 semanas após o desaparecimento do HBsAg e indica bom prognóstico sendo também encontrado isoladamente em pacientes vacinados — Anti-HBs (BRASIL, 2005c).

A compreensão das vias de transmissão e das formas de prevenção da infecção pelo VHB, tanto em crianças como em adultos, é de fundamental importância para a definição de estratégias de saúde pública e controle da infecção.

2.1 Coinfecção do vírus da hepatite B com o vírus da hepatite Delta

O vírus da hepatite Delta (VHD) foi inicialmente descrito em 1977. Trata-se de um vírus RNA defectivo, sem envelope próprio, cuja principal característica é utilizar o envelope do vírus da hepatite B, tornando viável a sua sobrevivência e replicação. O vírus se dissemina por via parenteral, sexual e vertical, podendo ser transmitido ao mesmo tempo em que se

¹ Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS, 2009.

transmite o vírus da hepatite B, ou ainda, comumente, superinfectar portadores do VHB. No primeiro caso, existe uma coinfeção, quando o paciente tenderá a desenvolver uma doença aguda, mais grave, aumentando seu risco de evolução para formas fulminantes. No segundo caso, ocorre a superinfecção, quando o portador do vírus B sofre agudização da sua doença, motivada pela atividade do VHD (BRASIL, 2010a).

A principal consequência clínica da infecção aguda pelo VHD em portadores do VHB é a tendência à forma fulminante da doença, visto que o indivíduo já pode ter algum comprometimento da reserva funcional hepática e, quando superinfectado, descompensará a sua doença. O paciente cronicamente infectado pelo VHD tenderá a evoluir mais gravemente, com desenvolvimento mais acelerado de cirrose hepática (BRASIL, 2010a).

Quanto ao diagnóstico recomenda-se que os pacientes portadores de HBsAg em áreas endêmicas (Amazônia), assim como aqueles que tenham história de viagens ou residência prévia na Amazônia, sejam rastreados para o anti-VHD IgG. Caso sejam reagentes, devem ter determinada a viremia, VHD-RNA por PCR ou anti-VHD IgM, se disponível (BRASIL, 2010a).

2.2 Formas de transmissão

Em relação ao mecanismo de transmissão, é importante considerar que o VHB pode permanecer no organismo humano por período de tempo prolongado, superior a seis meses, caracterizando assim o estado de portador. É mais frequente em homens, geralmente como consequência de infecções adquiridas em idade mais jovem, sendo mais suscetíveis os indivíduos com deficiências imunológicas naturais ou adquiridas (FONSECA, 2009).

Porém a razão de sexos ao longo dos anos reduziu quase à metade, 2:1 em 1999, para 1,2:1 em 2009. Ainda sim as taxas de detecção entre os homens foram maiores, destacando 2009 com 8,4 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2010b).

O vírus da hepatite B é transmitido por exposição percutânea ou da mucosa, por meio do sangue infectado ou por outros fluidos do corpo. Uma variação na frequência dos modos de transmissão pode ser observada de acordo com padrão endêmico da região. Em regiões de alta prevalência, a transmissão perinatal adquire grande importância (transmissão vertical), ao passo que em regiões de baixa prevalência a transmissão sexual e parenteral assume maior vulto (transmissão horizontal). Locais com prevalência intermediária apresentam certa mistura de padrões de transmissão, com comportamento epidemiológico variável (FOCACIA, 2007).

A transmissão horizontal de criança para criança é responsável por parte das infecções pelo VHB. Apesar de não se saber a forma exata como este tipo de transmissão ocorre, acredita-se que soluções de continuidade cutâneas, associadas a contato íntimo representam um papel fundamental neste tipo de transmissão. A transmissão em adultos é a forma primária de transmissão em áreas de baixa endemicidade. A transmissão sexual, tanto hetero quanto homossexual, é responsável pela maior parte da transmissão neste grupo (FOCACIA, 2007).

A transmissão vertical ou perinatal é um dos modos mais eficientes e temíveis de transmissão do VHB a qual será mais bem discutida na seção posterior.

2.2.1 Transmissão vertical

A transmissão vertical, definida como contágio da mãe para o filho desde a concepção até o final da gestação, também no período perinatal que termina no primeiro mês de vida e, no pós-natal ao longo dos primeiros anos de vida. Neste último período há maior risco de contágio no primeiro ano, porém em alguns casos pode se prolongar até ao redor dos 5 anos se a mãe tiver a presença do marcador de replicação viral. A partir deste ponto, a transmissão é considerada horizontal. Enquanto apenas 5 a 10% dos que adquirem a infecção na idade adulta evoluem para a forma crônica, em neonatos, filhos de mães portadoras do vírus da

hepatite B (VHB), o risco de isso ocorrer atinge aproximadamente 90%. Alguns pesquisadores denominam este tipo de transmissão como perinatal, período que, por definição, compreende desde a 20ª semana de gestação até o primeiro mês de vida extra-uterina, sendo uma etapa da vida na qual existe maior risco de transmissão vertical do VHB, embora não seja a única fase na qual pode se apresentar este contágio (FOCACCIA, 2007; PERIM e PASSOS, 2005)

O risco de transmissão perinatal é maior em mães portadoras do HBsAg com HBeAg positivo (70% a 90%) e menor entre aquelas com HBeAg negativo (5% a 20%). Dos recém-nascidos que se infectam por exposição aguda, a partir das mães portadoras do HBsAg e HBeAg, 90% evoluem para cronicidade. Todavia entre adultos expostos, apenas 5% tendem a evoluir para a cronicidade. Se a mulher contrair a infecção nos dois primeiros trimestres da gestação, a probabilidade de transmissão oscila entre 16% e 25%, se acontecer no terceiro trimestre, ou nos dois primeiros meses pós-parto, a transmissão acontece entre 63% a 83% (FOCACCIA, 2007)

Apesar do relato da presença do HBsAg no leite materno de mães portadoras do VHB, não existe evidências de transmissão da infecção por esta via desde que os recém-nascidos tenham recebido a primeira dose da vacina e imunoglobulina antes da primeira mamada (BRASIL, 2005c).

A cesária quando eletiva demonstrou que, quando não existindo contrações uterinas que possam alterar a barreira placentária, o nível de transfusão sanguínea ao feto é inferior comparado ao parto normal ou cesária praticada pela má progressão do feto pelo canal do parto. Porém pela não comprovação científica que demonstre menor percentagem de transmissão vertical pelo parto cesário, o parto vaginal sistemático em mulheres com HBsAg não deve ser desaconselhado (FOCACCIA, 2007). Os dados sobre modo de transmissão,

somados aos dados de prevalência são fundamentais na definição de estratégias de imunoprofilaxia e na adoção de medidas de triagem sorológica pré-natal.

2.3 Prevalências do vírus da hepatite B

Na população em geral, a prevalência da infecção atual pelo Vírus da Hepatite B-VHB mede-se por meio da detecção no soro do antígeno de superfície do VHB (HBsAg). A prevalência do VHB é reconhecida quanto aos aspectos epidemiológicos e geográficos de transmissão como: baixa (menor que 2%); intermediária (2-8%) e alta (maior que 8%). As áreas de alta endemicidade são aquelas onde grande parte da população se infecta pelo VHB, com especial ênfase para a infecção adquirida no período perinatal e durante a infância. As áreas de endemicidade intermediária geralmente apresentam prevalência de portadores do VHB entre 2% e 5%, com cerca de 30% a 50% da população com evidência sorológica de infecção prévia pelo VHB. Nestas áreas, ocorre um misto de transmissão na infância e entre adultos. A maioria das infecções das áreas de baixa endemicidade ocorre entre adultos por via de transmissão sexual, uso de drogas injetáveis ou exposição ocupacional com material contaminado (FOCACCIA, 2007).

Os dados parciais do Estudo de Prevalência de Base Populacional das Infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil mostram que o país está em melhores condições do que apontavam as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a doença (Figura 1). Diferentemente do que a instituição estimava, o país tem baixa prevalência para a hepatite B crônica (BRASIL, 2005c).

Tal constatação pode estar associada à implantação da vacina contra a hepatite B como rotina no Brasil desde 1991. Em estudo realizado no interior do Amazonas para estimar a prevalência da infecção pelos vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite Delta (VHD) 11 anos

após a introdução da vacina contra hepatite B na região (BRAGA *et al.*, 2004) constatou-se a redução significativa da taxa de portadores do AgHBs nas comunidades estudadas.

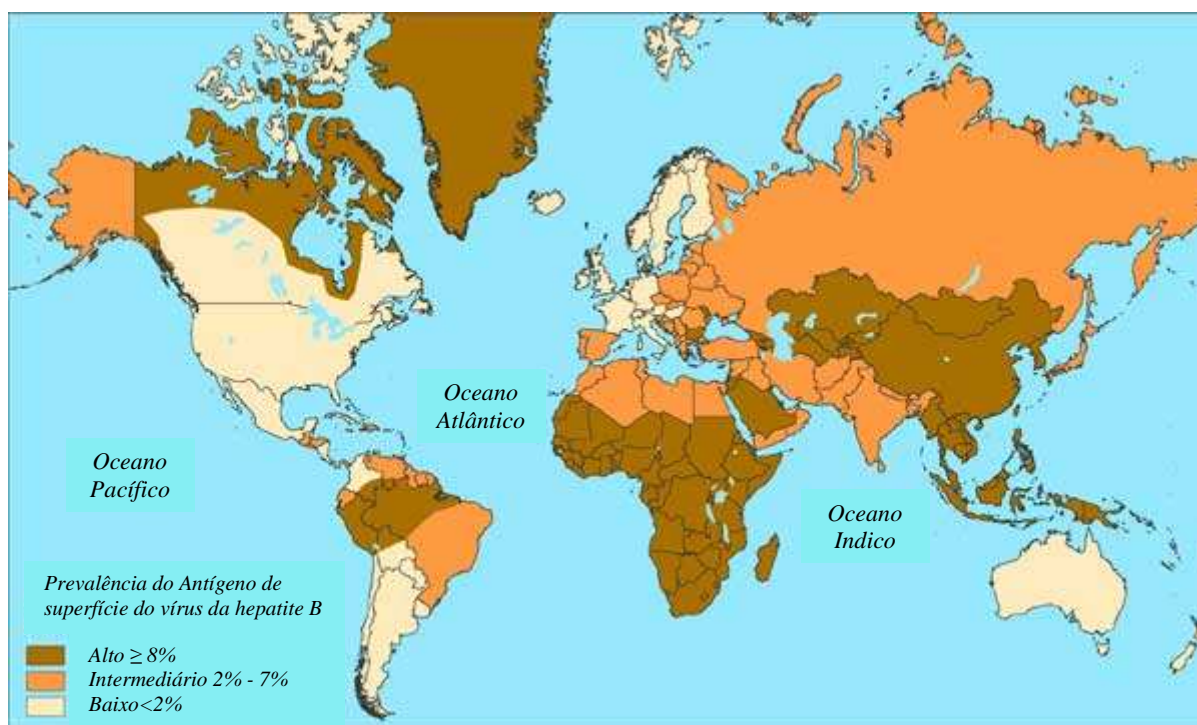


Figura 1 - Prevalência da infecção crônica do vírus da hepatite B, 2006
Fonte: (CDC, 2006)

2.4 Prevenção da hepatite B

Há consenso internacional de que a infecção pelo VHB tem enorme importância e que sua prevenção receba especial prioridade. A prevenção pelo VHB passa pela redução dos riscos de transmissão. Na aquisição horizontal: sexo seguro, triagem de doadores em transfusão de sangue, cuidados com materiais perfuro cortantes dentre outros. Na transmissão vertical: triagem prévia das grávidas, eventual administração de antiviral seguro durante a fase final da gestação, pretendendo-se a redução da carga viral do VHB; imunoprofilaxia para os recém-nascidos (RNs) de mães positivas para o VHB (ARAUJO, 2008).

Certamente, a medida preventiva mais eficaz é a vacinação específica para a hepatite B. Disponível nas salas de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS) para faixas etárias específicas — menores de um ano de idade, a partir do nascimento, referencialmente nas

primeiras 12 horas após o parto além de crianças e adolescentes entre um e 19 anos de idade — e para situações de maior vulnerabilidade — comunicantes sexuais e domiciliares de pacientes AgHBs positivos; profissionais de saúde; pacientes em programas de hemodiálise; pacientes com infecção pelo HIV ou AIDS; pacientes portadores de hepatite C; homens que fazem sexo com homens ou homens que fazem sexo com homens e com mulheres; profissionais do sexo; profissionais e pacientes de instituições de saúde e corretivas, manicures, caminhoneiros e gestantes estão entre os beneficiados da ampliação da oferta de vacina contra hepatite B no SUS. Este grupo considerado como mais vulneráveis não há restrição de idade para vacinação. Para as gestantes a única recomendação é a vacinação após o terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2010b).

A vacina contra hepatite B deve ser administrada por via intramuscular (IM), na região deltóide, ou, em crianças pequenas, no vasto lateral da coxa. Não devem ser aplicadas na região glútea, pois a adoção desse procedimento se associa com menor imunogenicidade, pelo menos em adultos (ARAUJO, 2008).

Na Figura 2 apresenta-se o esquema da imunoprofilaxia do VHB com imunobiológicos.

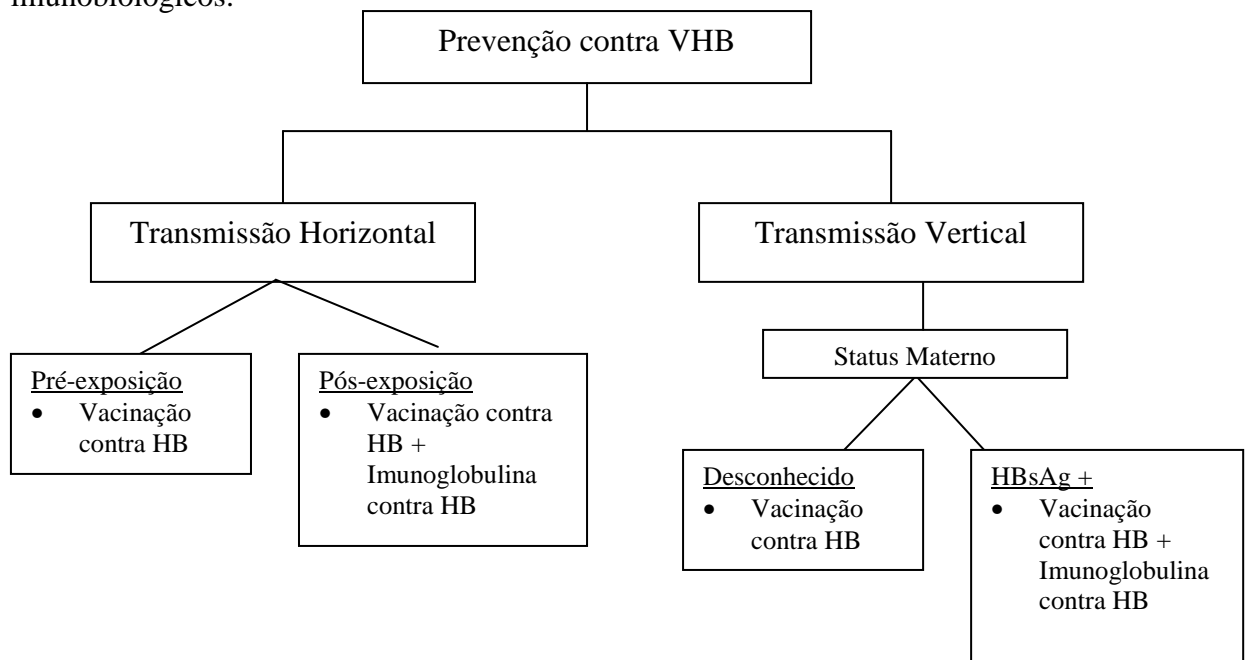


Figura 2- Fluxograma de prevenção contra o vírus da hepatite B
 Fonte: Adaptado (FONSECA, 2009)

Há diversos esquemas vacinais. O esquema habitual de vacinação contra hepatite B consiste em três doses (0, 1 e 6 meses). Em crianças, o ideal é iniciá-lo imediatamente após o parto, em dose adequada, para evitar a transmissão vertical quando a mãe for HBsAg/HBeAg-positiva. Quando ocorrer atraso no início da aplicação, completar as três doses, não havendo necessidade de recomeçar o esquema. Nesse caso, o intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose é de um mês; entre a segunda e a terceira doses é de dois meses. O aumento de intervalo entre a segunda e a terceira doses aumenta o título final de anticorpos (BRASIL, 2008).

Não há contra-indicação à sua administração na gestação e nenhum trabalho que demonstre danos ao feto de mulheres vacinadas na gestação. A vacinação não contra indica o aleitamento materno, pois a vacina não contém partículas infecciosas do VHB. No caso das crianças prematuras com peso de nascimento igual ou inferior a 2.000g, ou idade gestacional igual ou inferior a 33 semanas, recomenda-se o esquema 0, 1, 2 e 6 meses (BRASIL, 2008).

2.4.1 Prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B

A vacinação contra a hepatite B, nas primeiras 12 horas após o nascimento, é altamente eficaz na prevenção da transmissão vertical do vírus da hepatite B. Assim deve-se proceder à vacinação sistemática e universal de todos os recém-nascidos, independente de realização prévia de teste sorológico na mãe. A precocidade da aplicação da vacina é essencial para evitar a transmissão vertical. É necessário completar o esquema vacinal com a aplicação de mais duas doses (BRASIL, 2008).

Em recém-nascido filho de mãe HBsAg positivo utiliza-se a imunoglobulina contra hepatite B em dose de 0,5ml por via IM. A aplicação deverá ser feita em local diferente da usada para a vacina contra hepatite B (BRASIL, 2008). O uso da imunoglobulina hiperimune contra a hepatite B é medida adicional na profilaxia, em recém-nascidos filhos de mães

HBsAg reagentes, devendo ser aplicada, de preferência, nas primeiras 12 horas e no máximo até o sétimo dia após o nascimento (BRASIL, 2008).

**CAPÍTULO 3- ATENÇÃO FRENTE À HEPATITE B AO NÍVEL DA
ATENÇÃO BÁSICA**

ATENÇÃO FRENTE À HEPATITE B AO NÍVEL DA ATENÇÃO BÁSICA

Com a descentralização da assistência as hepatites virais, implementada em 2006 pelo Ministério da Saúde, ficaram a cargo da atenção básica, a prevenção da hepatite B e o controle da transmissão vertical da hepatite B (SÃO PAULO, 2006). Neste contexto cada profissional da equipe multidisciplinar que compõe a estratégia saúde da família tem o seu papel pré-definido nesta abordagem. Para tornar viável esse processo, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, cujas ações preventivas da transmissão vertical devem ser incorporadas no pré-natal (Anexo 1 - Fluxograma da assistência pré-natal, pré-estabelecida pelo protocolo de assistência pré-natal do município de Manaus) que vem sendo realizado pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

3.1 Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento

Considerando a importância da atenção pré-natal, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, propondo incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer no pré-natal e puerpério.

A atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde consiste na organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2005b).

Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, o Ministério da Saúde recomenda a triagem sorológica durante o pré-natal, por meio da detecção do HBsAg, que

deve ser realizado, preferencialmente, próximo à 30ª semana de gestação. Caso a gestante seja HBsAg positivo, ela deve ser encaminhada, após o parto, para avaliação em serviço de referência; e, nas primeiras 12 horas de vida do recém nascido, deve-se administrar a Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB) e a imunização ativa (vacina), com doses subsequentes com um e seis meses, sendo necessária a confirmação da imunidade pós-vacinal pela realização do Anti-HBs, até um ano de idade (BRASIL, 2005c). A Figura 3 apresenta o fluxo de conduta para hepatite B no pré-natal.

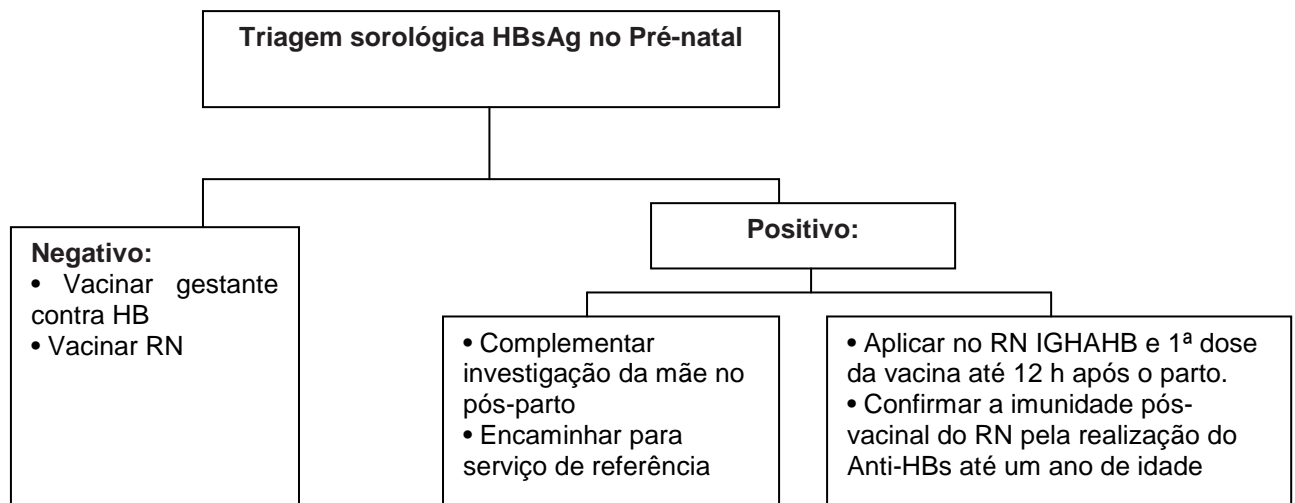


Figura 3 - Fluxo de conduta para Hepatite B no pré-natal

Fonte: Brasil, 2006.

Legenda HB= Hepatite B; RN = Recém-nascido; IGHAHB = Imunoglobulina Humana anti-hepatite B; Anti-HBs = anticorpo contra o antígeno de superfície do VHB

É sabido que a identificação das gestantes positivas depende exclusivamente da qualidade da assistência pré-natal. As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem. Assim recomenda a Organização Mundial da Saúde, uma atenção pré-natal multiprofissional, com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais (BRASIL, 2005b).

3.2 Profissionais da atenção básica versus especializada

Conforme o conhecimento se acumula, os profissionais tendem a cada vez mais, se especializar para lidar com o volume de novas informações e administrá-lo. Com isso as profissões da área da saúde ficam mais fragmentadas, com um estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre doença ou tipos de doença específicas, em vez de considerar a saúde geral das pessoas e comunidades (STARFIELD, 2002).

Embora seja possível que a tendência à especialização baseada no conhecimento mais atual ofereça uma atenção altamente eficaz a doenças individuais, é improvável que produza uma atenção básica altamente efetiva (STARFIELD, 2002). A atenção médica — quando digo médica me refiro à atenção à saúde independente do profissional que a dispensa — eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; devendo considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive.

Assim, os especialistas podem oferecer a atenção mais apropriada para as enfermidades específicas dentro de sua área de competência especial, mas um profissional de atenção primária deve integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentem (STARFIELD, 2002).

Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde (STARFIELD, 2002).

A competência para lidar com um problema vem não apenas com o treinamento, mas também com a prática; estudos demonstraram que a frequência com a qual um problema é encontrado é um importante determinante da qualidade da atenção. Portanto não é de surpreender que os especialistas tratando pacientes com diagnósticos dentro do escopo de sua

especialidade, geralmente, são tidos como aqueles que fornecem atenção de melhor qualidade para estes problemas do que os profissionais da atenção primária (STARFIELD, 2002).

Com isso talvez os especialistas em ginecologia/obstetrícia sejam eles médicos ou não médicos que trabalham na maternidade, sejam mais bem vistos e ditos mais competentes pelos usuários dos serviços de saúde que os profissionais que atuam na estratégia saúde da família não especializados em ginecologia/obstetrícia.

No que tange à prevenção, a especialização direcionada ao tratamento específico de determinado agravo, impede de maximizar a saúde porque a prevenção da enfermidade e a promoção da saúde transcendem as especificidades, requerendo uma perspectiva mais ampla do que a que pode ser alcançada pelo especialista. É provável que para a obtenção de uma assistência à saúde efetiva e equânime, esta tenha de ter uma forte orientação da atenção básica, pois esta enfoca a saúde das pessoas na constelação de outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas trabalham e vivem, cuja perspectiva não é alcançada pela atenção especializada (STARFIELD, 2002).

A preocupação assinalada em relação às práticas de diagnóstico e prevenção da hepatite B e às intervenções na atenção à saúde das gestantes, associada a incorreções ou inexatidões nos conhecimentos relativos a estas infecções conforme demonstra a literatura, leva a questionar se existe uma possível contradição entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde que lidam com o processo de pré-natal, parto e puerpério.

**CAPÍTULO 4 - CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A abordagem conceitual assume que as competências são desenvolvidas por meio da assimilação de conhecimentos e integração de habilidades e atitudes no trabalho prático, possibilitando a tomada de decisões fundamentadas em conhecimentos. O conceito do termo competência é baseado em três dimensões: conhecimento, atitude e prática.

Os conceitos de conhecimento, atitude e prática, a partir das definições empregadas por (LEME, 2006; MARINHO *et al.*, 2003), são estabelecidos da seguinte forma:

- **Conhecimento:** É o saber, o que aprendemos nas escolas, universidades, nos livros, no trabalho e na escola da vida.
- **Atitude:** É essencialmente ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo - dimensão emocional. É o que nos leva a exercitar nossa habilidade de um determinado conhecimento, pois ela é o querer fazer.
- **Prática:** É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo - dimensão social. É o saber fazer, de tudo o que nos utilizamos dos nossos conhecimentos no dia-a-dia.

Estudos mostram que a redução da morbi-mortalidade materna e perinatal depende do investimento e reestruturação da assistência à gestante e ao recém-nascido, de forma a melhorar sua qualidade, e da formação e capacitação de médicos e outros profissionais de saúde para a promoção da maternidade segura (LANSKY, FRANÇA e LEAL, 2002). Para

isso, os profissionais de saúde devem possuir competências para manejar adequadamente tanto a gestação, quanto o trabalho de parto, o parto e os cuidados com os recém-nascidos.

Como o estudo se propõe a identificar os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família e de uma maternidade pública da zona oeste de Manaus a respeito das ações para a prevenção da transmissão vertical da hepatite B, estruturou-se um Modelo Lógico (Figura 4). Modelo Lógico é definido por Bunge (1974) *apud* (MEDINA *et al.*, 2005) como um “*sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto modelo, que é, por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal*”. O Modelo Lógico deste estudo utilizou como base: o manual técnico sobre parto e puerpério humanizado, do Ministério da Saúde; os protocolos de assistência clínica as gestantes com sorologia positiva para a hepatite B, os quais normatizam os procedimentos para prevenção e manejo da transmissão vertical de hepatite B; e o referencial teórico que fundamenta a abordagem deste estudo.

O Modelo Lógico demonstrado na Figura 4 visa apresentar os fatores determinantes para prevenção e controle da transmissão vertical da hepatite B. Neste a atenção à saúde foi dividida em primária (atenção básica) e secundária (maternidade). No que se refere à atenção básica, foram demonstradas ações do pré-natal, ressaltando as competências de médicos e enfermeiros, e de imunização, que serão denominados fatores de prevenção.

Quanto à atenção secundária, realizada na maternidade, destaca-se as ações de atenção obstétrica e neonatal e as de vigilância epidemiológica que devem ser realizadas neste âmbito de atenção para interromper e controlar a cadeia de transmissão da hepatite B.

Embora a vigilância epidemiológica e os fatores maternos tenham sido contemplados no Modelo Lógico, porque ambos influenciam no evento da transmissão vertical da hepatite B, eles não foram investigados nesta pesquisa pela necessidade de se delimitar o escopo da abordagem.

A categoria atributos dos profissionais contempla variáveis que, além de instrumentalizar o saber e o fazer do profissional, podem contribuir para evitar esta forma de transmissão, tais como: formação acadêmica (graduação), local onde trabalha, tempo de serviço e realização de capacitação.

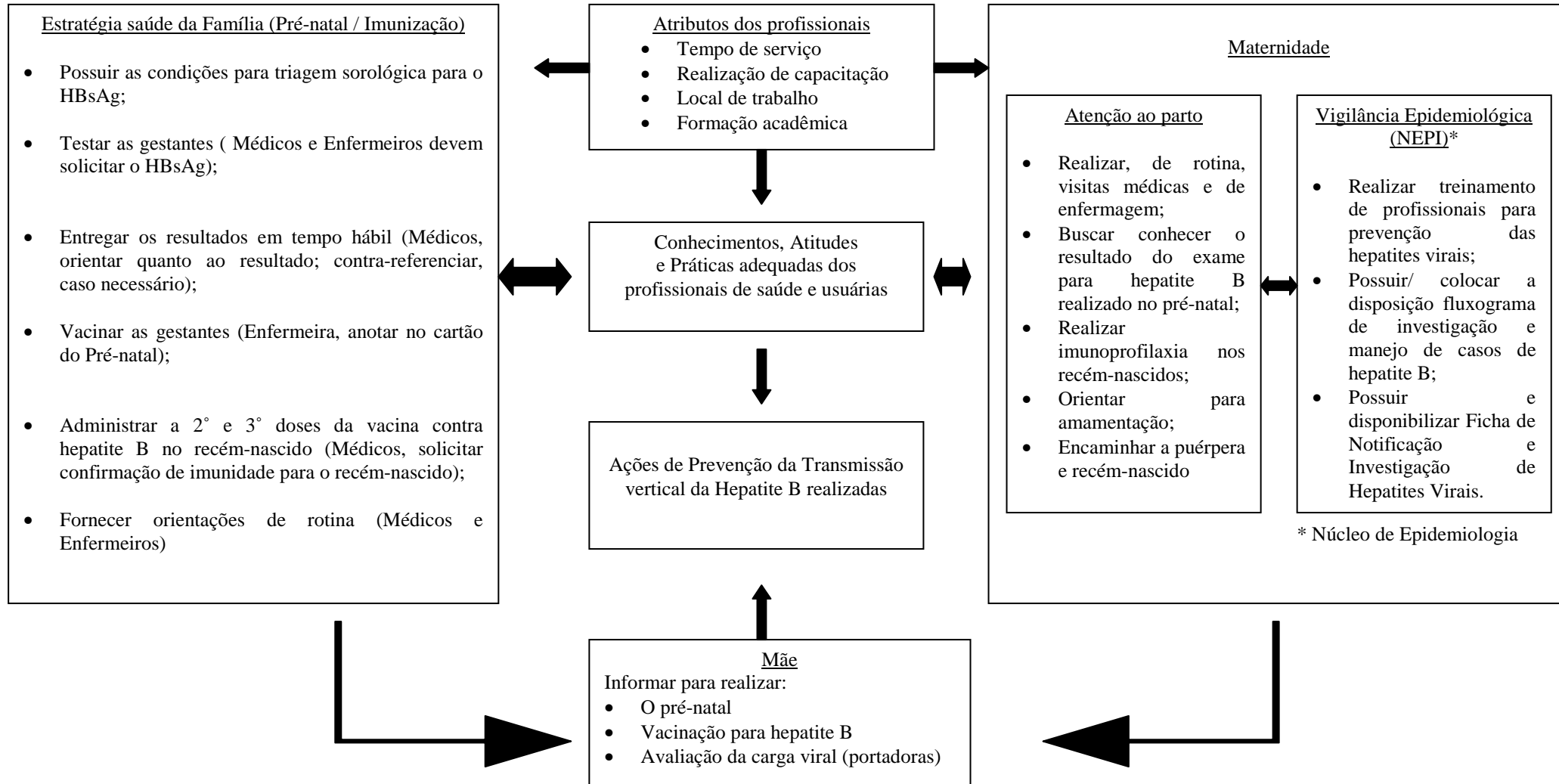


Figura 5 - Modelo Lógico para investigação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frente às ações de prevenção da transmissão vertical da hepatite B

CAPÍTULO 5 - MATERIAIS E MÉTODOS

MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho de estudo

Estudo transversal, quantitativo, de caráter descritivo e analítico, realizado a partir de dados primários coletados por meio de questionário de auto-preenchimento, aplicados a médicos e enfermeiros.

5.2 Locais de estudo

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Manaus com população de 1.802.525 habitantes e área territorial de 11.401 km², possui seis maternidades públicas, sendo cinco de gestão estadual e uma de gestão municipal. Dados de novembro de 2009 apontavam que a cobertura da atenção básica nos quatro distritos de saúde do município de Manaus era em média de 42%. O distrito de saúde oeste da cidade possui em média 40% de cobertura da atenção básica, atendendo a 161.561 pessoas cadastradas para o mesmo período². Portanto, a cobertura da atenção básica no distrito oeste não difere substancialmente a média de cobertura na cidade.

Justifica-se a escolha do distrito de saúde oeste por questões de logística e capacidade de recursos humanos, visto que os dados foram coletados exclusivamente pela pesquisadora principal.

O local estudado foi a maternidade Moura Tapajós do distrito de saúde Oeste da cidade de Manaus por ser a única gerida pela secretaria municipal de saúde. Por conseguinte, fizeram parte do estudo as equipes da estratégia saúde da família, do mesmo distrito que referenciam para a citada maternidade. A caracterização dos locais alvo da pesquisa foram descritos separadamente a seguir.

² Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), Departamento de Atenção Básica.

A maternidade Maternidade Moura Tapajós é credenciada junto ao Ministério da Saúde para o Projeto Nascer que visa diminuir a morbimortalidade por transmissão vertical da sífilis congênita e do Vírus da Imunodeficiência Humana-HIV, e é Maternidade Amiga da Criança que tem como objetivo estimular o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida dos recém-nascidos. Possui 64 leitos, sendo 37 de alojamento conjunto, 10 de pré-parto, 3 de alto risco, 8 tratamento clínico e 6 de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Embora seja a maternidade de referência para o distrito oeste, sua clientela não é exclusiva da área de abrangência. Está estruturada para atender a mulher no parto e puerpério sem complicações, e quando há necessidade, as mães e recém-nascidos são referenciados a outros serviços de maior complexidade.

O quantitativo de profissional utilizado para esta pesquisa foi baseado nas escalas de trabalho dos meses de julho, agosto e setembro de 2010. A escala da equipe médico-obstétrica era composta por 30 profissionais no plantão diurno e 25 no noturno. Os mesmos atuam na assistência a gestante/parturiente nos seguintes setores: admissão; pré-parto (local onde transcorre o trabalho de parto); sala de parto normal; e centro cirúrgico (para ocorrência de parto cesário, aspiração manual intra-uterina e curetagem, dentre outros procedimentos).

A escala da equipe de enfermeiros era composta por 49 profissionais, distribuídos por plantão (A, B e C diurno e noturno) nos seguintes setores: admissão, pré-parto, acolhimento, tratamento clínico, bloco obstétrico, sala de parto, centro de material e esterilização, assistência ao recém-nascido-RN, alojamento conjunto e UTI-neonatal. Ocorre permuta de profissionais a cada mês pelos setores, sendo de escala fixa os enfermeiros da UTI-neonatal.

É rotina do serviço a solicitação e realização, em todas as mulheres internadas, dos seguintes exames: tipagem sanguínea, fator Rh, hematócrito, hemoglobina, VDRL e teste rápido para HIV (com consentimento da paciente). Os exames de toxoplasmose, rubéola e hepatite B/HBsAg são verificados, no cartão da gestante, se foram realizados no pré-natal.

As Unidades Básicas de Saúde da Família do distrito de saúde oeste – UBSF–O, totalizam 46 equipes, distribuídas em 16 bairros dos 17 deste distrito de saúde da cidade de Manaus. Destas apenas 31 UBSF-O tinham ambos os profissionais – médico e enfermeiro, público alvo da pesquisa – atuando entre os meses de julho, agosto e setembro de 2010, período em que foi realizada a coleta dos dados.

No desenvolvimento de suas atividades, a ESF, de característica multiprofissional, deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2005a).

Dentre algumas das competências das equipes de saúde da família, está a atenção pré-natal e puerperal. A atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde. As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem. De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo (a) enfermeiro (a).

Para ser qualificada, a atenção pré-natal e puerperal se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso aos serviços de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (BRASIL, 2005b).

5.3 População de estudo

Não foram utilizados métodos probabilísticos de amostragem, portanto os sujeitos da pesquisa foram todos os médicos e enfermeiros, que atuavam no pré-natal, parto e/ou puerpério e que trabalhavam nas citadas unidades de saúde da área de estudo delimitada.

Na maternidade foram detectados 50 médicos (as) obstetras e 49 enfermeiros (as). Quanto à estratégia saúde da família, no período da coleta havia 41 médicos (as) e 46 enfermeiros (as).

Decidiu-se concentrar a pesquisa nesses profissionais pelo fato de os mesmos serem os responsáveis pelo controle e prevenção da transmissão vertical da hepatite B no pré-natal, parto e/ou puerpério.

O manual técnico do Ministério da Saúde de atenção pré-natal e puerperal, traz as responsabilidades na execução da atenção pré-natal. Com relação ao enfermeiro (a) este realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço; encaminha gestantes identificadas como de risco para o médico além de fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta. Já o médico (a) realiza consulta de pré-natal, intercalando com o (a) enfermeiro (a); solicita exames e orienta tratamento conforme as normas técnicas e operacionais além de atender às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência, quando necessário.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os participantes foram incluídos na pesquisa os seguintes critérios foram satisfeitos: aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ter no mínimo um ano de graduação e atuar há pelo menos um ano no serviço; ser médico (a) ou enfermeiro (a) do serviço com nome no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como profissional do local de atuação, evitando assim estagiários ou profissionais

voluntários. Foi considerado excluído da pesquisa o sujeito que não satisfizesse qualquer um dos critérios apresentados.

O não aceite em participar e consequente negativa de assinatura do TCLE (Apêndice 2) foi considerado como perda na pesquisa. Do mesmo modo foram perdidos os casos em que não foi possível acessar o profissional, em pelo menos três tentativas. Esta última foi uma estratégia de abordar os profissionais que por qualquer motivo não estivessem no local no momento da pesquisa, seja por licença férias ou absenteísmo.

5.5 Instrumento de coleta dos dados

O instrumento utilizado na pesquisa foi um questionário auto-preenchível, com questões fechadas e abertas (Apêndice 3), o qual contém 31 questões abordando caracterização da população de estudo (questões de 1 a 8), e as demais eram questões relativas aos conhecimentos, atitudes e práticas referente à hepatite B e sua transmissão vertical. Nas questões de 15 a 24 havia orientação para preenchimento exclusivo dos profissionais da estratégia saúde da família–ESF, por serem referente ao pré-natal, ao passo que as demais questões deveriam ser respondidas tanto por quem trabalhava na maternidade quanto na ESF.

Devido não ter sido identificado um instrumento previamente testado ou validado para medir os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais sobre a hepatite B e sua transmissão vertical, decidiu-se elaborar um questionário, o qual foi submetido à especialistas na temática da hepatite B para avaliação e adequações, buscando-se atingir ao menos a validade de face e de conteúdo (REICHENHEIM, KLEIN e MORAES, 2007). No que tange a validade de face, procurou-se que houvesse menção da utilização de grupos de especialistas na sua avaliação. Já na validade de conteúdo foi também analisada com base nas descrições dos especialistas participantes.

Foram elencados 15 especialistas a partir da identificação em currículo, por meio da Plataforma Lattes, de sua produção científica na área de hepatite B. O contato se deu por meio de e-mail, informando sobre o objetivo da pesquisa e anexando o protótipo do questionário e uma carta de apresentação (Apêndice 1) convidando-os a participar na avaliação do questionário. Foi demandada a opinião quanto à pertinência das questões elaboradas no sentido de avaliar o constructo denominado conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais.

Seis especialistas responderam com sugestões para adequação do questionário, cuja versão aplicada encontra-se no Apêndice 3.

5.6 Pré-teste

A fim de testar o instrumento, realizou-se um pré-teste na Maternidade Ana Braga e na estratégia saúde da família, ambas localizadas no distrito leste da cidade de Manaus. A abordagem aos profissionais (médicos (as) e enfermeiros (as)) da ESF ocorreu na sede do referido distrito de saúde, no momento de entrega da produção semanal que acontece toda sexta-feira à tarde. Foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e após aceite e assinatura do TCLE foi entregue o questionário. Este preenchido e devolvido logo em seguida. Tal abordagem se repetiu por três sextas-feiras consecutivas no mês de junho de 2010.

O segundo lócus de pré-teste, foi a maternidade Ana Braga. Esta possui três plantões (A, B e C) diurno e noturno para ambas as categorias profissionais. Não foi fornecida pelo serviço a escala dos profissionais alvos da pesquisa, portanto, não se dispõem do universo de profissionais. Foi informado, contudo, que a forma de vínculo da equipe médica obstétrica é por meio de uma cooperativa, o que desencadeia uma flexibilidade na escala destes. A equipe de enfermeiros, ao contrário em sua maioria, são funcionários do estado ou contratados com escala fixa, o que tornou a abordagem, a esta categoria profissional, mais acessível. Da

mesma forma que na atenção básica foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e após aceite e assinatura do TCLE foi entregue o questionário. Este foi preenchido e devolvido logo em seguida. Tal abordagem se repetiu por duas vezes para cada plantão (A, B e C) diurno e noturno, no mês de junho de 2010. Nesta etapa participou 24 profissionais, sendo excluídos do pré-teste aqueles que fizessem parte do grupo de profissionais do distrito sanitário oeste. O processo do pré-teste serviu também para treinamento e calibração da pesquisadora.

Com os resultados do pré-teste procedeu-se a reestruturação do questionário para posterior coleta de dados.

5.7 Coleta dos dados

A abordagem aos profissionais da estratégia saúde da família se deu em seu local de trabalho. Após esclarecer sobre os objetivos da pesquisa, era oferecido o questionário e o TCLE, em duas vias, ficando uma cópia assinada com o participante e outro com a pesquisadora. Como forma de tentar diminuir o número de recusa o preenchimento e entrega do questionário abordagens diferenciadas foram utilizadas, tais como: oferta do questionário ao profissional no momento de entrega da produção semestral na sede do distrito de saúde oeste ou em reunião distrital com posterior busca na data e local marcado pelo profissional.

Os profissionais da maternidade eram visitados no seu dia de plantão, nas dependências da unidade, na qual os que aceitavam participar era oferecido o TCLE e o questionário. Com o intuito de reduzir o número de perdas, assim como na ESF, abordagens diferenciadas para o resgate destes foram utilizadas: busca ao final do plantão, no plantão seguinte ou no seu outro local de trabalho.

5.8 Variáveis de análise

Além das variáveis de interesse principal, relacionadas ao conhecimento, atitude e prática sobre hepatite B e sua transmissão vertical, para caracterizar a população de estudo sociodemográficas dos profissionais (sexo, idade, graduação, ano de graduação, local de trabalho e formação complementar) foram coletadas.

Para a análise dos *conhecimentos*, das *atitudes* e *práticas*, foram adotadas as definições apresentadas nos Quadros 1 e 2 a seguir:

Quadro 1- Classificação de conhecimentos referentes as hepatites B e D e sua transmissão vertical: adequados, parcialmente adequados ou inadequados.

Respostas dos profissionais			
Conhecimentos	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Infecção por hepatite - Agravamento de notificação compulsória	Sim	-	Não
Mecanismos de transmissão do VHB	Sexual, parenteral e vertical	Duas das formas sexual, parenteral ou vertical	Fecal-oral
Mecanismos de transmissão do VHD	Sexual, parenteral e vertical	Duas das formas sexual, parenteral ou vertical	Fecal-oral
Condição adjuvante para ter o VHD	Ser portador do vírus da hepatite B	-	Qualquer outra opção
Esquema vacinal	3 doses com intervalos de 0, 1 e 6 meses	-	Qualquer outra opção
Conduta de prevenção no RN	Sim	-	Não

VHB- Vírus da hepatite B; VHD- vírus da hepatite D; RN- recém-nascido

Quadro 2- Classificação de atitudes e práticas referente a hepatite B e e sua transmissão vertical: adequadas, parcialmente adequadas ou inadequadas.

Respostas dos profissionais			
Atitudes e práticas	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Necessidade de testagem para doença de transmissão vertical no pré-natal	Sim	-	Não
Solicita teste de doença de transmissão vertical no pré-natal	Sim	-	Não
Quais as doenças investigadas	HIV, sífilis, toxoplasmose e hepatite B	Qualquer outra opção	HIV, sífilis e hepatite B
Solicita sorologia para VHB especificando o marcador	Sim	-	Não
Qual marcador solicita para investigar o VHB no pré-natal	HBsAg	-	Qualquer outra opção
Indica vacina para hepatite B para gestante sem contato prévio	Sim	-	Não
Prevenção da transmissão vertical no recém-nascido	Imunoglobulina, vacina para hep. B e referencia	Imunoglobulina, vacina para hep. B	Qualquer outra opção
Marcador confirmatório de imunidade pós-vacinal no recém-nascido	Anti-HBs	-	Qualquer outra opção
Usa manual sobre hepatites virais	Sim	-	Não

VHB- vírus da hepatite B; HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana; HBsAg- antígeno de superfície do VHB; Anti-HBs- anticorpo contra o antígeno de superfície do VHB

5.9 Análise dos dados

Os questionários foram estruturados no aplicativo MakeView do software Epi Info versão 3.5.1 (EPI INFO, 2009), e os dados digitados no módulo EnterData em dupla entrada, por digitadores distintos. Ambas as digitações foram comparadas e corrigidas as divergências. O banco de dados organizado foi exportado para realização das análises estatísticas no programa estatístico STATA 9.0.

Na fase descritiva as variáveis contínuas foram analisadas conforme suas características, distribuição e média. Foram elaboradas tabelas apresentando frequência e percentual das variáveis e suas categorias. As análises foram feitas com todos os sujeitos e estratificando por categoria profissional (médico (a) e enfermeiro (a)) e local de atuação, se maternidade ou estratégia saúde da família.

Para a análise dos resultados foi identificada a necessidade de agregar as dimensões atitudes e práticas em uma só variável. Portanto foi construída a variável conhecimento percentual a partir do somatório de todas as variáveis de conhecimento $((x_1 + x_2 + x_3 + x_4 + x_5 + x_6/12)*100)$, e a variável atitudes e práticas $((x_1 + x_2 + x_3 + x_4 + x_5 + x_6/12)*100)$, (Quadro 3). A partir da variável em percentual, foram criadas as categorias, obedecendo a distribuição em quartis: bom – de 75% a 100%, regular - $>25\%$ e $< 75\%$, e fraco – de 0 a 25%.

Quadro 3- Descrição das variáveis conhecimentos e atitudes e práticas usadas para a construção das categorias bom, regular e fraco.

Variáveis conhecimentos	Variáveis atitudes e práticas
Infecção por hepatite - Agravado de notificação compulsória	Solicita sorologia para VHB especificando o marcador
Mecanismos de transmissão do VHB	Qual marcador solicita para investigar o VHB no pré-natal
Mecanismos de transmissão do VHD	Indica vacina para hepatite B para gestante sem contato prévio
Condição adjuvante para ter o VHD	Prevenção da transmissão vertical no recém-nascido
Esquema vacinal	Marcador confirmatório de imunidade pós-vacinal no recém-nascido
Conduta de prevenção no RN	Usa manual sobre hepatites virais

VHB- Vírus da hepatite B; VHD- vírus da hepatite D; RN- recém-nascido

Procedeu-se análises bivariadas, buscando-se identificar como as variáveis se relacionam ou se associam entre si. Foram aplicados testes de associação do tipo qui-quadrado, de Pearson ou Fisher conforme o caso. Em seguida, os resíduos padronizados da tabela de contingência foram utilizados conforme Pereira (PEREIRA, 2004). Estes revelam os padrões característicos de cada categoria, de cada variável segundo o excesso ou falta de ocorrência de sua combinação com cada categoria da outra variável, permitindo concluir a respeito da significância das associações.

O nível de significância estatística adotado foi de 5% para a associação entre as variáveis no teste do χ^2 . Na análise de resíduos esse nível de significância para o excesso de ocorrências corresponde ao resíduo com valor positivo superior a 1,96.

5.10 Aspectos Éticos

Este projeto não ofereceu qualquer risco aos seus participantes, e nele foram resguardadas as questões éticas de confidencialidade da identidade dos sujeitos da pesquisa, seus direitos de participação livre e esclarecida, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), dentre as outras recomendações das normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

O estudo foi iniciado após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas com posterior aprovação CAAE número 0026.0.115.000-10 no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, iniciou-se a pesquisa (Anexo 2).

5.11 Publicação de resultados

Como produtos desta dissertação esperam-se a elaboração de três artigos científicos: (1) com enfoque no profissional de enfermagem; o (2) descritivo dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frente a transmissão vertical da hepatite B na estratégia saúde da família e na maternidade; e o (3) com o cruzamento entre as variáveis conhecimentos, atitudes e práticas final.

CAPÍTULO 6 - RESULTADOS

RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se com a descrição da amostra. Na sequência as dimensões conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais são apresentadas separadamente.

Na maternidade não houve perda para a categoria da enfermagem, porém entre médicos (as) esta foi de cinco profissionais, o que representa 4,8% do total da amostra. Para a estratégia saúde da família houve uma perda de 8 médicos (as) e 11 enfermeiros (as) o que representa 8,0% do total da amostra. Com isso a amostra final foi 83 médicos (as) e 84 enfermeiros (as).

6.1 Características dos entrevistados

A população deste estudo constitui-se de 167 enfermeiros (as) e médicos (as) distribuídos da seguinte forma: 68 na estratégia saúde da família–ESF e 99 na maternidade. Na Tabela 1 são apresentadas as características dos profissionais que compuseram a amostra. Observa-se que o sexo feminino foi prevalente em ambos os loci estudados; a faixa etária de 30 a 39 anos abarca (60,3%) na ESF e na maternidade a mesma faixa alcança grande parte dos profissionais (47,5%). Pode-se observar que o tempo de graduação entre os profissionais da ESF é maior que 5 anos (48,5%), já na maternidade observa-se uma distribuição em que concentra 75,8% dos profissionais com 10 ou mais anos de graduação.

Há mais médicos que enfermeiros na maternidade (50,5%) dos profissionais, ocorrendo o inverso na ESF (51,5%). Quanto a formação complementar na ESF a maioria dos profissionais (79,4%) são especialistas. Destarte, chama a atenção o percentual de profissionais sem nenhuma formação complementar (7,8%) no total da amostra,

apresentando-se essa condição principalmente na ESF (16,2%). Já na maternidade a maioria dos profissionais possuem formação complementar, alguns tendo realizado residência médica e especialização.

Tabela 1. Distribuição dos profissionais da maternidade e estratégia saúde da família segundo características sociodemográficas. Manaus, Amazonas, Brasil, 2010. (n=167)

Características	ESF		Maternidade		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
masculino	20	29,4	25	25,3	45	26,9
feminino	48	70,6	74	74,7	122	73,1
Total	68	100,0	99	100,0	167	100,0
Faixas etárias (anos)						
< 30	1	1,5	3	3,0	4	2,4
30 a 39	41	60,3	47	47,5	88	52,7
40 a 49	16	23,5	28	28,3	44	26,3
50 ou +	8	11,8	12	12,1	20	12,0
não informou	2	2,9	9	9,1	11	6,6
Total	68	100,0	99	100,0	167	100,0
Tempo de graduado (anos)						
< 5	0	0,0	5	5,1	5	3,0
5 a 9	33	48,5	19	19,2	52	31,1
10 ou +	35	51,5	75	75,8	110	65,9
Total	68	100,0	99	100,0	167	100,0
Graduação						
medicina	33	48,5	50	50,5	83	49,7
enfermagem	35	51,5	49	49,5	84	50,3
Total	68	100,0	99	100,0	167	100,0
Formação Complementar*						
nenhuma	11	16,2	2	2,0	13	7,8
residência	3	4,4	43	43,4	46	27,5
especialização	54	79,4	66	66,7	120	71,9
mestrado	0	0,0	1	1,0	1	0,6
doutorado	1	1,5	0	0,0	1	0,6
pós-doutorado	1	1,5	0	0,0	1	0,6

* Foi possível mais de uma resposta para cada profissional (soma >100%)

Do total, 13,2% referiram ter realizado treinamento sobre as hepatites virais, e destes, 90,9% declarou que o mesmo atendeu as necessidades. Quando estratificado por local de trabalho, observamos que percentual maior (26,5%) de profissionais da estratégia saúde da família quando comparado aos da maternidade (4%) realizaram o treinamento.

6.2 Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde

Nesta seção são apresentadas as distribuições sobre conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à hepatite B e sua transmissão vertical.

6.2.1 Conhecimentos

Na Tabela 2, são descritas as variáveis de conhecimento estratificadas por categoria profissional e local de trabalho. Foi analisado se os profissionais tinham o conhecimento sobre a notificação compulsória das hepatites virais; dos mecanismos de transmissão do vírus da hepatite B e D; a condição adjuvante para que uma pessoa seja portadora do vírus da hepatite D; o esquema vacinal para a hepatite B, e, sobre a necessidade de alguma conduta especial para prevenir a infecção pelo VHB em recém-nascidos de mães infectadas. Esta última feita somente para os profissionais da ESF devido a abordagem ser ação do pré-natal.

Quanto ao conhecimento acerca da compulsoriedade da notificação das hepatites virais, 91,2% e 96,0% dos profissionais, respectivamente da ESF e maternidade, confirmaram ser as hepatites virais um agravo de notificação compulsória. Ao apontar os que referiram negativamente quanto a obrigatoriedade do registro, seis estão na ESF (3 enfermeiros (as) e 3 médicos (as)) e quatro na maternidade (3 enfermeiro (as) e 1 médico (a)).

Acerca dos mecanismos de transmissão da hepatite B e hepatite D, constatou-se que os médicos, em ambos os locais do estudo, responderam corretamente, sendo o percentual de acertos maior entre os médicos da maternidade (74% e 84% respectivamente) que entre aqueles da ESF (57,6%) em ambos os loci de estudo.

Igual observação ocorre quanto a condição adjuvante para que uma pessoa seja portadora do vírus da hepatite D. Os médicos acertaram mais que os enfermeiros. Quanto ao conhecimento sobre o esquema vacinal contra a hepatite B a situação se inverte, ou seja, constatou-se que foram os enfermeiros quem mais responderam corretamente (82,9% para a

Esf e 61,2% para a maternidade), demonstrando-se também que neste item os enfermeiros da ESF estão mais informados, corroborado pelo desempenho de acerto 26,2% menor entre os enfermeiros da maternidade.

No que se refere a conduta de prevenção da hepatite B no recém-nascido o percentual de acertos foi maior entre os médicos, todavia, é importante assinalar que 21,2% responderam incorretamente.

Foi investigado o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a necessidade de alguma conduta especial para prevenir a infecção pelo VHB em recém-nascidos de mães infectadas, 54,3% dos enfermeiros (as) e 78,8% dos médicos (as) referiram conhecer o que pode ser feito para evitar a transmissão vertical do vírus da hepatite B.

Dentre os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) 25 (37,3%) já diagnosticaram algum tipo de infecção por vírus da hepatite. Dentre as hepatites citadas estão a hepatite A, hepatite B e a hepatite C.

Tabela 2. Conhecimento de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família-ESF e maternidade sobre hepatites virais. Manaus, Amazonas, Brasil, 2010. (n=167)

Conhecimentos	ESF						Maternidade					
	Enfermagem		Medicina		Total		Enfermagem		Medicina		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infecção por hepatite - Agravo de notificação compulsória												
incorreto	3	8,6	3	9,1	6	8,8	3	6,1	1	2,0	4	4,0
correto	32	91,4	30	90,9	62	91,2	46	93,9	49	98,0	95	96,0
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0	49	100,0	50	100,0	99	100,0
Mecanismos de transmissão do VHB												
incorreto	1	2,9	1	3,0	2	2,9	1	2,0	0	0,0	1	1,0
parcialmente correto	22	62,9	13	39,4	35	51,5	36	73,5	13	26,0	49	49,5
correto	12	34,3	19	57,6	31	45,6	12	24,5	37	74,0	49	49,5
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0	49	100,0	50	100,0	99	100,0
Mecanismos de transmissão do VHD												
incorreto	2	5,7	0	0,0	2	2,9	4	8,2	0	0,0	4	4,0
parcialmente correto	17	48,6	14	42,4	31	45,6	33	67,3	8	16,0	41	41,4
correto	16	45,7	19	57,6	35	51,5	12	24,5	42	84,0	54	54,5
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0	49	100,0	50	100,0	99	100,0
Função adjuvante para ter o VHD												
incorreto	17	48,6	8	24,2	25	36,8	37	75,5	12	24,0	49	49,5
correto	18	51,4	25	75,8	43	63,2	12	24,5	38	76,0	50	50,5
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0	49	100,0	50	100,0	99	100,0
Esquema vacinal												
incorreto	6	17,1	13	39,4	19	27,9	19	38,8	33	66,0	52	52,5
correto	29	82,9	20	60,6	49	72,1	30	61,2	17	34,0	47	47,5
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0	49	100,0	50	100,0	99	100,0
Conduta de prevenção no RN												
incorreto	16	45,7	7	21,2	23	33,8	-	-	-	-	-	-
correto	19	54,3	26	78,8	45	66,2	-	-	-	-	-	-
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0	-	-	-	-	-	-

6.2.2 Atitudes e Práticas

A avaliação das atitudes e práticas dos profissionais de saúde frente a transmissão vertical da hepatite B é descrita por local de trabalho. Primeiramente descreve-se as atitudes e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família no âmbito do pré-natal (Tabela 3) e em seguida, as atitudes e práticas dos profissionais da ESF e da maternidade (Tabela 4).

Sobre a conduta indicada para a prevenção da transmissão da infecção pelo VHB para o recém-nascido de mãe infectada; o teste sorológico solicitado para confirmar imunidade pós-vacinal no recém-nascido, e o uso dos manuais do Ministério da Saúde a respeito de hepatite B, doravante será chamado de manual, para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e/ou prevenção da hepatite B os resultados são apresentados na Tabela 4.

Na Tabela 3 as questões referente as atitudes e práticas no âmbito do pré-natal foram respondidas somente pelos profissionais da ESF, sendo elas: necessidade de solicitação da testagem para investigar doenças de transmissão vertical no pré-natal; se solicitam testagem para doenças de transmissão vertical e quais doenças investigam; se solicitam sorologia para a hepatite B especificando o marcador, qual marcador solicitado para investigar o VHB; e se indicam vacinação contra hepatite B para gestantes não vacinadas ou sem contato prévio com o VHB.

Na Tabela 3 pode-se observar com relação à necessidade de solicitação da testagem para investigar doenças de transmissão vertical no pré-natal, que 98,5% dos profissionais da ESF referiram ser necessária, e que todos que deram essa afirmação disseram que em sua rotina de atendimento os solicitam. Todavia, observa-se que na questão que identifica para que agravos se solicita o teste sorológico, constata-se que dos (as) 34 enfermeiros (as) da ESF três responderam incorretamente (redução de 8,8% de acertos), e que dos (as) 33 médicos (as) da ESF entrevistados, dois responderam incorretamente (redução de 6,1% na resposta certa).

A rubéola e/ou a hepatite C foram citadas pelos profissionais como outras doenças investigadas, tanto na ESF como na maternidade.

Observa-se ainda na Tabela 3 que ao serem questionados se solicitam sorologia para a hepatite B especificando o marcador e qual marcador deve ser solicitado, os médicos acertavam mais que os enfermeiros (60,0% dos enfermeiros (as) e 84,8% dos (as) médicos (as)). Dentre os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) que afirmaram pedir o exame 81,6% solicitam de forma correta o marcador para investigar o VHB no pré-natal, ou seja, dos 28 médicos (as) que responderam corretamente o primeiro questionamento, cinco erraram o segundo (redução de 3,2%) e dos 21 enfermeiros (as) quatro erraram a segunda questão (redução de 35%).

Também na Tabela 3, chamou a atenção a baixa proporção de profissionais que acertaram quanto a prática de indicação de vacina contra a hepatite B para gestantes sem contato prévio ou não imunizadas (35,3%), sendo o percentual de acerto maior entre os médicos (45,5%) que entre os enfermeiros (25,7%).

Tabela 3. Atitudes e Práticas de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família-ESF frente a transmissão vertical da hepatite B. Manaus, Amazonas, Brasil, 2010. (n= 68)

Atitudes e Práticas	ESF					
	Enfermagem		Medicina		Total	
	n	%	n	%	n	%
Necessidade de testagem para doença de transmissão vertical no pré-natal						
incorreto	1	2,9	0	0,0	1	1,5
correto	34	97,1	33	100,0	67	98,5
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0
Solicita teste de doença de transmissão vertical no pré-natal						
incorreto	1	2,9	0	0,0	1	1,5
correto	34	97,1	33	100,0	67	98,5
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0
Quais as doenças investigadas						
incorreto	1	2,9	0	0,0	1	1,5
parcialmente correto	3	8,6	2	6,1	5	7,4
correto	31	88,6	31	93,9	62	91,2
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0
Solicita sorologia para VHB especificando o marcador						
incorreto	14	40,0	5	15,2	19	27,9
correto	21	60,0	28	84,8	49	72,1
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0
Qual marcador solicita pra investigar o VHB no pré-natal						
incorreto	4	19,0	5	17,9	9	18,4
correto	17	81,0	23	82,1	40	81,6
Total	21	100,0	28	100,0	49	100,0
Indica vacina contra hepatite B para gestante sem contato prévio						
incorreto	26	74,3	18	54,5	44	64,7
correto	9	25,7	15	45,5	24	35,3
Total	35	100,0	33	100,0	68	100,0

Pode-se observar na Tabela 4 que o percentual de profissionais que responderam corretamente a conduta para a prevenção da transmissão vertical do vírus da hepatite B foi muito baixo, tanto na ESF (20,6%) quanto na maternidade (38,4), sendo o percentual de acertos maior entre os médicos (as) (27,3% e 44,0% respectivamente na ESF e na maternidade) que entre os enfermeiros (as) (14,3% na ESF e 32,7% na maternidade).

Verifica-se também na Tabela 4 que foi igualmente baixo o percentual de profissionais que responderam corretamente o marcador para detecção da imunidade pós-vacinal no recém-

nascido filho de mãe com sorologia positiva para o vírus da hepatite B, apenas 33,8% dos profissionais da ESF (22,9% dos enfermeiros (as) e 45,5% dos médicos (as)) e 38,4% dos profissionais da maternidade (32,7% dos enfermeiros (as) e 44,0% dos médicos (as)).

Referiram usar o manual sobre hepatites virais do Ministério da Saúde 42,6% dos profissionais da ESF (28,6% dos enfermeiros (as) e 57,6% dos médicos (as)) e 30,3% dos profissionais da maternidade (22,4% dos enfermeiros (as) e 38,0% dos médicos (as)). Considerando o total da amostra tem se que dos 167 entrevistados, apenas 35,3% referiram já ter usado em serviço o manual do Ministério da Saúde com abordagens sobre as hepatites virais. Entretanto, dos que disseram já ter utilizado o manual, apenas 55,9% referiram terem atendido as necessidades do serviço (Tabela 4).

Tabela 4. Atitudes e Práticas de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) frente as condutas preconizadas para prevenção da transmissão vertical da hepatite B. Manaus, Amazonas, Brasil, 2010. (n= 167)

Atitudes e Práticas	Maternidade						ESF					
	Enfermagem		Medicina		Total		Enfermagem		Medicina		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prevenção da transmissão vertical da hepatite B no recém-nascido												
incorreto	12	24,5	0	0,0	12	12,1	14	40,0	12	36,4	26	38,2
parcialmente correto	21	42,9	28	56,0	49	49,5	16	45,7	12	36,4	28	41,2
correto	16	32,7	22	44,0	38	38,4	5	14,3	9	27,3	14	20,6
Total	49	100,0	50	100,0	99	100,0	35	100,0	33	100,0	68	100,0
Marcador confirmatório de imunidade pós-vacinal no recém-nascido												
incorreto	33	67,3	28	56,0	61	61,6	27	77,1	18	54,5	45	66,2
correto	16	32,7	22	44,0	38	38,4	8	22,9	15	45,5	23	33,8
Total	49	100,0	50	100,0	99	100,0	35	100,0	33	100,0	68	100,0
Usa manual sobre hepatites virais												
não	38	77,6	31	62,0	69	69,7	25	71,4	14	42,4	39	57,4
sim	11	22,4	19	38,0	30	30,3	10	28,6	19	57,6	29	42,6
Total	49	100,0	50	100,0	99	100,0	35	100,0	33	100,0	68	100,0

6.3 Associação entre conhecimento e o uso do manual do Ministério da Saúde

Nesta seção são apresentadas as análises de associações, considerando as variáveis relacionadas ao conhecimento — agravo de notificação compulsória, mecanismos de transmissão do VHB, mecanismos de transmissão do VHD, condição adjuvante para ser portador do VHD, conduta de prevenção no recém-nascido e esquema vacinal — foram consideradas como variáveis dependentes, e testadas sua associação com o uso do manual (Tabela 5). É possível identificar que os profissionais que declaram usar os manuais está associado a mais conhecimento.

Pode-se observar que essa associação obteve significância estatística para as questões do conhecimento que representam na prática proteção para o recém-nascido — conhecimento correto quanto as condutas de prevenção no recém-nascido (RP= 2,22 p-valor 0,026) e esquema vacinal (Rp= 2,32 p-valor 0,020).

Também na Tabela 5 demonstra-se que alcançou significancia estatística a associação de uso do manual do Ministério da Saúde-MS e o conhecimento dos mecanismos de transmissão do vírus da hepatite D-VHD (RP= 2,45 p-valor 0,044) e o conhecimento da condição adjuvante para ser portador do VHD (RP=2,65 p-valor <0,01).

Tabela 5. Associação dos conhecimentos dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e ao uso do manual do Ministério da Saúde com temática sobre as hepatites virais. Manaus, Amazonas, Brasil.

Conhecimentos	Usa o manual do MS com abordagem hepatites virais				χ^2 (p-valor)
	Sim		Não		
	n	RP	n	RP	
Infecção por hepatite - Agravo de notificação compulsória					
incorreto	4	0,31	6	-0,31	0,1016
correto	55	-0,31	102	0,31	0,750
Mecanismos de transmissão do VHB					
incorreto	1	-0,07	2	0,07	2,3722
parcialmente correto	25	-1,51	59	1,51	0,305
correto	33	1,53	47	-1,53	
Mecanismos de transmissão do VHD					
incorreto	1	-0,97	5	0,97	6,2419
parcialmente correto	19	-2,10	53	2,10	0,044
correto	39	2,45	50	-2,45	
Função adjuvante para ser portador do VHD					
incorreto	18	-2,65	56	2,65	7,0437
correto	41	2,65	52	-2,65	*
Conduta de prevenção no recém-nascido					
incorreto	37	-2,22	85	2,22	4,957
correto	22	2,22	23	-2,22	0,026
Esquema vacinal					
incorreto	18	-2,32	53	2,32	5,3812
correto	41	2,32	55	-2,32	0,020

* p-valor < 0,01

RP = Resíduo padronizado

Nota: em negrito estão os resíduos com valor superior a 1,96, que corresponde ao nível de significância para um melhor conhecimento.

6.4 Conhecimentos sobre hepatite B e sua transmissão vertical segundo algumas características estudadas

A Tabela 6 demonstra a associação dos conhecimentos sobre hepatite B e sua transmissão vertical, utilizando-se algumas características estudadas: graduação, local de trabalho, tempo de graduado (anos), treinamento para hepatites virais, uso do manual, bem como a associação das atitudes e práticas dos profissionais relativas ao conhecimento sobre o vírus da hepatite B e sua transmissão vertical, segundo a categoria alcançada: Conhecimento fraco (0% a 25% de acertos), Conhecimento regular (>25% e <75%) e Conhecimento bom (75% a 100% de acertos).

Caracterizou-se como variável dependente o conhecimento e como variáveis independentes as variáveis estudadas. Obteve-se significância estatística (p -valor $<0,01$) a comparação com todas as variáveis estudadas, exceto tempo de graduado.

Na análise de resíduos mostra-se que na população de estudo, a graduação em enfermagem esta associada ao conhecimento fraco (RP=4,39), e na medicina ao conhecimento regular (RP=2,67). A estratificação de graduação por local de trabalho mostra conhecimento estatisticamente significativa de médicos (as) e enfermeiros (as) da estratégia saúde da família é bom (respectivamente, RP= 3,04 e RP= 4,05). Já os enfermeiros da maternidade possuem conhecimento fraco (RP=4,07).

Quanto ao tempo de graduado, este não revelou associação com o conhecimento. Tanto ter realizado treinamento quanto fazer uso do manual, mostraram-se estar associados a categoria de conhecimento bom.

Foi testada a associação entre as categorias conhecimentos com atitudes e práticas, a qual mostra associação estatisticamente significativa. Observa-se que os profissionais com conhecimento fraco também apresentam atitude e práticas fracas (RP=4,90). Por outro lado, o profissional com bom conhecimento esta associado a boa atitude e prática no diagnóstico e/ou prevenção da transmissão vertical da hepatite B (RP=5,23).

Tabela 6. Avaliação do conhecimento - categorias bom, regular ou fraco - sobre a hepatite B e análise das variáveis estudadas. Manaus, Amazonas, Brasil.

Variável	Conhecimento						χ^2 (p-valor)
	Fraco		Regular		Bom		
	n	RP	n	RP	n	RP	
Graduação							
enfermagem	46	4,39	20	-2,67	18	-1,94	19,3906
medicina	18	-4,39	36	2,67	29	1,94	*
Graduação/Local de trabalho							
medicina							
maternidade	14	1,71	25	1,49	11	-3,03	9,6109
estratégia saúde da família	4	-1,71	11	-1,49	18	3,04	*
enfermagem							
maternidade	36	4,07	10	-0,86	3	-4,04	20,9441
estratégia saúde da família	10	-4,07	10	0,87	15	4,05	*
Tempo de graduado (anos)							
< 5	3	1,01	2	0,31	0	-1,42	2,7714
5 a 9	21	0,36	18	0,19	13	-0,60	0,597
10 ou +	40	-0,72	36	-0,30	34	1,10	
Fez treinamento para hepatites virais							
não	57	1,10	53	2,14	34	-3,44	12,2839
sim	6	-1,10	3	-2,14	13	3,44	*
Usa manual sobre hepatites virais							
não	51	3,20	33	-1,10	24	-2,30	10,9335
sim	13	-3,20	23	1,10	23	2,30	*
Atitudes e Práticas							
fraco	36	4,90	13	-2,00	7	-3,19	43,8173
regular	23	-0,12	26	1,88	12	-1,84	*
bom	5	-4,92	17	0,08	28	5,23	

* p-valor < 0,01

RP = Resíduo padronizado

Nota: em negrito estão os resíduos com valor superior a 1,96, que corresponde ao nível de significância para um melhor conhecimento.

6.5 Atitudes e Práticas sobre hepatite B e sua transmissão vertical segundo algumas características estudadas

A Tabela 7 mostra a associação das atitudes e práticas sobre hepatite b e prevenção da sua transmissão vertical, utilizando-se algumas características estudadas (graduação, graduação/local de trabalho, tempo de graduação e ter realizado treinamento sobre as hepatites virais-, segundo a categoria alcançada: atitudes e práticas boa (75% a 100% de acertos), atitudes e práticas regular (> 25% e < 75%) e atitudes e práticas fraca (0% a 25% de acertos).

Caracterizou-se como variável dependente as atitudes e práticas sobre o vírus da hepatite B e sua transmissão vertical e como variáveis independentes as características estudadas.

Verifica-se que a graduação em enfermagem esta associada a atitudes e práticas fraca (RP=2,56), enquanto a medicina está fortemente associada a boa atitudes e práticas (RP=2,41).

Quanto a graduação por local de trabalho observa-se que os (as) médicos (as) da estratégia saúde da família possuem boa atitudes e práticas (RP= 5,19); já as atitudes e práticas desses profissionais da maternidade mostram-se fraca (RP= 2,59) e regular (RP= 2,93) . Para os (as) enfermeiros (as) da estratégia saúde da família as atitudes e práticas mostrou associação forte na classificação boa (RP=4,04) e na maternidade esta é fraca (RP=3,13) (Tabela 7).

Observa-se que o tempo de graduado entre os profissionais que tinham menos de cinco anos de formado obteve desempenho regulares (RP= 2,05).

As atitudes e práticas dos profissionais que afirmaram terem realizado treinamento para as hepatites virais é boa (RP=3,67) quando comparadas aos que informaram a não realização de treinamento.

Tabela 7. Avaliação da atitude e prática – categorias boa, regular ou fraca- sobre a hepatite B e análise das variáveis estudadas. Manaus, Amazonas, Brasil.

Variável	Atitudes e práticas						χ^2 (p-valor)
	Fraca		Regular		Boa		
	n	RP	n	RP	n	RP	
Graduação							
enfermagem	36	2,56	30	-0,21	18	-2,41	8,5021
medicina	20	-2,56	31	0,21	32	2,41	0,014
Graduação/ Local de trabalho							
medicina							
maternidade	17	2,59	25	2,93	8	-5,19	27,1001
estratégia saúde da família	3	-2,59	6	-2,93	24	5,19	*
enfermagem							
maternidade	28	3,13	18	0,23	3	-4,04	18,4914
estratégia saúde da família	8	-3,13	12	-0,23	15	4,04	*
Tempo de graduado (anos)							
< 5	1	-0,65	4	2,05	0	-1,48	5,2704
5 a 9	18	0,19	16	-1,03	18	0,88	0,261
10 ou +	37	0,03	41	0,27	32	-0,33	
Fez treinamento para hepatites virais							
não	55	3,54	54	0,04	36	-3,67	17,862
sim	0	-3,54	8	-0,04	14	3,67	*

* p-valor < 0,01

RP = Resíduo padronizado

Nota: em negrito estão os resíduos com valor superior a 1,96, que corresponde ao nível de significância para uma melhor atitude e prática.

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Nosso estudo buscou identificar os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à hepatite B e sua transmissão vertical entre médicos e enfermeiros de uma maternidade e da estratégia saúde da família na cidade de Manaus. No geral, os resultados sugerem bom conhecimento, atitudes e práticas entre os profissionais da atenção básica e fraco conhecimento, atitudes e práticas entre os médicos e enfermeiros da maternidade, principalmente no que se refere ao diagnóstico e prevenção da transmissão vertical da doença.

No capítulo de resultados, vários aspectos são apresentados sobre a descrição da amostra. Quanto ao sexo tanto na estratégia saúde da família como maternidade, mais de 70% dos profissionais era do sexo feminino. Os resultados não diferem dos dados sociodemográficos obtidos por Silva, *et al.* (2007) quando pesquisaram o perfil do conhecimento sobre sexualidade e AIDS de profissionais de saúde em Fortaleza - CE, com predominância do sexo feminino. Este achado vem ao encontro do perfil de distribuição de profissionais por sexo, já que a enfermagem é reconhecidamente uma profissão de predomínio de mulheres (SILVA *et al.*, 2007).

A idade média de 40 anos para os profissionais deste estudo mostra que se trata de adultos jovens. Embora esta não seja uma medida específica do objeto desta pesquisa, os conhecimentos, atitudes e práticas, serve como caracterização do perfil dos profissionais, e pode ser uma aproximação da interpretação também da experiência profissional, embora se saiba de que muitas pessoas concluem a graduação em idade mais avançada. Na ESF não houve profissional com menos de cinco anos de formado. Em 2005, estudo realizado pelo Ministério da Saúde - MS com profissionais da estratégia saúde da família – ESF em 10 capitais observou-se em Manaus um perfil jovem das equipes, os quais 45% dos participantes

tinham até 30 anos de idade. Fato reforçado, considerando que 55% dos profissionais de nível superior tinham apenas até cinco anos de formado (BRASIL, 2005a).

Dentre outras características analisadas, é expressivo o percentual de profissionais (96%) referindo não haver realizado treinamento para as hepatites virais. Destaca-se que 75,8% dos profissionais da maternidade possuíam mais de dez anos de formado, e que, portanto, na vigência de um treinamento, supõe-se que estes teriam tido oportunidade de participar. Entretanto, ao que parece, os achados deste estudo mostram que este fato não se relaciona aos conhecimentos, atitudes e práticas, pois quando analisado o conhecimento destes profissionais, a enfermagem tinha conhecimento fraco; e médicos e enfermeiros fraca atitude e prática.

Estudo que analisou o exercício de competências dos não médicos, para a atenção à maternidade, em São Paulo, detectou que 42% dos profissionais relataram dificuldade de operacionalização no atendimento as gestantes e puérperas, por falta de conhecimento, capacitação ou treinamento (NARCHI, 2010). Esta ao caracterizar os profissionais que atuavam nas maternidades locais, identificou que 58% era formado há mais de 10 anos. A autora conferiu a deficitária assistência prestada, ao fato de muitos não terem conseguido acompanhar os avanços e as transformações na atenção ao parto instituído pelo MS para a assistência humanizada e baseada em evidências (NARCHI, 2010).

O sentimento de insegurança em relação ao trabalho diário de um profissional pode surgir em função da sua carência de atualização técnico científica e devido a relação saber/fazer exercer grande influência na sua prática (BONILHA *et al.*, 2010). Os profissionais de saúde precisam de capacitação técnica de modo permanente, uma vez que a maioria, após a graduação não volta a se atualizar (ZORZI e BONILHA, 2006). Embora tenha sido detectada grande proporção de profissionais com especialização e/ou residência, esta pesquisa não avaliou seu conteúdo, área ou qualidade, o que não permite inferir se tais cursos conferem

aos profissionais os conhecimentos necessários na área da transmissão vertical da hepatite B. Por isto a importância de valorizar o treinamento em serviço, cursos de atualização e a educação continuada voltada para a área de atuação.

Destarte Cecim (2005) adverte que as capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção - por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão verticalizada do conhecimento. Há que se considerar a velocidade com que os conhecimentos e saberes se renovam na área da saúde, fazendo com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos, como exemplo os manuais de normas e rotinas de atendimento, exercitando a noção de aprender a aprender.

7.1 Conhecimentos, atitudes e práticas frente à hepatite B e sua transmissão vertical

Os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais frente à hepatite B e sua transmissão vertical, requerem análise, e alguns pontos merecem destaque como o desconhecimento de uma pequena parte dos profissionais quatro (4%) para a obrigatoriedade da notificação das hepatites virais. Há que se considerar que conhecer a lista de doenças de notificação compulsória deve ser compromisso dos profissionais e gestores, pois isto permite a adequada vigilância e notificação ao sistema de agravos de notificação compulsória. De maneira geral, as fichas individuais de notificação devem ser preenchidas pelos profissionais de saúde nas unidades assistenciais, porém normalmente são delegadas a um administrativo, acarretando distanciamento dos profissionais com esta informação.

Como o mecanismo de transmissão dos vírus das hepatites B e D são semelhantes, considera-se importante identificar se os profissionais fazem a relação entre as duas doenças. Menos da metade dos profissionais responderam corretamente as três formas de transmissão dos vírus das hepatites B, e pouco mais da metade corretamente para a hepatite D. Todavia, quando investigado individualmente cada forma de transmissão (sexual, parenteral e/ou vertical), pouco mais da metade dos profissionais, 57% e 56% da ESF e maternidade respectivamente referiram a transmissão vertical. Infelizmente, esta não é uma realidade exclusiva do Amazonas, visto que, em nível de Brasil, Conceição *et al.* (2009) justificam a diferenciação no grau de informação sobre a hepatite B entre os profissionais de saúde, devido às desigualdades regionais na incidência e prevalência deste agravo no país. Pois quanto maior a incidência e prevalência de um determinado agravo, mais oportunidade têm os profissionais de experienciar o contato com casos da doença e aprender a manejá-la.

Um estudo em Marrocos de avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas no contexto dos cuidados de saúde, no que diz respeito às hepatites B e C detectou que os (as)

enfermeiros (as) têm conhecimento insuficiente sobre a forma como as hepatites virais B e C são transmitidas (LARAQUI *et al.*, 2009).

Embora 98,5% dos profissionais informaram ser importante a investigação das doenças de transmissão vertical no pré-natal, bem como fazer solicitação de sorologia para hepatite B, na sua prática diária de atendimento, apenas 49,2% declarou que o resultado chega às vezes em tempo hábil (antes do parto) para que as orientações e condutas sejam feitas durante o pré-natal. Mesmo assim, 37,3% informaram que já diagnosticaram algum tipo de hepatite viral no pré-natal. Estes resultados servem de alerta para a questão operacional da atenção básica na coleta, leitura e devolução dos resultados de exames, bem como na capacidade dos profissionais em saber lidar com os possíveis resultados dos testes. Como seria de se esperar, quando a investigação é realizada, podem ser detectados mais casos, que se não chegam ao pré-natal, compromete totalmente a lógica preventiva do programa.

Cabe discorrer que apesar da hepatite B ser um dos agravos de investigação obrigatória no pré-natal, a sua inclusão no sistema de informação do pré-natal - Sis-PreNatal se deu apenas em 2008, porém a notificação do exame no sistema ainda não é obrigatória para a conclusão do acompanhamento da gestante. O Sis-PreNatal é o software que foi desenvolvido pelo departamento de informática do SUS - Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde, no qual está definido o elenco mínimo de procedimentos para a assistência pré-natal adequada.

Quanto à vacinação contra hepatite B durante a gestação, há que se considerar o grau de conhecimento muito abaixo do que se esperaria, pois cerca de 52,5% dos profissionais desconhecem o esquema vacinal contra hepatite B e 64,7% destes não indicam a vacinação para gestantes. O Ministério da Saúde recomenda a imunoprofilaxia, independente da faixa etária, para todas as gestantes por considerá-las como grupo em situação de maior

vulnerabilidade (BRASIL, 2010a). Devido à mudança na recomendação ser formalizada em março de 2010, acredita-se que o desconhecimento desta informação proporcionou uma atitude e prática inadequada em não indicar vacinação para este público alvo.

Foi detectado que 23 profissionais da ESF (33,8%) referiram não conhecer a existência de conduta específica para prevenir a transmissão vertical da hepatite B em recém-nascidos filhos de gestantes portadoras do VHB. O MS recomenda nos seus manuais a administração da vacina contra hepatite B nas primeiras 12 horas de vida associada à imunoglobulina hiperimune específica para hepatite B. Ao analisar a prática para prevenção da transmissão do VHB no recém-nascido 38,2% ainda desaconselham a amamentação, deixam as orientações a cargo dos pediatras, não sabem informar a conduta correta e/ou indicam apenas a imunoglobulina ou vacina. É mister apontar a necessária revisão e correção nas práticas detectadas como inadequadas neste estudo, as quais são utilizadas pelos profissionais na atenção ao parto e/ou puerpério por desconhecimento dos protocolos, fato ratificado no estudo no qual os tocoginecologistas da região de Campinas apresentam baixo conhecimento e atitudes inadequadas sobre sífilis na gravidez (KUNII e MILANE, 2010).

Ao se debruçar da discussão sobre as dimensões conhecimentos, atitudes e práticas, Campos (1997), traz a idéia do que seja **campo** e **núcleo** de competência e de responsabilidade, em que explica que *“por núcleo entende-se o conjunto de saberes e responsabilidades específicas a cada profissional, e por campo, os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades”*. Portanto os saberes específicos de cada profissional, presentes nas diferentes situações de intervenções, gerais ou específicas, remetem à autonomia e à responsabilidade profissional.

É necessário ao profissional superar a relação unívoca presente, na qual responsabiliza sempre o gestor pelo desenvolvimento das suas competências individuais, deixando assim de ser mero objeto prestador de serviços. Eboli explica que *“a postura voltada à aprendizagem*

contínua e ao autodesenvolvimento é um estado de espírito, um processo de constante crescimento e fortalecimento de indivíduos talentosos e competentes”, ou seja, o autodesenvolvimento, a evolução profissional e pessoal dirigida pelo próprio indivíduo (EBOLI, 2002).

Ao investigar os profissionais que faziam uso de algum manual do MS para guiar o desenvolvimento de ações de diagnóstico e/ou prevenção da hepatite B na atenção as gestantes, puérperas ou recém-nascidos, apenas 35,3% responderam usar. Quando comparado o grau de conhecimento dos profissionais que fazem ou não uso dos manuais, observa-se um conhecimento bom para os que usam e fraco para os que não usam o manual no dia-a-dia de trabalho. Tal fato corrobora para a evidência de que o manual tem potencial de proporcionar ao profissional um bom núcleo de competência e de responsabilidade na assistência, ratificado pelos 57,6% dos profissionais que afirmaram que quando usado o manual atendeu as suas necessidades. Porém cabe investigar a adequação dos manuais do MS para a atenção a hepatite B e sua transmissão vertical e se estes conferem de fato ao médico e enfermeiro autonomia para o diagnóstico e prevenção das hepatites virais.

Ao investigar as diferenças nos conhecimentos, atitudes e práticas dos (as) médicos (as) e enfermeiros (as), pudemos perceber que os (as) enfermeiros (as) de modo geral têm conhecimentos, atitudes e práticas classificados como fracos. Já os médicos têm conhecimento regular e atitudes e práticas boa. Esta diferença entre os profissionais pode ser explicada pela designação de tarefas a cada um dos profissionais, visto que são os médicos os responsáveis pelo diagnóstico dos eventos, leitura de exames, e definições de condutas de tratamento. Entretanto, isto não exime a enfermagem de dominar tais conteúdos e ter habilidade em lidar com a prevenção da transmissão vertical da hepatite B, já que é prerrogativa especialmente destinada a atenção básica, e que, portanto, cabe também ao (a) enfermeiro (a) o atendimento ao pré-natal e todas as ações preventivas nele envolvidas, tais

como a solicitação de exames de rotina e orientação para o tratamento, conforme protocolo do serviço, dentre outras atividades.

O (a) enfermeiro (a) deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação (BRASIL, 2001).

A construção de um corpo de conhecimentos torna-se indispensável para que a enfermagem consiga imprimir uma identidade marcada pela sua importância na resolução e prevenção de problemas de saúde, e conseqüentemente, com capacidade para contribuir na elevação das condições de saúde da população. Esta é alcançada com o incremento da pós-graduação de forma sistemática, pois proporciona a enfermagem o desenvolvimento da autonomia profissional (STEDILE, 2002), por meio da prática dos conhecimentos adquiridos em seu processo de formação ou atualização.

Melo e Nascimento (2001) em estudo realizado no município de Feira de Santana/BA, sobre a política de capacitação de recursos humanos, revelou ser a enfermagem a categoria que tem mais acesso aos processos educativos. Mesmo que não tenhamos tais dados para a realidade de Manaus, observa-se que grosso modo, esta realidade é plausível também nesta cidade.

O sistema de saúde já preocupado com a capacidade resolutiva da atenção básica, criou pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a Saúde da Família, no final de 1996. Esta foi a principal iniciativa federal de apoio aos processos de qualificação profissional das equipes no campo da atenção básica. Talvez esta iniciativa, aliada ao curso introdutório realizado para profissionais ingressantes na ESF, possa ter contribuído para o bom conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais da estratégia na assistência as hepatites virais e na transmissão vertical da hepatite B.

Para esta estudo foi elaborado um instrumento próprio com o intuito de identificar os conhecimentos, atitudes e práticas, cuja construção foi baseada na literatura científica e na opinião de especialistas. Não houve para cada uma das dimensões, perguntas de controle para verificar contradições, ou para controlar o discurso politicamente correto, e isto deve ser entendido como um limite desta pesquisa.

Não foi possível com os métodos aqui utilizados, verificar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais em seu cotidiano, e sim medi-la pelas declarações dos respondentes. Apesar da ausência de um instrumento validado ou padronizado capaz de medir estas dimensões, acredita-se que os achados não ficam comprometidos.

Por outro lado, o estudo permitiu verificar a necessidade de capacitação dos profissionais, principalmente na maternidade, que apresentaram fraco conhecimentos, atitudes e práticas.

CAPÍTULO 8 - CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Embora os resultados desta pesquisa não possam ser extrapolados para todos os médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família e maternidade, os dados obtidos nessa pesquisa permitem fazer algumas considerações acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros desses locais de trabalho.

A observação de que os profissionais que fazem uso do manual para desenvolver suas ações, têm mais conhecimentos, atitudes e práticas frente aqueles que não usam, remete para a necessidade de intensificar a distribuição destes, colocando-os a disposição dos profissionais em seu local de trabalho, bem como o incentivo a sua utilização; estabelecer protocolos de assistência a fim de implementar o acesso de informações sobre os programas de pré-natal, parto e puerpério humanizado, entre outros; promover educação em serviço por meio de educação em saúde ou programas de educação continuada, de maneira intensiva e sistemática para os profissionais.

Adicionalmente como recomendação, sugerimos a obrigatoriedade do registro da sorologia para hepatite B no sistema de informação do pré-natal em locais endêmicos para o referido agravo. Este serve como indicador, assim como o VDRL e o teste rápido para HIV, para o monitoramento da qualidade do pré-natal, bem como permite o monitoramento epidemiológico.

As evidências de que os médicos possuem conhecimento regular (RP= 2,67) e atitudes e práticas classificadas como boa (RP= 2,41), talvez reflita o automatismo em sua rotina, passível de erro porque está respaldada em conhecimento.

Já os enfermeiros possuem conhecimento fraco (RP=4,39) e atitudes e práticas fraca (RP=2,56), possivelmente porque esses profissionais não são requisitados na sua rotina para atuar em condutas de diagnóstico e tratamento, ou seja, quando interrogados sua prática se

aproxima de seu conhecimento. O exemplo disto é que aspectos relacionados à imunização sabidamente de responsabilidade dos enfermeiros, seu desempenho foi melhor do que os médicos e os enfermeiros da ESF melhores que os da maternidade.

A falta de conhecimento refletindo conseqüentemente na prática dos profissionais acima comentada nos reporta a outro fato, o conteúdo que tem sido disponibilizado nas pós-graduações, especializações e/ou residência (médica ou multiprofissional), visto que a grande maioria dos profissionais informaram os ter realizado. Porém tal fato não refletiu em uma melhor prática, pois apenas àqueles que referiram fazer uso dos manuais técnicos do Ministério da Saúde a respeito da transmissão vertical da hepatite B, tiveram melhor desempenho.

Em se tratando da prevenção da transmissão vertical da hepatite B em recém-nascidos filhos de mãe com sorologia positiva para o vírus da hepatite B, as ações respaldadas no conhecimento para prevenir tal evento indesejável e a verificação de que tanto na ESF quanto na maternidade o desempenho da grande maioria dos profissionais compromete essa meta, é motivo de preocupação, remetendo para a necessidade urgente de tomada de decisão.

Portanto, se torna imperativo a capacitação dos profissionais responsáveis pela atenção pré-natal, parto e puerpério, para que os mesmos ao se depararem com um cliente portador do vírus da hepatite B saibam administrar o cuidado como preconizado pelo Ministério da Saúde. A identificação de percentual expressivo de profissionais que desconhecem a relação direta da hepatite Delta com a hepatite B é preocupante, pelo fato de a região Norte do Brasil abarcar o maior percentual de casos da doença. Com isso se torna pertinente, sugerir como prevenção, uma maior divulgação com relação à hepatite Delta.

É oportuno ainda, sugerir que as mudanças nas diretrizes, como exemplo a expansão da oferta da vacina contra hepatite B para gestantes independente da faixa etária após o

primeiro trimestre, sejam mais bem divulgadas para que de fato, promovam práticas para a efetiva promoção e proteção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELO, A. R., *et al.* Hepatite B: Conhecimento e Prática dos Alunos de Odontologia da UFPB. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v.7(3), p.211-216. 2007.

ARAÚJO, E. S. A. O abc das Hepatites: manual clínico para manuseio, terapia e prevenção da Hepatite B. São Paulo: Bristol-Myers Squibb. 2008

BARBOSA, R. G., *et al.* Conhecimento sobre DST/AIDS, hepatites e conduta sexual de universitários de São José do Rio Preto, SP. *J bras Doenças Sex Transm* v.18(4), p.224-230. 2006.

BONILHA, A. L. D. L., *et al.* Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno *Rev. bras. enferm*, v.63, n.5, p.811-816. 2010.

BRAGA, W. S. M., *et al.* Prevalência da infecção pelos vírus da hepatite B(VHB) e da hepatite Delta(VHD) em Lábrea, Rio Purus, Estado do Amazonas. *Epidemiol. serv. saúde*, v.13, n.1, p.35-46. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/ MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Brasília. 2005b. 163 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde. 2005c. 816 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento. Brasília: Ministério da Saúde. 2008

_____. Ministério da Saúde. Coinfecção do vírus da hepatite crônica B com o vírus Delta (D). In: (Ed.). Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Brasília, 2010a. Ministério da Saúde. Coinfecção do vírus da hepatite crônica B com o vírus Delta (D), p.70 - 77

_____. Ministério da Saúde. Estudo de base populacional das hepatites virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages>. Brasília 2010b.

_____. Ministério da educação. Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES. Nº3. 09 DE NOVEMBRO DE. 2001

CASTELO, A., *et al.* Estimativas de custo da hepatite crônica B no sistema único de saúde Brasileiro em 2005. *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992), v.53, n.6, p.486-491. 2007.

CDC. Centers of Disease of Control. Yellow Book. Disponível em: <http://wwwn.cdc.gov/travel/contentYellowBook.aspx>. Acessado em 8 de janeiro de 2010, 2006.

CONCEIÇÃO, J. S. D., *et al.* Conhecimento dos obstetras sobre a transmissão vertical da hepatite B. *Arq. gastroenterol*, v.46, n.1, p.57-61. 2009.

COPPOLA, A. G., *et al.* Hepatitis C Knowledge among Primary Care Residents: Is Our Teaching Adequate for the Times? *American Journal of Gastroenterology*, p.1720–1725. 2004.

EBOLI, M. O desenvolvimento das pessoas e a educação corporativa. In: (Ed.). FLEURY, Maria Tereza Leme (org.) et al . As Pessoas na Organização. . São Paulo: Editora Gente, 2002. O desenvolvimento das pessoas e a educação corporativa

EPI INFO. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. 2009.

FERREIRA, C. T. e SILVEIRA, T. R. D. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Rev. bras. epidemiol*, v.7, n.4, p.473-487. 2004.

FOCACCIA, R. Tratado de hepatites virais. São Paulo: Editora Atheneu. 2007

FONSECA, J. C. D. Manual de diagnostico sorologico das hepatites virais. São Paulo: Bristol Myers Squibb. 2009. 85 p.

GAZE, R.; MAUL DE CARVALHO, D. e RANGEL-TURA, L. Information from teachers on viral hepatitis transmission and prevention in Brazil. *Salud Publica Mex*, v.45, p.245-251. 2003.

KRUGMAN, S. e GILES, J. P. Viral hepatitis: new light on an old disease. *Journal of the American Medical Association*, v.212, p.1019. 1970.

KUNII, M. e MILANE, H. Avaliação de conhecimento, atitude e prática de tocoginecologistas da região de Campinas frente à triagem sorológica de sífilis na gestação e prevenção de sífilis congênita. Campinas 2010.

LANSKY, S.; FRANÇA, E. e LEAL, M. D. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.6, p.759-772. 2002.

LARAQUI, O., *et al.* Evaluation of knowledge, attitudes and practices in the health care setting in Morocco with regard to hepatitis B and C. *Sante Publique*, v.21(3), p.271-286. 2009

LEME, R. Avaliação de desempenho com foco em competências: a base para remuneração por competências. Rio de Janeiro: Qualitymark. 2006. 136 p.

MARINHO, L. A. B., *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.5, p.576-582. 2003.

MEDINA, M. G., *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. D. A. e VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Ed.). *Avaliação em Saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: UDUFBA/Fiocruz, 2005. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais, p.41-61

NARCHI, N. Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. *Saúde Soc*, v.19, n.1, p.147-158. 2010.

PEREIRA, J. C. R. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP. 2004

PERIM, E. B. e PASSOS, A. D. C. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. *Rev. bras. epidemiol*, v.8, n.3, p.272-281. 2005.

PINHEIRO, J. e ZEITOUNE, R. C. G. Hepatite B: Conhecimento e Medidas de Biossegurança e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.12 (2), p. 258 - 264. 2008.

REICHENHEIM, M. E.; KLEIN, R. e MORAES, C. L. Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: an item response theory analysis

Avaliando o componente de violência física da Revised Conflict Tactics Scales quando usado em casais heterossexuais: uma análise via teoria de resposta ao item. *Cad. saúde pública*, v.23, n.1, p.53-62. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Informes Técnicos institucionais: vacina contra hepatite B. *Rev. Saúde Pública*, v.40, n.6, p.1137 - 1140. 2006.

SILVA, M., *et al.* Perfil do conhecimento sobre a sexualidade e Aids de profissionais de saúde que atuam nas equipes de programa de saúde da família de Fortaleza, Ceará. *Cad. de saúde coletiva*, v.15, n.2, abr- jun, p.183-198 2007.

STARFIELD, B. Atenção primária; equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde 2002

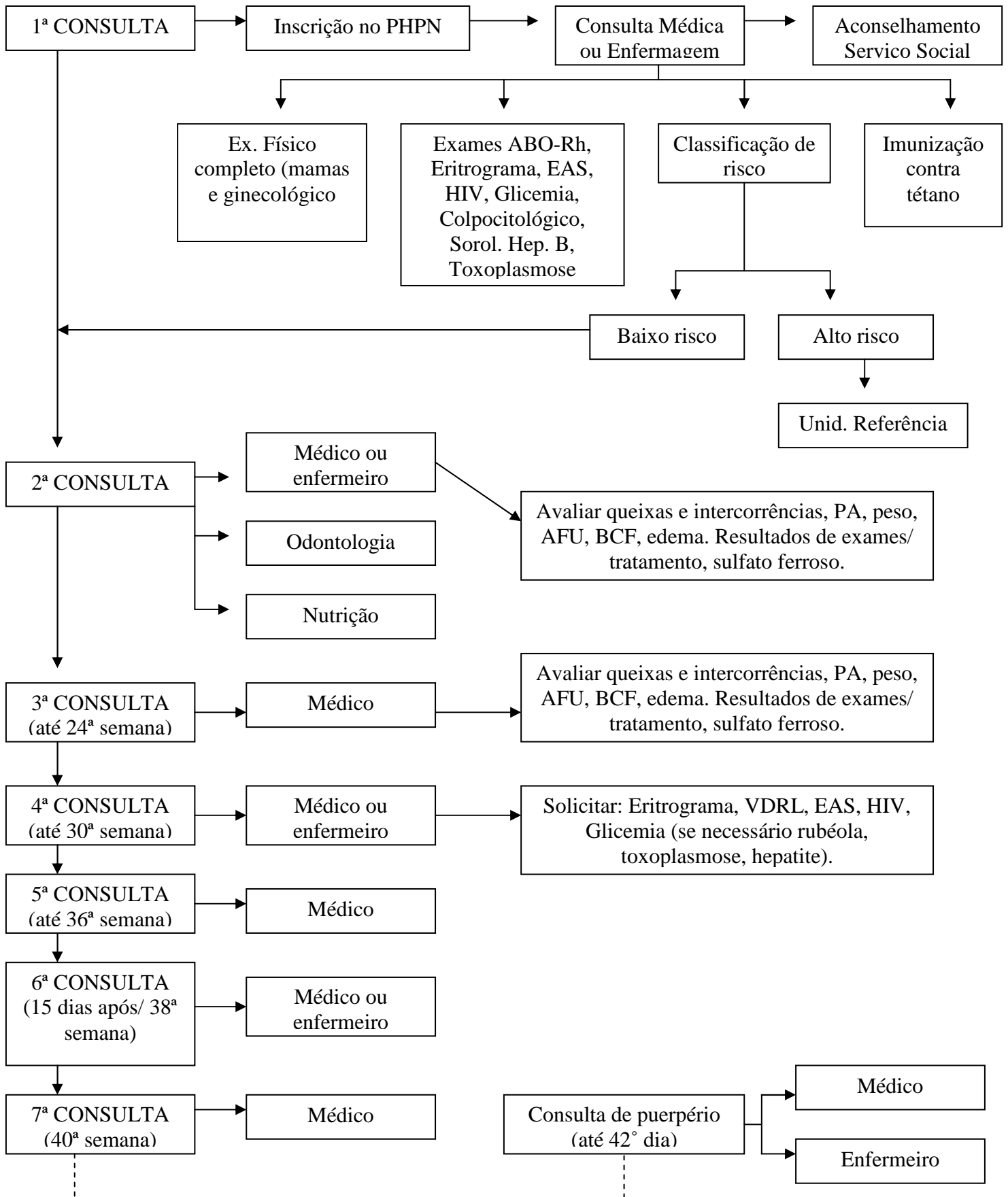
STEDILE, N. L. R. Ensino de enfermagem: momento privilegiado de construção do conhecimento. *Acta paul. enferm*, v.15, n.3, p.79-86. 2002.

TURA, L. F. R., *et al.* Representações sociais de hepatites e profissionais de saúde: contribuições para um (re)pensar da formação. *Ciênc. cuid. saúde*, v.7, n.2, p.207-215. 2008.

WHO. World Health Organization. Hepatitis B. Fact Sheet [serial on the Internet]. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html> p.

ZORZI, N. T. e BONILHA, A. L. D. L. Práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários. *Rev. bras. enferm*, v.59, n.4, p.521-526. 2006.

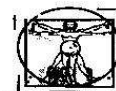
Anexo 1 - Fluxograma da assistência pré-natal, pré-estabelecida pelo protocolo de assistência pré-natal do município de Manaus.



Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0026.0.115.000-10, intitulado: **“Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da saúde frente a transmissão vertical da hepatite B”**, tendo como Pesquisadora Responsável Isabela Cristina de Miranda Gonçalves.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 14 de abril 2010.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM

Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/UFAM

Rua Teresina, 4950 – Adrianópolis – CEP: 69057-070 – Manaus-AM – Fone: (92) 3305-5130 – E-mail: cep@ufam.edu.br

APÊNDICES

Apêndice 1 – Carta de apresentação aos avaliadores do questionário

Pesquisa: **Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da saúde frente à transmissão vertical da hepatite B.**

Autora: Isabela Cristina de Miranda Gonçalves (pesquisadora)

Contato: fone: 092. 3084 -1840 email: isabela_cmg@yahoo.com.br

Com o objetivo de identificar os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e de uma maternidade pública da zona oeste de Manaus a respeito da transmissão vertical da hepatite B, pretende-se elaborar um questionário auto-preenchível com vistas a avaliar o desfecho, devido a não existência de um já pré-testado ou validado, estamos lhe encaminhando este, para que se possível, possa contar sua *expertise* no tema, e assim seja possível construir o referido questionário.

Os conceitos de conhecimento, atitude e prática, a partir das definições empregadas por (MARINHO *et al.*, 2003), são estabelecidos da seguinte forma:

- **Conhecimento:** Significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte).
- **Atitude:** É essencialmente ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo-dimensão emocional.
- **Prática:** É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo-dimensão social.

Por tratar-se de pesquisa online, ao responder este questionário, consideraremos que foi dado o Consentimento Informado, declarando que o participante foi esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente Projeto de Pesquisa e também da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa; da liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga prejuízo algum; e da segurança de que não será identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Sua contribuição será de extrema relevância para o aprimoramento deste instrumento de pesquisa. Agradeço antecipadamente pela sua valiosa contribuição.

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Declaração do Participante

PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA.

Pesquisa “Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frente à transmissão vertical da hepatite B”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

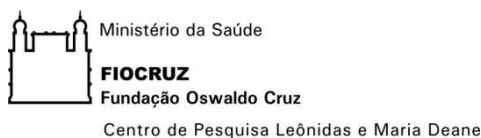
O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa coordenada pela mestrandia Isabela Cristina de M. Gonçalves, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Jacirema F. Gonçalves, cujo o objetivo é identificar os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e de uma maternidade pública da zona oeste de Manaus a respeito da transmissão vertical da hepatite B.

O motivo que nos levou a estudar a transmissão vertical da hepatite B foi devido a sua importante contribuição na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B e potencial elevado para cronificação. A pesquisa se justifica por a temática ainda não ter sido esgotada tendo em vista a carência de estudos sobre a transmissão vertical da hepatite B em Manaus.

A coleta dos dados será por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado em seu local de trabalho, após assinatura deste termo de consentimento, ficando a pesquisadora à disposição para elucidação de qualquer dúvida que surja durante o preenchimento. Após o devido preenchimento do questionário, considera-se concluída a sua participação, podendo ocorrer a necessidade de se solicitar um novo preenchimento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade, também não serão oferecidos benefícios adicionais a sua pessoa. O benefício que se espera é para a coletividade, a partir dos achados desta pesquisa. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

A sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão utilizados unicamente ao fim a que se destina, bem como serão publicados em revista científicas, sendo garantida a confidencialidade das informações fornecidas. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada na Comissão de Ética em Pesquisa - SEMSA, uma no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - UFAM, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.



Pesquisa “Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frente à transmissão vertical da hepatite B”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar, tendo sido me assegurado que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora responsável: Isabela Cristina de Miranda Gonçalves pelo telefone (92) 3084 -1840, ou no endereço da Escola de Enfermagem de Manaus, sito à Rua Teresina, 495 - Adrianópolis. CEP: 69057-070. Manaus-AM. E-mail: isabela_cmg@yahoo.com.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

NOME DO PARTICIPANTE

ASSINATURA

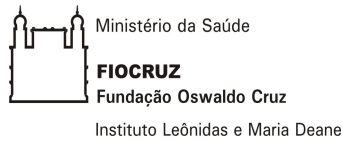
DATA

NOME DO PESQUISADOR

ASSINATURA

DATA

Apêndice 3 – Questionário



Pesquisa de mestrado multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia

Prezado colaborador,

Apresentamos o questionário de pesquisa que visa identificar alguns aspectos sobre a transmissão vertical da hepatite B. Este deve ser respondido pelo senhor (a), após esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Solicita-se responder a todas as questões.

Sua colaboração será de extrema relevância!

Para facilitar o entendimento, apresentamos abaixo uma lista de siglas e abreviaturas utilizadas no questionário.

Siglas e abreviaturas:

VHB	Vírus da Hepatite B
HTLV	Vírus T-linfotrópicos humanos
HBsAg	Antígeno de superfície do VHB
HBeAg	Antígeno “e” do VHB
Anti-HBc	Anticorpo contra o antígeno do núcleo do VHB
Anti-HBe	Anticorpo contra o antígeno “e” do VHB
Anti-HBs	Anticorpo contra o antígeno de superfície do VHB
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
RN	Recém-nascido

Obrigada pela sua colaboração!!

Questionário N°|_|_|_|_|

Data do preenchimento ____/____/____

Hora de início: _____

1. Idade: |_|_| anos**2. Sexo:** () Masculino () Feminino**3. Qual seu local de trabalho?** () Estratégia Saúde da Família () Maternidade**4. Há quanto tempo atua como profissional neste local de trabalho?** _____ anos**5. Sua graduação foi em:** () Medicina () Enfermagem**6. Em que ano obteve sua graduação?** _____**7. Formação complementar:**

() Nenhuma

() Residência

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

() Pós-Doutorado

8. Caso tenha formação complementar, qual foi a área e ano de obtenção do título?

_____ ano: _____

9. O(a) senhor(a) já fez algum treinamento ou capacitação para as hepatites virais por sua instituição de vínculo?

() Sim () Não

Caso seja negativa a resposta vá para a pergunta número 11.

10. E o(s) treinamento(s)? Atenderam suas necessidades?

() Sim () Não

11. As hepatites virais são um agravo de notificação compulsória?

() Sim () Não

12. Qual(is) o(s) mecanismo(s) de transmissão do vírus da hepatite B?

() Fecal-Oral () Sexual () Parenteral () Vertical

13. Qual(is) o(s) mecanismo(s) de transmissão do vírus da hepatite D?

() Fecal-Oral () Sexual () Parenteral () Vertical

14. Qual seria a função adjuvante para que uma pessoa se torne portadora do vírus da hepatite D? *Ler as opções, pode marcar apenas uma.*

() Ser portadora do vírus da hepatite C

() Ser portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV

() Ser portadora do vírus da hepatite B

() Ser portador de qualquer tipo viral de hepatite

Caso seu local de trabalho seja a maternidade, vá direto para a questão de número 25.

15. O senhor(a) acha necessária a solicitação de testagem para investigar doenças de transmissão vertical no pré-natal?

Sim Não

16. Em sua rotina de atendimento, solicita algum teste para investigar doenças de transmissão vertical no pré-natal?

Sim Não

Caso seja negativa a resposta vá para a pergunta número 18.

17. Se sim, que doença(s) investiga? *Ler as opções, pode marcar mais de uma*

HIV Sífilis Toxoplasmose HTLV Hepatite B Citomegalovirus

Outras (citar): _____

18. Em sua rotina de atendimento, já diagnosticou algum tipo de infecção por vírus da hepatite em suas pacientes durante o pré-natal?

Sim Não

Caso seja negativa a resposta vá para a pergunta número 20.

19. Se sim, qual tipo de hepatite foi diagnosticada? *Ler as opções, pode marcar mais de uma*

Hepatite A Hepatite B Hepatite C Hepatite D Hepatite E

Não sabe informar Outro (citar): _____

20. Em sua rotina de atendimento no pré-natal, solicita sorologia para hepatite B especificando o marcador?

Sim Não

Caso seja negativa a resposta vá para a pergunta número 22.

21. Em sua rotina de atendimento, que marcador sorológico solicita para investigar infecção pelo vírus da hepatite B na gestação? *Ler as opções, marcar apenas uma*

HBsAg HBeAg Anti-HBc Anti-HBe Anti-HBs

Não sabe informar

22. O resultado do teste solicitado chega em tempo hábil de ofertar as informações necessárias às gestantes durante o pré-natal?

Nunca Às vezes Frequentemente Sempre

23. Em sua rotina de atendimento, indica vacinação contra hepatite B para gestantes não vacinadas ou sem contato prévio com o VHB?

Sim Não

24. Em caso de detecção da infecção pelo VHB na gestante durante o pré-natal tem o conhecimento se deve ser realizada alguma conduta especial para prevenir a infecção no RN?

Sim Não

25. Que conduta(s) indicaria para a prevenção da transmissão da infecção pelo VHB para o RN de mãe infectada? *Ler as opções, pode marcar mais de uma.*

- imunoglobulina vacina para HB desaconselham amamentação
 a conduta deve ser indicada pela pediatra não sabe informar
 outras(citar): _____

26. Em sua rotina de atendimento, que teste sorológico solicita para confirmar imunidade pós-vacinal no recém-nascido? *Ler as opções, pode marcar só uma*

- HBsAg HBeAg Anti-HBc Anti-HBe Anti-HBs Não sabe informar

27. Qual esquema de vacinação contra hepatite B que o(a) senhor(a) conhece/recomenda? *Ler as opções, pode marcar apenas uma*

- Dose única
 2 doses com intervalo de 30 dias
 2 doses com intervalo de 6 meses
 3 doses com intervalo de 30 dias
 3 doses com intervalos de 0, 1 e 6 meses
 Não tem informação do esquema de vacina
 outras(citar) _____

28. Em sua rotina de atendimento já fez uso de algum dos manuais do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e/ou prevenção da hepatite B na atenção as gestantes, puérperas ou recém-nascidos?

- Sim Não

Caso seja negativa a resposta, vá para a pergunta número 30.

29. Se sim, o(a) senhor(a) julga que atende as suas necessidades no serviço?

- Sim Não

30. O que em sua opinião poderia ser mudado nos manuais?

31. Na sua opinião, há algo mais que necessite ser feito para controlar a transmissão vertical da hepatite B?

Hora de Término: _____