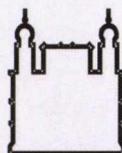




Fundação Bahiana
para Desenvolvimento
das Ciências



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz



Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública

**PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL
DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA:
ATITUDE DOS OBSTETRAS E
NEONATOLOGISTAS DAS MATERNIDADES
PÚBLICAS DA CIDADE DE SALVADOR.**

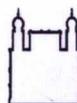
Dissertação de Mestrado

João Paulo Queiroz Farias



002946

Salvador - Bahia
2006



Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: atitude dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade de Salvador.

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Medicina

Autor:

João Paulo Queiroz Farias

Orientador:

Prof. Dr. Bernardo Galvão Castro Filho

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da EBMSP/FBDC

F224 Farias, João Paulo Queiroz

Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: atitude de obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade de Salvador/Bahia. [manuscrito] / por João Paulo Queiroz Farias. 2006.

112 f.

Datilografado (fotocópia)

Dissertação (mestrado) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Fiocruz. 2006.

Orientador: Prof. Dr. Bernardo Galvão Castro Filho.

1. HIV 2. Transmissão Vertical 3. Profilaxia
I. Título

CDU: 616.97

LIDBI

ÍNDICE

Conteúdo	Página
Introdução	1
Revisão da Literatura	3
Justificativa	15
Objetivos	16
Material e Métodos	17
Resultados	22
Discussão	62
Limitações e perspectivas do estudo	75
Conclusões	77
Referência Bibliográfica	79
Anexos	86

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho somente foi possível devido a colaboração direta e indireta de varias pessoas.

Manifesto minha gratidão a todas elas e de forma particular a:

Ao Prof .Dr. Bernardo Galvão (EBMSP / FIOCRUZ) , orientador desta dissertação,pelo apoio e dedicação durante a realização deste trabalho.

Ao Prof . Dr Alberto Farias (HC/ FMUSP) e à Prof^a Dr^a Anamélia Franco (Faculdade Rui Barbosa) pelo apoio, colaboração e incentivo em todas etapas do estudo.

Ao Prof. Kleber Pimentel (EBMSP) pela constante colaboração na construção dos bancos de dados e analises estatística

Aos estudantes da graduação Escola Bahiana de Medicina, Rodrigo Chagas, Rodrigo Fróes Moreira e Sergio Calmon, pela participação ativa neste trabalho.

SIGLAS:

1. AIDS: Sigla original da expressão em inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome
2. HIV : vírus da imuno deficiência humana
3. MS : Ministério da Saúde
4. OMS: Organização Mundial de Saúde
5. DST: doença sexualmente transmissível
6. AZT: zidovudina

RESUMO:

Introdução: O Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu um conjunto de recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. Entretanto, as taxas de transmissão vertical ainda se mantêm elevadas, principalmente nas regiões mais pobres do país.

Objetivos: 1. Avaliar atitudes e conhecimento dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade de Salvador acerca destas recomendações ministeriais. 2. Avaliar a influência das condições de trabalho e disponibilidade da testagem rápida e da terapia anti-retroviral na aplicabilidade das recomendações.

Material e Métodos: Estudo descritivo transversal, realizado no período de agosto a novembro de 2005, com aplicação de questionário auto-explicativo em todas as sete maternidades públicas da cidade de Salvador. Do total de 223 médicos, 129 (82%) obstetras e 59 (83%) neonatologistas concordaram em participar do estudo.

Resultados: 69% dos obstetras e 82% dos neonatologistas referiram conhecer integralmente as recomendações do Ministério da Saúde. Entre os obstetras, 90,7% concordaram com a solicitação compulsória da testagem rápida para o HIV, 63,6% escolheram a cesariana para via de parto, 38% contra-indicaram o parto por via vaginal, 37,5% recomendaram isolamento das pacientes soropositivas e 58,1% indicaram laqueadura tubária. Entre os neonatologistas, 33% concordaram com a falta de benefícios com o início administração do AZT oral após 48 horas de vida e 54,3% com a indicação de profilaxia para *Pneumocystis carinii* a partir da 6ª semana de vida da criança.

Mais 90% dos médicos referiram a existência fatores prejudiciais à aplicabilidade das recomendações do MS, sendo os mais apontados a realização inadequada do pré-natal e a indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão. Embora 64% dos entrevistados referissem que a testagem rápida esta sempre disponível nas maternidades, apenas um terço dos entrevistados afirmou que o resultado está sempre disponível em tempo hábil.

Conclusões: 1. Algumas atitudes relacionadas à assistência à paciente gestante com HIV e ao neonato não estiveram de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, indicando a necessidade de cursos de capacitação. 2. A inadequação do pré-natal e a indisponibilidade do resultado da testagem rápida influenciam negativamente a aplicação das recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

ABSTRACT:

Introduction: Brazil Health Ministry (HM) has produced a set of recommendations for prophylaxis of HIV vertical transmission and for antiretroviral therapy (ART) in pregnant women. Nevertheless, vertical transmission rates are still high, particularly in impoverished areas of the country.

Aims: 1. To assess attitudes and knowledge of obstetricians and neonatologists from public maternity hospitals in the city of Salvador about HM recommendations on HIV prophylaxis. 2. To assess the influence of the local conditions of work, availability of rapid HIV testing and ART on the applicability of those recommendations.

Material and Methods: from August to November 2005, a descriptive and transversal study, using questionnaires, were carried out in all seven public maternity hospital. 129 (82%) obstetricians and 59 (83%) neonatologists agreed to participate and were enrolled.

Resultados: 69% of obstetricians and 82% of neonatologists were aware of HM recommendations. Among obstetricians, 90.7% agreed with compulsory HIV rapid testing. 63.6% preferred cesarian section delivery and 38% contra-indicated normal vaginal childbirth. 37.5% recommended isolation of seropositive patients, whereas 58.1% indicated contraception by tubal ligation. Among neonatologists, 33.5% agreed with the lack of benefits of AZT administration after 48h from delivery and 54.3% with the indication of *P. carinii* prophylaxis after the age of 6 weeks. More than 90% of interviewed physicians informed the there were factors that adversely influenced the applicability of HM recommendations, in particular the inadequacy of prenatal care and the unavailability of prenatal information. Although HIV rapid testing was generally available, according only to one third of the physicians, the result was always available at time.

Conclusions: 1. Some attitudes about healthcare assistance of HIV seronegative women were not supported by HM recommendations, indicating the need of training programs. 2. Inadequacy of prenatal care and unavailability of rapid HIV testing or the result at time negatively influence the application of HM recommendations for HIV vertical transmission.

Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: atitude dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade de Salvador/ Bahia

João Paulo Queiroz Farias

Folha de Aprovação

Comissão Examinadora

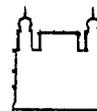
Prof. Dr. Elias Darzé.

Profa. Dra Anamélia Franco

Prof. Dr. Ademário Spínola



EBMSP
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz - Bahia
Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM MEDICINA

Título da Dissertação: Profilaxia da Transmissão Vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana: atitude dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da Cidade de Salvador.

Candidato: João Paulo Queiroz Farias.

Orientador: Prof. Dr. Bernardo Galvão Castro Filho

Comissão Examinadora: Prof. Dr. Elias Darzé
Prof^ª. Dr^ª. Anamélia Lins e Silva Franco
Prof. Dr. Ademário Galvão Spinola

A Comissão Examinadora, indicada pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, conforme o que estabelecem as normas em vigor, deu início aos trabalhos de avaliação da Defesa de Dissertação, às **16:00 horas**, do dia 26 de junho de 2006. O candidato realizou apresentação oral de seu trabalho, com duração de 30 minutos. As arguições e as defesas foram encerradas às 18 (dezoito) horas. A Comissão Examinadora reuniu-se e, após avaliação conjunta dos conhecimentos demonstrados e da capacidade de discutir e analisar os resultados obtidos, o aluno foi considerado aprovado, Nota 9 (nove). E para constar do processo respectivo, a Comissão Examinadora elaborou a presente ATA, que vai assinada por todos os seus membros.

A Comissão Examinadora é:

Favorável à divulgação da Tese na sua forma atual.

Favorável à divulgação da Tese após as modificações sugeridas pela Comissão

Salvador, 26 de junho de 2006.

Membros da Banca Examinadora:

Anamélia Lins e Silva Franco

Aluno:

João Paulo Queiroz Farias

Instituições Envolvidas:

EBMSP-Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

FBDC-Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

FIOCRUZ-Bahia-Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz

1. INTRODUÇÃO

Embora os casos iniciais de AIDS tenham sido descritos no Brasil, na década de 80, em pacientes do sexo masculino, a epidemia vem rapidamente mudando o seu perfil, com aumento da transmissão heterossexual e, conseqüentemente, da proporção de casos entre mulheres e da transmissão perinatal. Se utilizarmos o nível educacional da população como marcador do status sócio-econômico, o aumento progressivo da incidência entre pessoas com menor nível de escolaridade indica uma tendência à pauperização da epidemia. Vistos em conjunto, esses aspectos – feminização, transmissão vertical e pauperização – sinalizam para os desafios que ainda precisarão ser superados para melhorar o controle da doença em nosso país.

Apesar de o Brasil ocupar a setuagésima posição na escala de desenvolvimento humano da Organização Mundial das Nações Unidas, o país conseguiu implementar um programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis /AIDS que numa perspectiva global, tem tido repercussão internacional como modelo de um programa, em um país em desenvolvimento, que integra prevenção, cuidado e tratamento.

O Brasil é um país de dimensões continentais, com importantes desigualdades sócio-econômicas e culturais entre as suas regiões influenciando um menor desempenho do Programa de DST/AIDS nas regiões menos favorecidas, tais como a região norte e nordeste do nosso país.

Nesse sentido, a avaliação do conhecimento e das atitudes dos médicos que atuam nas maternidades públicas da cidade de Salvador, pode nos apontar a necessidade de estratégias mais eficazes para o enfrentamento dos desafios da epidemia e de melhoria do programa de DST/ AIDS, uma vez que as maternidades públicas estão

ligadas diretamente à assistência a uma parcela carente da população, com risco de contrair a infecção pelo HIV, em uma região pobre do país.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Nas últimas duas décadas a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS, sigla da expressão na língua inglesa) tornou-se um grande problema para a saúde pública mundial, responsável por mais de 25 milhões de mortes. A Organização Mundial de Saúde estimou, em 2005, que cerca de 40,3 milhões de indivíduos estariam infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, sigla da expressão na língua inglesa) no mundo, sendo em torno de 38 milhões de adultos e 2,3 milhões de crianças menores de 15 anos de idade. Haveria, segundo esta mesma estimativa, cerca de 17,5 milhões de mulheres portadoras do HIV (1). Atualmente a via predominante de transmissão deste vírus no mundo são as relações heterossexuais sem proteção (2).

No Brasil, em 2004, estimou-se que 600.000 indivíduos em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos de idade) seriam portadores do HIV (3). Desde o início da década de 80 até junho de 2005, foram notificados 371.827 casos desta infecção em nosso país, sendo que a região Nordeste contribuiu com 38.837 casos e o Estado da Bahia com 9.242 notificações(4).

Um estudo de base populacional realizado entre 1998 e 2000, estimou que a soroprevalência para o HIV na cidade de Salvador foi de 0.55% na população geral e de 0.8% entre os homens e 0.36% para as mulheres, tendo sido observado ainda valores maiores no grupo etário de 31 a 45 anos (1%) e nas pessoas com renda familiar inferior a dois salários mínimos (0,78%) (5).

Inicialmente, a epidemia da infecção pelo HIV no nosso país acometia principalmente indivíduos do sexo masculino e em grandes centros urbanos. Nos

últimos anos, a infecção pelo HIV no Brasil tem passado por mudanças em seu perfil epidemiológico, sendo suas características atuais os processos de heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização (6,7,8,9,10).

O nível educacional da população tem sido utilizado em diversos estudos como marcador do status sócio-econômico, sendo que o aumento progressivo da prevalência da infecção pelo HIV entre pessoas com menor nível de escolaridade demonstra a tendência a pauperização da epidemia (11,12,13)

Desde o final da década de 80 a epidemia da AIDS no Brasil vem se caracterizando pelo aumento do número de casos associados à transmissão heterossexual, a qual desde 1995 é a mais freqüente entre os casos com categoria de transmissão do HIV conhecida (14,16). Uma das principais conseqüências da heterossexualização da epidemia do HIV tem sido o rápido crescimento da incidência de casos entre as mulheres (10,15). Em 1985 a razão de sexo era de 26,5, evoluindo para 1,4 em 2005 (4;16). Em 2005, foi observado que 44,6% dos casos entre indivíduos do sexo masculino e 94,7% dos casos entre as mulheres estavam relacionados à categoria de transmissão heterossexual do HIV (4). A grande disseminação de casos entre as mulheres é um dos aspectos mais pronunciados da epidemia atualmente e esta característica é denominada feminização da epidemia.

A feminização pode facilmente ser observada analisando-se as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Desde o início da década de 80 até junho de 2005, foram notificados 371.827 casos de infecção pelo HIV no Brasil, dos quais 251.979 foram verificados em homens e 118.520 em mulheres (4). Em 15% dos municípios brasileiros que notificaram pelo menos um caso de AIDS no período de 1999/2000 observou-se a inversão da relação de incidência entre os sexos, sendo que

70% destes municípios possuíam população menor ou igual a 50 mil habitantes nesta ocasião (7,10). No ano 2004, a razão de sexos foi de 1,5, o que corresponde a três casos em indivíduos masculinos para dois casos em mulheres(16). Recentemente dados apresentados pelo Programa Nacional de DST e AIDS, com informações atualizadas até junho de 2005, apontam uma tendência à estabilização do crescimento da epidemia entre as mulheres, com a razão de sexos de 1,7 homens para cada mulher no ano 2000 diminuindo para 1,4 em 2005(4).

A feminização da epidemia pode ser atribuída a fatores como o comportamento sócio-sexual da população, aliados a aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero. As mulheres, do ponto de vista biológico, são mais vulneráveis à infecção pelo HIV que os homens. Além disso, “regras” de pareamento entre os gêneros, determinadas socialmente, economicamente e culturalmente favorecem o relacionamento de mulheres mais jovens com homens de faixas etárias mais elevadas, as quais apresentam níveis mais elevados de prevalência para o HIV. Adicionalmente, as mulheres são menos favorecidas em termos políticos, culturais e socioeconômicos, com menor acesso a bens materiais, proteção social e à educação (8,11,15,17).

A faixa etária de 20 a 49 anos tem sido a mais atingida e de maior risco de se infectar, representando 83,4% dos casos de AIDS notificados entre mulheres no período de 1983 a 2003 (18). No ano de 2004, foram notificados 30.518 novos casos de AIDS e, desses, 18.213 foram verificados em homens e 12.305 em mulheres, mostrando a relevância da epidemia para o sexo feminino(4).

Do total de casos entre mulheres notificados até hoje, 70% destes casos foram notificados após 1992 (19). Entre as mulheres, em 94,7% dos casos, a transmissão do

HIV também se dá predominantemente pela via sexual. As demais formas de transmissão são o uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea, transmissão materno-infantil ou ignoradas pelos pacientes (4,8).

O crescimento da epidemia entre as mulheres principalmente em idade reprodutiva constitui-se um flagrante problema de saúde pública e tem como uma de suas conseqüências o aumento da transmissão materno-infantil.

Atualmente a quase totalidade dos casos de AIDS entre os menores de 13 anos se deve à transmissão materno-infantil (4,15). Dados de uma série histórica nacional de 20 anos de casos de AIDS entre menores de 13 anos de idade, desde o início da epidemia em 1983 até junho de 2005, revelam que já totalizam 11.901 casos, sendo que a categoria de transmissão vertical contribui com 83,7% das notificações, seguida da categoria de exposição ignorada (8,1%), sexual (6,0%) e sanguínea (2,2%) (4).

Desde 1997, vem sendo realizado, sob a gerência da Coordenação Nacional de DST e AIDS, o projeto “Vigilância do HIV por Rede-Sentinela Nacional” ou, resumidamente, Projeto-Sentinela. Por meio de estudos transversais repetidos periodicamente em três grupos-sentinela (pacientes de clínica de DST, pacientes atendido em pronto-socorro e gestantes atendidas em maternidade). O projeto objetiva estabelecer as tendências têmporo-espaciais da infecção por HIV nas populações selecionadas (3). Dados referentes às maternidades brasileiras participantes do projeto mostram que a prevalência média da infecção pelo HIV, entre as parturientes foi de cerca de 0,6% no ano 2000 e de 0,4 % em 2004 (19,20). Em 1995, na cidade de Salvador, Dos Santos estudou a soroprevalência de algumas infecções transmissíveis no período perinatal, em 1024 gestantes referidas para a

realização de exames laboratoriais no Laboratório Central de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. A soroprevalência para o HIV foi de 0,10%, tendo os autores do estudo atribuído a baixa prevalência observada ao fato da transmissão heterossexual na época ainda não ser uma importante via de transmissão do HIV na cidade de Salvador (11).

Quando a gestante é soropositivo para o HIV, a transmissão viral para o seu concepto pode ocorrer em qualquer fase: intra-útero, intra-parto ou ainda no pós-parto. Durante a gestação, a transmissão intra-parto é estimada em cerca 65% enquanto os 35% restantes corresponderiam à transmissão intra-útero, especialmente nas últimas semanas de gestação (21,22, 23, 24, 25).

A transmissão no período pós-parto ocorreria pelo aleitamento materno. Uma meta-análise estimou o risco de transmissão do HIV pela amamentação em mulheres com infecção estabelecida em 14% (95% CI: 7 -22), (24) e atualmente se reconhece que o risco de transmissão do HIV pela amamentação depende também da duração e da exclusividade do leite materno na alimentação da criança (26). Quando nenhuma intervenção é realizada a transmissão vertical do HIV é estimada em 25% dos conceptos nascidos de mães portadoras do HIV (27 ,28,29).

Em 1994, os resultados do protocolo 076 do AIDS CLINICAL TRIAL GROUP (ACTG) demonstraram que a administração da zidovudina (AZT) reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5% quando iniciada pela gestante infectada a partir da 14ª semana e mantida durante o trabalho de parto, desde que o recém nascido faça uso do AZT até a sexta semana de vida (27).

Além disso, foi evidenciado benefício da terapia com AZT na diminuição da transmissão perinatal mesmo quando sua administração é efetuada tardiamente na

gestação ou quando administrado somente para o recém-nascido até 48 horas após o nascimento (30). Com base nesses dados, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda que todo encontro com a gestante, parturiente ou puérpera não deixe de representar uma oportunidade para o profissional de saúde oferecer a realização do teste anti-HIV e iniciar a terapia com o AZT nos casos positivos (19).

Atualmente reconhecem-se como os principais fatores associados à transmissão vertical a carga viral e o tempo de ruptura das membranas. O risco de transmissão intra-parto e na amamentação é mais acentuado nos casos de carga viral mais elevada nas secreções cervico-vaginais e no leite materno. Já foi demonstrado que, independente da via de parto, a ruptura das membranas por um período de tempo superior a quatro horas, praticamente dobra as taxas de transmissão vertical do vírus HIV(31, 32, 33, 34, 35 ,36,37).

A utilização de outros agentes anti-retrovirais combinados vem sendo recomendada atualmente e está se tornando cada vez mais freqüente em gestantes, posto que o uso da terapia anti-retroviral combinada é capaz de reduzir a carga viral do HIV até para níveis indetectáveis, conduzindo as taxas de transmissão vertical para menos de 3% (38). A terapia anti-retroviral combinada está indicada para as mulheres grávidas que preencham os critérios para início de tratamento, visando o controle de sua infecção e a redução da transmissão vertical do HIV (19).

Merece consideração ainda a via de parto a ser escolhida. A cesariana quando realizada de modo eletivo, ou seja, fora do trabalho de parto e com as membranas amnióticas íntegras, é considerada fator protetor contra a transmissão vertical, especialmente se for indicado o uso do AZT. O parto natural é adequado nos casos em que a carga viral estiver indetectável ou menor que 1000 cópias/ml e em

Embora a legislação brasileira seja adequada para regulamentar as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, pouco se conhece acerca da aplicabilidade dos textos legais e do conhecimento e observância das normas pelos profissionais de saúde. Apesar dos esforços para implementação dessas ações, são escassos os dados de monitorização das intervenções recomendadas no âmbito das maternidades e em relação aos profissionais envolvidos na assistência à gestante e ao neonato.

Segundo dados do projeto "Vigilância do HIV por Rede-Sentinela Nacional", que inclui vários sítios em maternidades, ocorreram no país 12.898 partos de gestantes infectadas pelo HIV em 1998. Destas, apenas 2.512 receberam zidovudina (AZT) injetável no momento do parto, o que corresponde a 19,5% do número notificado de gestantes infectadas naquele ano. A maior proporção de gestantes infectadas pelo HIV tratadas com zidovudina injetável encontra-se na região Sudeste (28,0%), seguida pela região Sul (14,8%), Centro-oeste (9,3%) e Norte (3,2%) e por fim a região Nordeste do país com a taxa de 2,6% de utilização da profilaxia (41), revelando o nítido descompasso entre as exigências legais e o que efetivamente ocorre na prática obstétrica.

Um estudo acerca da transmissão vertical do HIV realizado na cidade de Fortaleza revelou a situação epidemiológica preocupante naquela capital do nordeste: observou-se em 101 grávidas estudadas retrospectivamente, as quais tiveram conhecimento de sua infecção pelo HIV antes ou durante a gestação, apenas 47,5% utilizaram todas as etapas da profilaxia e apenas 61,5% dos recém-natos destas mulheres usaram AZT durante as seis semanas preconizadas (43).

Na cidade de Salvador, o Centro de Referência em Tratamento de AIDS (CREAIDS), relatou sua experiência com 118 crianças expostas ao HIV, atendidas

entre os anos de 2000 e 2002, revelando que apenas 50,8% das mães destas crianças fizeram a profilaxia completa para a transmissão vertical do HIV na gestação, sendo que 10,2% o fizeram de modo incompleto e 28% não receberam nenhuma forma de profilaxia. A taxa de transmissão vertical do HIV observada em crianças cujas mães foram submetidas ao protocolo ACTG 076 completo foi de 0% e de 76,6% nos casos em que não houve nenhuma profilaxia (44).

Desde os primórdios da epidemia, diversos autores têm avaliado diferentes aspectos ligados ao conhecimento, informação, atitude e práticas relacionados à infecção pelo HIV tanto em grupos populacionais como também em profissionais de saúde envolvidos na assistência às pessoas infectadas pelo HIV. Um estudo, conduzido pela Academia Americana de Pediatria em 2001, evidenciou disparidade entre o conhecimento e prática dos pediatras acerca da testagem e aconselhamento perinatal do HIV nos Estados Unidos (45). Nesse estudo, embora os profissionais avaliados apresentassem alto grau de compreensão da importância do rastreamento da infecção pelo HIV como meio de reduzir a transmissão vertical, isso nem sempre se traduzia em benefício para a sua prática clínica, pois foi observado que em 40,6 % dos casos o *status* sorológico da mãe era desconhecido sendo a testagem do recém-nato e da mãe discutida apenas em 10,4% dos casos.

Lohrmann e colaboradores (46) avaliaram o conhecimento e a atitude de estudantes de enfermagem na Alemanha acerca do HIV e AIDS. Utilizando-se um questionário para a coleta de dados, os autores observaram um alto nível de conhecimento a respeito da AIDS dentre as 180 estudantes de enfermagem entrevistadas, embora também tenham observado lacunas de conhecimento acerca da imunopatologia e dos sintomas da doença. As estudantes que já tinham cuidado de pessoas com AIDS

apresentaram maior conhecimento acerca da doença. No geral as atitudes, em relação à AIDS e às pessoas com AIDS foram tolerantes e positivas.

Hayter (47) avaliou o conhecimento e a atitude de enfermeiras que trabalhavam em clínicas de Saúde reprodutiva no Reino Unido acerca da profilaxia para a infecção pelo HIV após exposição sexual (profilaxia após exposição não-ocupacional). Com dados coletados através de um questionário, observou que 72% das entrevistadas estavam informadas acerca da profilaxia para a infecção pelo HIV após exposição não-ocupacional, 17% tinham experiência com o seu uso e a atitude foi mais positiva em relação à exposição ao HIV em um relacionamento de longo tempo do que na exposição em uma relação casual.

Szwarcwald e colaboradores (48), em um estudo populacional realizado em 2004, avaliaram o conhecimento, a prática e o comportamento relacionado à transmissão do HIV entre a população brasileira de 15 a 54 anos, com entrevistas realizadas em todos os estados, descrevendo a vulnerabilidade de adquirir a infecção pelo HIV nesta população, tendo observado alta proporção de uso inconsistente de condom com qualquer tipo de parceiro entre as mulheres e entre os mais pobres.

Na Costa do Marfim, Souville et al (49) avaliaram o impacto da disponibilidade da terapia antiretroviral altamente ativa, dentro da Iniciativa de Acesso às Drogas do Ministério da Saúde daquele país, no conhecimento, atitude e prática médica em relação ao cuidado de pessoas com HIV. Neste estudo transversal, em que se utilizou um questionário auto-administrado, respondido por médicos de seis centros de referência da Iniciativa de Acesso às Drogas e de outros cinco centros de atendimentos a pessoas com HIV, observou-se que os médicos com maior experiência em cuidar de pacientes com HIV apresentaram melhor conhecimento a

respeito da doença, terapia antiretroviral e profilaxia com cotrimoxazole e apresentaram maior probabilidade de declarar que pacientes infectados pelo HIV podem ser perigosos para os demais.

Chambers et al (50), na Islandia, avaliaram as atitudes correntes e as práticas acerca da avaliação antenatal e testagem para o HIV e barreiras para implementação destas ações entre enfermeira, clínicos gerais e obstetras. Através de um questionário anônimo, auto-administrado, com questões dicotômicas ou com uma escala tipo Likert, evidenciaram que embora a maioria dos entrevistados tenha fortemente concordado que a detecção do HIV seja benéfica para a gestante e para o bebê, 11% deles se opuseram ao programa de rastreamento antenatal, sendo referidas a relutância das mulheres em aceitar a testagem, a falta de tempo, conhecimento, suporte dos serviços e baixa prevalência do HIV na comunidade como causas desta discordância.

Em um artigo de revisão, publicado em 1998, Valimaki et al evidenciaram que as atitudes das pessoas em relação ao HIV/AIDS e as atitudes das pessoas com HIV/AIDS já foram extensamente pesquisadas. Por outro lado, haveria um crescente interesse em mensurar as experiências, atitudes e opiniões de pacientes e profissionais de saúde. O primeiro estudo acerca de atitudes em HIV/AIDS foi publicado em 1987. A partir de 1989, o aumento do número de pesquisas voltadas para a análise de conhecimento foi consideravelmente acelerado, inicialmente no campo da Psicologia e posteriormente na área dos cuidados de saúde. Mais de 50% dos estudos foram realizados nos Estados Unidos, seguidos pelo Reino Unido e Austrália, e em menor grau em diversos outros países, com um ou dois artigos. Na maioria dos casos a coleta dos dados se deu com a utilização de um questionário, desenvolvido pelo próprio pesquisador ou equipe (51).

Em síntese, a epidemia do HIV/AIDS é um problema relevante de saúde pública mundial, sendo um de seus aspectos mais importantes a transmissão vertical do HIV. No Brasil, o Ministério da Saúde, acompanhando a evolução do conhecimento científico, elaborou um programa para o enfrentamento desta epidemia que é referência para países em desenvolvimento, contendo recomendações eficazes para o controle da transmissão vertical do HIV. Entretanto o panorama atual no nosso país demonstra que ainda existem dificuldades na implementação destas medidas, pois observa-se altos índices de transmissão vertical do HIV, particularmente nas regiões menos favorecidas do país. O internamento da gestante para a assistência ao parto é particularmente importante para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, não somente pelas diversas medidas recomendadas para este momento, mas também por se constituir a última oportunidade de diagnóstico da infecção materna. A avaliação das atitudes dos obstetras e neonatologistas, profissionais que atuam na assistência ao parto e recém nascido, pode nos ajudar a compreender algumas causas relacionadas à aplicação deficiente das recomendações do Ministério da Saúde.

3. JUSTIFICATIVA

O controle inadequado da transmissão vertical do HIV indica falhas inegáveis no sistema de saúde brasileiro, pois as recomendações legais do Ministério da Saúde prevêm medidas bastante eficazes no diagnóstico precoce, controle da infecção materna, terapêutica e profilaxia da transmissão materno–infantil, mas estas medidas não são adotadas na maioria das vezes.

O momento da assistência ao parto tem um papel fundamental na profilaxia da transmissão materno–infantil do HIV, pois além das diversas recomendações preconizadas para as gestantes com diagnóstico já estabelecido e em tratamento, este momento pode se constituir na derradeira oportunidade para oferecimento da testagem para o HIV naquelas parturientes com status sorológico desconhecido.

Nesse sentido, a atitude dos obstetras e neonatologistas acerca das medidas profiláticas da transmissão materno–infantil e do uso de anti-retrovirais são aspectos fundamentais em relação ao impacto das práticas baseadas nas recomendações do Ministério da Saúde.

Até o presente, são escassos na literatura nacional e internacional trabalhos que avaliem a atitude dos profissionais e os fatores que influenciam a aplicação das medidas recomendadas para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Estas considerações justificam a realização do presente estudo, tendo em vista que os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para alertar os gestores de saúde para a necessidade de implantação de políticas públicas de capacitação dos profissionais envolvidos na assistência à gestante e ao recém–nascido na cidade de Salvador.

4.OBJETIVOS

4.1. Principal

Conhecer a atitude dos obstetras e neonatologistas plantonistas das maternidades públicas da cidade de Salvador acerca das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral no momento do parto.

4.2 Secundários

- 1) Descrever as características demográficas, a formação acadêmica, a atuação profissional e avaliar a importância do tema “ transmissão vertical do HIV” para os entrevistados.
- 2) Avaliar se os obstetras e neonatologistas conhecem as recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.
- 3) Avaliar, pela perspectiva do médico, se as condições de trabalho e a disponibilidade de terapia anti-retroviral e testagem rápida para o HIV interferem na aplicação das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.
- 4) Estabelecer se existe relação entre o perfil demográfico acadêmico e profissional dos obstetras e neonatologistas plantonistas das maternidades públicas da cidade de Salvador e as atitudes acerca das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1 População do estudo

Em Salvador existem sete maternidades públicas, 6 pertencentes à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Instituto de Perinatologia da Bahia, Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Tysilla Balbino, Hospital Manoel Vitorino, Maternidade Albert Sabin e Hospital João Batista Caribé) e a Maternidade Climério de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia. A meta foi entrevistar a totalidade da população alvo, composta por 152 obstetras e 71 neonatologistas dessas maternidades.

Da totalidade da população alvo, composta de 152 obstetras e 71 neonatologistas, 129 (84,6%) e 59 (83,09%) respectivamente, consentiram em participar do estudo, respondendo o questionário anônimo, estruturado e auto explicativo. Treze obstetras (8,5%) e quatro neonatologistas (5,63%) recusaram-se a participar do estudo. Dos 18 profissionais que não foram localizados após três tentativas (devido a férias, licença médica, licença prêmio), 10 (6,5%) eram obstetras e 8 (11,26%) neonatologistas.

No gráfico 1 observa-se a frequência dos obstetras e neonatologistas que consentiram em participar do estudo:

OBSTETRAS



NEONATOLOGISTAS

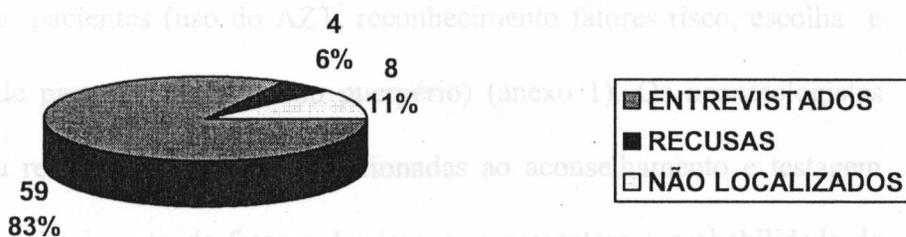


GRAFICO 1: Participação dos Obstetras e Neonatologistas no estudo.

5.2 Desenho do estudo

O estudo do tipo descritivo transversal para o qual foi elaborado um questionário estruturado, anônimo, não identificado e auto explicativo, composto de duas partes, uma geral, com igual conteúdo para os obstetras e neonatologistas e outra específica, com conteúdo distinto, para a avaliação das atitudes diante das medidas

recomendadas pelo Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV.

Na parte geral do questionário, foram obtidas informações sobre as características demográficas da população-alvo, bem como indicadores da formação acadêmica, atuação profissional e importância do tema transmissão vertical do HIV para o entrevistado. Foi avaliado, pela perspectiva dos médicos, o impacto das condições de trabalho e da disponibilidade de terapia anti-retroviral e testagem rápida para o HIV na aplicação das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Na parte específica do questionário, relativa aos obstetras, foram feitas questões acerca das atitudes relacionadas ao aconselhamento e testagem rápidas para o HIV e condutas com as pacientes (uso do AZT, reconhecimento fatores risco, escolha e manejo da via de parto e cuidados no puerpério) (anexo 1). Os neonatologistas responderam a respeito das atitudes relacionadas ao aconselhamento e testagem maternas, do reconhecimento de fatores de risco que aumentem a probabilidade de transmissão vertical e acerca dos cuidados com o recém-nascido filho de mãe soropositivo para o HIV (anexo 2). As questões relativas a atitudes foram respondidas através de uma escala tipo “Likert”, numericamente pontuada de um a cinco (1-Discordo completamente, 2-Discordo parcialmente, 3-Indeciso, 4-Concordo parcialmente 5-Concordo completamente), na qual o entrevistado assinalava o seu grau de concordância para cada conduta citada.

Os questionários foram aplicados pelo mestrando e por três alunos da graduação do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, previamente treinados para participar do estudo.

A estratégia utilizada na coleta dos dados foi aplicar o questionário auto-explicativo durante os plantões nas maternidades públicas da cidade de Salvador, com os entrevistadores entregando ao participante do estudo o questionário, aguardando no local que o mesmo fosse respondido e depositados pelo próprio participante em envelope lacrado, não tendo ocorrido possibilidade de identificação dos mesmos em nenhum momento do estudo. Não houve limitação de tempo para a resposta do questionário. Os envelopes foram abertos pela equipe do projeto após a conclusão da coleta dos dados.

5.3. Local, duração do estudo e aspecto éticos

O estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2005 nas maternidades públicas da cidade de Salvador. O projeto do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC (Parecer nº 38 / 2005) (anexo 5), autorizado pelas diretorias das maternidades envolvidas. O estudo foi conduzido de acordo com os postulados éticos da Declaração de Helsinque, sendo garantidos o tratamento sigiloso das informações obtidas e a possibilidade de revogar o consentimento a qualquer momento. Os questionários (anexos 3 e 4) foram aplicados após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos médicos que concordaram em participar

5.4 Análise estatística

Na análise dos dados acerca das atitudes em relação às recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral, as respostas discordo completamente e discordo parcialmente foram agrupadas, indicando a tendência do entrevistado de não realizar a conduta citada. Do mesmo modo, as respostas concordo completamente e concordo parcialmente, igualmente agrupadas, indicaram a tendência do entrevistado em realizar

determinada conduta. Outrossim, as respostas indecisas foram sempre interpretadas como erro.

Os dados foram armazenados e tabulados em planilha de dados eletrônicos através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, Inc, Chicago, IL). Na descrição das variáveis contínuas foram usadas a frequência simples, a média com o desvio padrão e a mediana. As variáveis nominais foram descritas através de frequência simples e percentuais. Para realizar as comparações de variáveis escalares foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*, pois a distribuição das variáveis não eram semelhantes a distribuição normal; para comparação de proporções foi usado o teste de qui-quadrado ou teste Exato de Fisher caso os pressupostos do qui-quadrado não fossem atendidos; para a correlação entre variáveis escalares foi usado a correlação de *Spearman*. Foi estabelecido o valor de significância de alfa, igual ou menor que 0,05 (5%) para rejeitar a hipótese de nulidade.

6.0 RESULTADOS

6.1. Características demográficas, formação acadêmica, atuação profissional e “importância do tema transmissão vertical do HIV” dos obstetras.

A população avaliada foi constituída sobretudo por médicos com a média de idade de 42 anos e predominantemente do sexo feminino (tabela 1).

Tabela 1: Características demográficas dos obstetras. Salvador 2005.

Características	Medidas
Idade em anos	
Média ± dp	42,0 ± 9,8
Mediana (variação)	44 (26-61)
Sexo (n - %)	
Feminino	90 (69,8)
Masculino	39 (30,2)

dp = desvio padrão

Cerca de metade dos entrevistados foram graduados pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP; n= 65; 50,4 %), sendo o segundo grupo mais numeroso composto pelos graduados pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA; n= 59; 45,7%). Em média, os profissionais estavam formados há 17,5 anos. Oitenta e seis por cento (n= 111) dos entrevistados referiu ter cursado pós-graduação *senso lato* sob a forma de Residência Médica e 51,1% cursou estágio de dois ou mais anos na especialidade. Setenta e cinco por cento eram portadores do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (n = 97). Pós-graduação *senso estrito* em nível de mestrado foi cursada por 4,7% (n= 6) e em nível de doutorado por 1,6% (n=2) (Tabela 2). Dos 129 entrevistados, 41,9% (N= 54) freqüentou algum estágio ou curso de capacitação em HIV/ AIDS (tabela 2).

Tabela 2: Características da formação acadêmica dos obstetras. *Salvador 2005.*

Faculdade onde foi formado	(n - %)
EBMSP	65 (50,4)
UFBA	59 (45,7)
OUTRAS	5 (3,9)
Tempo de Formatura em anos	
Média ± DP	17,5 ± 9,4
Mediana	19
Pós-Graduação	(n - %)
Residência Médica	111 (86,0)
Estágio em Ginecologia e Obstetrícia	66 (51,2)
Título de Especialista	97 (75,2)
Mestrado	6 (4,7)
Doutorado	2 (1,6)
Curso / estagio de capacitação HIV /AIDS ou DST	54 (41,9)

Dos obstetras, 41,1% (n = 53) atuam na área há mais de 20 anos e 48,1% (n= 62) têm carga horária de 24 h semanais em sistema de plantão, ao passo que 82,2% (n= 106) dos obstetras trabalham também em clínica privada ou conveniada, 44,2% (n= 57) referiram trabalhar em serviço acadêmico e 23,3% (n= 30) desempenham função de preceptor ou docente (tabela 3).

Tabela 3: Atividade profissional dos obstetras. Salvador 2005.

CARACTERÍSTICAS	(n - %)
Tempo de atuação na área em anos	
≥ 5	29 (22,5)
5 a 10	14 (10,9)
10 a 20	33 (25,6)
≥20	53 (41,1)
Carga horária semanal em plantão em horas	
12	21 (16,3)
24	62 (48,1)
> 24	46 (35,7)
Trabalha em clínica privada ou conveniada	106 (82,2)
Trabalha em serviço acadêmico	57 (44,2)
Exerce função de preceptoria /docente	30 (23,3)

No presente estudo 48,8% (n= 63) dos obstetras referiram atender a mais de 30 gestantes semanalmente e que, nos três meses que antecederam a coleta dos dados, 57,4% (n= 74) prestaram atendimentos a gestantes com sorologia positiva para o HIV. Na estimativa dos obstetras, em 42,7% ($42,7 \pm 31,8\%$, mediana 40 %) das pacientes atendidas o *status* da sorologia para HIV é desconhecida (tabela 4).

Tabela 4: Importância do tema ‘transmissão vertical do HIV’ na vida profissional dos obstetras. *Salvador 2005.*

Características dos atendimentos	(n - %)
Gestantes / semana	
< 10	5 (3,9)
10 -19	37 (28,7)
20 -30	23 (17,8)
31 – 40	27 (20,9)
> 40	36 (27,9)
Gestantes HIV + nos últimos três meses	74 (57,4)
Gestantes com sorologia para HIV desconhecida	
Média ± DP	42,7 ± 31,6 %
Mediana	40 %

6.2. Conhecimento das Recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Cento e seis obstetras (82%, n= 106) informaram conhecer totalmente as recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, enquanto que 18% (n= 23) relataram conhecimento parcial das recomendações (Gráfico 2).

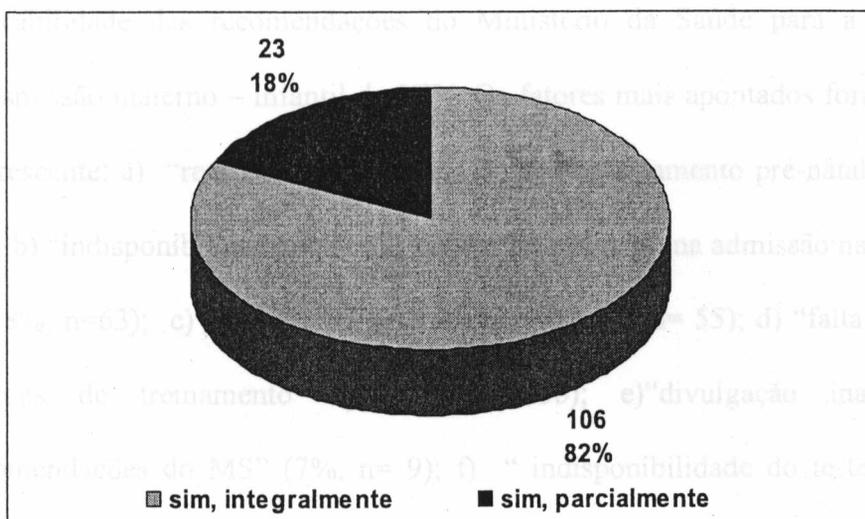


Gráfico 2: Resposta dos obstetras sobre o conhecimento das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

6.3. Impacto das condições de trabalho e da disponibilidade do teste rápido e da terapia antiretroviral

Os resultados referentes à disponibilidade da terapia antiretroviral e da testagem rápida para o HIV nas maternidades, assim como da disponibilidade do resultado do exame em tempo hábil para indicação de profilaxia para a transmissão vertical do HIV estão apresentados na tabela 5. A maioria dos entrevistados afirmou que a testagem rápida está sempre ou quase sempre disponível na sua unidade (63,3%, n= 82 e 34,1% n= 44 respectivamente). Entretanto, apesar da disponibilidade, um terço dos entrevistados referiu que o resultado do exame está disponível em tempo hábil para a indicação de profilaxia. O AZT venoso e oral estaria sempre disponível segundo 79,8% (n= 103) e quase sempre disponível de acordo com 18,6% (n= 24) dos obstetras. Quando a gestante apresenta sorologia positiva para o HIV, 82,9 % (n=107) referiram que o parto é sempre feito na unidade. Vale ressaltar que 95,3% (n =123) dos obstetras entrevistados referiram que existem fatores que prejudicam a

aplicabilidade das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV. Os fatores mais apontados foram, em ordem decrescente: a) “realização inadequada do acompanhamento pré-natal” (74,4%, n= 96); b) “indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão na maternidade” (48,8%, n=63); c) “sobrecarga de trabalho”(42,6%, n= 55); d) “falta de programas oficiais de treinamento” (38,8%, n= 50); e)“divulgação inadequada das recomendações do MS” (7%, n= 9); f) “ indisponibilidade do teste rápido e das drogas ARV” (5,4% , n= 7).

Tabela 5: Impacto das condições de trabalho e da disponibilidade de terapia anti-retroviral e testagem rápida para o HIV na aplicação das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão vertical. *Continua... Salvador 2005.*

Características	n (%)
Disponibilidade da testagem rápida	
Sempre	82 (63,6)
Quase sempre	44 (34,1)
Raras vezes	3 (2,3)
Disponibilidade em tempo hábil do resultado da testagem rápida para indicação de profilaxia	
Sempre	38 (29,5)
Quase sempre	67(51,9)
Raras vezes	22(17,1)
Nunca	2(1,6)
Realização do parto de gestantes soropositivas na maternidade do entrevistado	
Sempre	107(82,9)
Quase sempre	20(15,5)
Raras vezes	2(1,6)
Disponibilidade das formulações venosa e oral do AZT na maternidade do entrevistado	
Sempre	103 (79,8)
Quase sempre	24 (18,6)
Raras vezes	1 (0,8)
Nunca	1 (0,8)
Referem a existência de fatores prejudiciais à aplicabilidade das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV	
	123 (95,3)

Tabela 5: Impacto das condições de trabalho e da disponibilidade de terapia anti-retroviral e testagem rápida para o HIV na aplicação das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão vertical. *Continuação. Salvador 2005.*

Características	n (%)
Fatores prejudiciais à aplicabilidade das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão vertical do HIV	
Realização inadequada do pré-natal	96 (74,4)
Indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão	63 (48,8)
Sobrecarga de trabalho	55 (42,6)
Falta de programas de treinamento	50 (38,8)
Divulgação inadequada das recomendações do MS	9 (7)
Indisponibilidade do teste rápido e drogas ARV	7 (5,4)
Fatores que motivam a transferência de gestantes HIV+	
O parto é realizado na unidade	99 (76,7)
Falta de medicação para a profilaxia da transmissão vertical	10 (7,8)
Falta de material de bioproteção / biossegurança	6 (4,7)
Estrutura física inadequada da unidade	4 (3,1)
Falta de pessoal especializado	2 (1,6)

Apesar de 76,7% (n=99) dos entrevistados referirem realizar o parto da gestante com sorologia positiva para o HIV nas suas respectivas unidades, quando a transferência para outra maternidade ocorre as justificativas aludidas foram: a) falta de medicação para a profilaxia da transmissão vertical (7,8%); b) falta de material de bioproteção/biosesegurança (4,7%); c) a estrutura física inadequada da unidade (3,1%) d) a falta de pessoal especializado (1,6%).

6.4. Atitudes em relação às recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Na análise geral dos resultados, observamos elevado percentual de acerto dos obstetras na avaliação das atitudes relacionada ao aconselhamento e à testagem rápida para o HIV (83,8%), manejo do AZT (87,2%), reconhecimento de fatores risco (68,9%), escolha e manejo da via de parto (76,07%) e cuidados no puerpério (79,6%), conforme ilustrado no gráfico 3. As atitudes dos obstetras em relação ao aconselhamento e testagem para o HIV foram avaliadas mediante duas questões, cujos percentuais de respostas encontram-se sumariados nas tabelas 6 e 7.

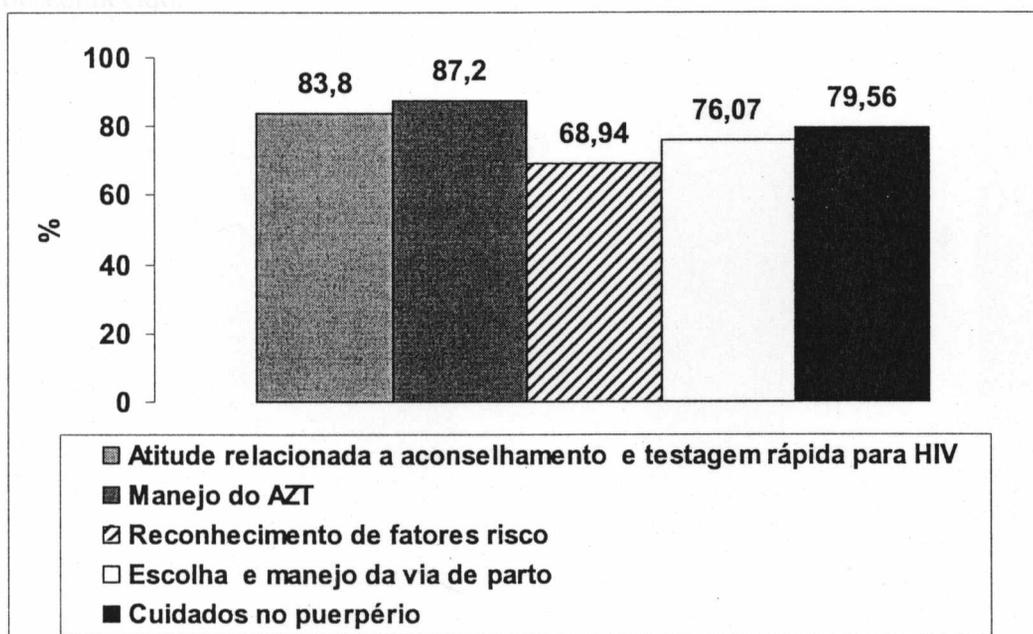


Gráfico 3: Percentual de respostas corretas dos obstetras na avaliação das atitudes relacionadas ao aconselhamento e à testagem rápida para HIV, manejo do AZT, reconhecimento de fatores risco e escolha e manejo da via de parto e cuidados no puerpério.

Na tabela 6, observamos a concordância de 99,3% dos obstetras em relação à necessidade de oferecer testagem rápida para todas gestantes com sorologia desconhecida para o HIV (97,7% de concordância completa, 1,6% de concordância parcial), conduta que é recomendada pelo Ministério da Saúde. Por outro lado,

verificamos que 90,7% dos entrevistados concordaram também com a solicitação compulsória da testagem rápida para HIV (78,3% concordaram completamente e 12,4 % concordaram parcialmente), e 80,7% dos participantes concordaram com a realização de aconselhamento pré-teste para todas as gestantes a serem submetidas à testagem rápida para o HIV (58,9% completamente; 21,7% parcialmente). Em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, os entrevistados discordaram (97,7%) do oferecimento da testagem rápida apenas para as pacientes consideradas de risco, assim como discordaram (96,9%) da falta de necessidade de realizar a testagem rápida para o HIV diante de parturientes com estado sorológico desconhecido.

Tabela 6: Atitudes relacionadas ao aconselhamento e testagem para o HIV. Frequência de resposta à questão: “Diante da parturiente com teste sorológico desconhecido para HIV, o que deve ser recomendado?” Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oferecer testagem rápida para todas gestantes com sorologia desconhecida para o HIV	1	0,8	-	-	-	-	2	1,6	126	97,7
€ Solicitar compulsoriamente testagem rápida para todas gestantes com sorologia desconhecida para o HIV	9	7,0	-	-	2	1,6	16	12,4	101	78,3
€ Oferecer testagem rápida somente para pacientes de risco para o HIV	118	91,5	8	6,2	-	-	1	0,8	1	0,8
ψ Realizar aconselhamento pré-teste para todas gestantes a serem submetidas à testagem para o HIV	10	7,8	9	7,0	4	3,1	28	21,7	76	58,9
€ Desnecessário realizar testagem	124	96,1	1	0,8	1	0,8	1	0,8	1	0,8

€ Um obstetra (0,8%) não respondeu.

ψ Dois obstetras (1,6%) não responderam.

Ainda na avaliação das atitudes relacionadas ao aconselhamento e à testagem, observa-se que diante de uma parturiente com teste rápido positivo para o HIV (tabela 7) a maioria dos obstetras afirmou que é recomendável discutir o resultado do teste com a paciente, alertando-a que o resultado necessita ser confirmado por outro método (93,8%) e que apresenta caráter confidencial (98,5%). Igualmente, a totalidade concordou que é fundamental orientar a paciente acerca das medidas que

seriam tomadas para profilaxia da transmissão vertical do HIV (100%). Verificamos que 92,2% dos obstetras acham importante realizar a notificação compulsória e solicitar exames do parceiro e que elevado percentual (76,4%) afirma ser necessário guardar amostra para determinação de CD4 e carga viral.

Tabela 7: Atitudes relacionadas ao aconselhamento e à testagem para o HIV. Frequência de resposta da questão: "Nos casos de teste rápido para o HIV positivo em parturientes, deve-se:" Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discutir o resultado do teste com a paciente, alertando-a que o resultado carece de confirmação	2	1,6	6	4,7	-	-	10	7,8	111	86,0
Orientar acerca da confidencialidade do resultado	1	0,8	1	0,8	-	-	18	14,0	109	84,5
Orientar acerca das medidas que serão tomadas para profilaxia da transmissão vertical do HIV	-	-	-	-	-	-	3	2,3	126	97,7
Guardar amostra para determinação de CD4 e carga viral.	13	10,1	6	4,7	13	10,1	16	12,4	81	62,8
Proceder à notificação compulsória e exames do parceiro.	3	2,3	6	4,7	1	0,8	15	11,6	104	80,6

Na tabela 8 estão apresentados os resultados da avaliação das atitudes relacionadas à prescrição de AZT a pacientes com sorologia positiva para o HIV. Observamos que 95,5% (91,5%, n=118 concordaram completamente; 3,9%, n=5 concordaram parcialmente) dos obstetras assinalaram concordar com a prescrição do AZT por via venosa, na dose de 2 mg / kg na primeira hora, seguida de 1 mg /kg de peso /hora até o clampeamento do cordão, conduta que é recomendada pelo Ministério da Saúde. Acertadamente, segundo estas mesmas recomendações, 86,1% dos entrevistados não condicionaram a prescrição do AZT venoso para a parturiente à não utilização de TARV combinada durante a gestação, bem como ao uso (87,6%) do AZT oral ou TARV combinada no decorrer da prenhez.

Em relação à realização da profilaxia da transmissão vertical do HIV durante o parto com o AZT por via oral, na indisponibilidade do AZT venoso, 75,4% dos obstetras concordaram com a conduta, ressaltando-se que foi observado um elevado percentual de indecisos (18,6%).

Tabela 8: Atitudes relacionadas à conduta frente a uma paciente com sorologia positiva. Frequência de resposta da questão: "Diante de parturientes com sorologia positiva para o HIV (pré-natal ou testagem rápida), em sua opinião, qual conduta adotar". Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Prescrever AZT venoso 2 mg / kg na primeira hora , seguido de 1 mg / kg / hora até o clampeamento do cordão:	2	1,6	1	0,8	3	2,3	5	3,9	118	91,5
€ Somente utilizar AZT venoso se a paciente não estiver usando Terapia anti-retroviral combinada durante a gestação	101	78,3	10	7,8	3	2,3	7	5,4	7	5,4
Ψ Utilizar AZT venoso somente se a parturiente tiver utilizado AZT oral ou Terapia anti-retroviral combinada durante a gestação	110	85,3	3	2,3	3	2,3	4	3,1	7	5,4
€ Em situações de indisponibilidade do AZT venoso usar alternativamente o AZT oral (300 mg no começo do parto, seguido de 300mg a cada 03 horas até o clampeamento do cordão).	4	3,1	4	3,1	24	18,6	13	10,1	83	64,3

€ Um obstetra (0,8%) não respondeu. Ψ Dois obstetras (1,6%) não responderam.

Na tabela 9 estão apresentados os resultados referentes ao conhecimento dos obstetras acerca dos fatores de risco para transmissão vertical do HIV. Entre os entrevistados, 92,9% identificou a ruptura de bolsa há mais de quatro horas e 91,4% a hemorragia intraparto como fatores de risco. Fatores como o número excessivo de exames de toque vaginal (59%) e a prematuridade (46,5%) foram menos valorizados, em discordância com os dados publicados na literatura e com as recomendações do Ministério da Saúde. Do mesmo modo, 53,5% dos obstetras correlacionaram a baixa carga viral, menor que 1000 cópias/ml, à menor probabilidade de transmissão vertical do HIV.

Tabela 9: Atitudes relacionadas a transmissão vertical. Frequência de resposta da questão: "Na sua opinião, as situações apresentadas abaixo são associadas com maior possibilidade de transmissão vertical do HIV?" Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
€ Excesso de exames de toque vaginal	29	22,5	15	11,6	8	6,2	38	29,5	38	29,5
Bolsa rota há mais de 04 horas	3	2,3	4	3,1	2	1,6	14	10,9	106	82,2
€ Prematuridade	33	25,6	13	10,1	22	17,1	29	22,5	31	24,0
€ Carga viral < 1000 cópias / ml.	58	45,0	11	8,5	34	26,4	9	7,0	16	12,4
Hemorragia intraparto	3	2,3	5	3,9	3	2,3	19	14,7	99	76,7

€ Um obstetra (0,8%) não respondeu.

Na tabela 10, estão apresentados os resultados relativos à via de parto, segundo a idade gestacional. Houve a concordância de 84,8% dos entrevistados na indicação de

cesárea eletiva para pacientes com carga viral acima 1000 cópias / ml ou desconhecida e com gestação com mais de 34 semanas, mantendo esta indicação se iniciado o trabalho de parto, desde que as membranas estejam integras e a dilatação não tenha ultrapassado 3 a 4 cm (86%). O Ministério da Saúde preconiza que nas pacientes com carga viral menor ou igual a 1000 cópias/ml ou indetectável, aferida a partir de 34 semanas gestacionais, o parto poderia ser por via vaginal se não houver contra-indicação obstétrica, o que contou com a concordância de 53,5% dos obstetras. O parto vaginal, segundo 38%, estaria proscrito nas parturientes HIV positiva e a cesárea deveria ser sempre a via de parto de acordo com 63,6 % dos obstetras.

Tabela 10: Atitudes relacionadas a conduta quanto o manejo e a via de parto da paciente HIV positiva. Frequência de resposta da questão: "Para a escolha da via de parto, no seu ponto de vista, devemos considerar." Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
^ε Pacientes com carga viral \leq 1000 cópias /ml ou desconhecida; \geq 34 semanas na aferição: cesariana eletiva.	10	7,8	8	6,2	1	0,8	27	20,9	82	63,6
Pacientes com carga viral \leq 1000 cópias / ml ou indetectável ; \geq 34 semanas na aferição: parto vaginal / indicação obstétrica	37	28,7	17	13,2	6	4,7	33	25,6	36	27,9
^ψ Iniciado o trabalho de parto, a cesariana pode ser considerada adequada desde que as membranas estejam íntegras e a dilatação cervical até 3 a 4 cm.	11	8,5	4	3,1	1	,8	24	18,6	87	67,4
A cesariana deve ser sempre a via de parto:	37	28,7	8	6,2	2	1,6	40	31,0	42	32,6
^ε O parto vaginal está proscrito para as pacientes HIV positiva:	42	32,6	37	28,7	-	-	24	18,6	25	19,4

^ε Um obstetra (0,8%) não respondeu.

^ψ Dois obstetras (1,6%) não responderam.

Na tabela 11 estão apresentados os resultados relacionados às atitudes relativas ao manejo e a escolha da via de parto da paciente HIV positivo. Observa-se que 85% dos obstetras concordaram com a realização da cesárea eletiva e 83,7% estão de acordo que a profilaxia com o AZT deva ser iniciada 3 horas antes do parto. Além disto, a totalidade (100%) concordou que a ligadura precoce do cordão umbilical e sem ordenha deva ser realizada. 80,6% concordou total ou parcialmente com o uso da profilaxia antibiótica com cefalosporina de 1ª geração.

Tabela 11: Atitudes relacionadas à conduta quanto ao manejo e a via de parto da paciente HIV positiva. Frequência de resposta da questão: "Quando a cesariana for realizada, devemos:" Salvador 2005.

Situação	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Planejar realizá-la fora do trabalho de parto	10	7,8	9	7,0	-	-	21	16,3	88	68,2
Iniciar a profilaxia com AZT 3 horas antes da cesárea.	11	8,5	6	4,7	3	2,3	12	9,3	96	74,4
Ligar precocemente o cordão umbilical e sem ordenha.	-	-	-	-	-	-	5	3,9	124	96,1
Profilaxia antibiótica com cefalosporina de 1ª geração	4	3,1	9	7,0	2	1,6	11	8,5	102	79,1
Se a paciente estiver em trabalho de parto a cesárea ainda deve ser realizada se as membranas estiverem integras e a dilatação até 3-4 cm.	2	1,6	2	1,6	1	0,8	17	13,2	107	82,9

Um obstetra (0,8%) não respondeu.

Em relação ao manejo do parto normal na parturiente HIV positiva, houve elevada concordância com as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde (tabela 12), pois observamos que 93,8% expressou concordar com a administração do AZT por via venosa desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do

cordão, enquanto 98,4% concordaram com a ligadura precoce do cordão umbilical, evitando-se a ordenha. Em relação à episiotomia, 89,9% dos obstetras concordaram que deve ser evitada nas parturientes HIV positivo, submetidas ao parto natural. Nesta situação a realização do parto empelcado (76,7%) e a contra-indicação de procedimentos invasivos tais como a amiocentese, amniotomia e o fórceps (92,2%), também tiveram elevada concordância dos entrevistados.

Tabela 12: Atitudes relacionadas a conduta quanto o manejo e a via de parto da paciente HIV positiva. Frequência de resposta da questão: "Se realizar parto vaginal, devemos:" Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Administrar AZT venoso desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão	5	3,9	1	0,8	2	1,6	14	10,9	107	82,9
Ligar precocemente o cordão umbilical, evitando ordenha .	2	1,6	-	-	-	-	4	3,1	123	95,3
Evitar episiotomia	6	4,7	6	4,7	1	0,8	28	21,7	88	68,2
Ψ Realizar o parto empelcado	7	5,4	7	5,4	14	10,9	23	17,8	76	58,9
São contra-indicados procedimentos invasivos (amiocentese, amniotomia, fórceps)	3	2,3	5	3,9	2	1,6	24	18,6	95	73,6

ε Um obstetra (0,8%) não respondeu.

Ψ Dois obstetras (1,6%) não responderam.

Na tabela 13 estão apresentados os resultados referentes às condutas adotadas no puerpério da paciente HIV positivo. Observamos a concordância dos entrevistados com a contra-indicação e inibição da amamentação (96,1%), orientação acerca da importância do acompanhamento clínico e ginecológico materno e acompanhamento pediátrico da criança (100%) e bem como em relação à orientação do uso de preservativos (99,2%), condutas integrantes das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Entretanto 37,5% dos obstetras referiram concordar totalmente, parcialmente ou estar indeciso quanto a necessidade de isolar a paciente HIV positivo e 58,1% concordaram com a orientação da laqueadura tubária, o que está em desacordo com as recomendações vigentes.

Tabela 13: Atitudes relacionadas a conduta quanto no puerpério da paciente HIV positiva. Frequência de resposta da questão: *No puerpério da paciente HIV +, devemos...* Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Isolar a paciente.	61	47,3	20	15,5	4	3,1	29	22,5	15	11,6
Contra-indicar e inibir a amamentação.	3	2,3	1	0,8	-	-	5	3,9	119	92,2
Orientar acerca da importância do acompanhamento clínico e ginecológico materno e acompanhamento pediátrico da criança.	-	-	-	-	-	-	-	-	129	100,0
Orientar laqueadura tubária	22	17,1	24	18,6	8	6,2	39	30,2	36	27,9
Orientar uso de preservativos	1	0,8	-	-	-	-	1	0,8	127	98,4

6.5 Associação do perfil demográfico, acadêmico e profissional dos obstetras e as atitudes acerca das recomendações do Ministério da Saúde.

Foi avaliada a existência de associação entre algumas características do perfil demográfico, acadêmico e profissional dos obstetras e as atitudes dos mesmos acerca das recomendações do Ministério da Saúde. A média total de acertos para os obstetras foi de $78,00 \pm 9,09\%$ ($n= 129$), com uma mediana de 79,33% e variou de 51,33 a 96,00%. Na tabela 14 estão apresentados o percentual médio de acertos dos obstetras de acordo com sexo, realização de curso de capacitação, trabalhar em serviço acadêmico, ter cursado residência médica, especialização, exercer função de preceptoria/docente e ter cuidado de paciente HIV positiva nos últimos três meses. Dentre as características avaliadas, observamos significância apenas em relação a trabalhar em serviço acadêmico ($p =0,003$) e ter cuidado de paciente HIV positiva nos últimos 3 meses ($p =0,004$).

Tabela 14: Percentual médio de acertos dos obstetras de acordo com sexo, realização de curso de capacitação, trabalhar em serviço acadêmico, residência médica, especialização, exercer função de preceptoria /docente e ter cuidado de paciente HIV+ nos últimos 3 meses. *Salvador 2005.*

Características	Classificação (n)	Percentual médio de acerto \pm dp Mediana	p*
Sexo	Feminino (90)	78,92 \pm 8,05 79,66	0,23
	Masculino (39)	75,86 \pm 10,95 78	
* Frequência a estágio ou curso de capacitação HIV/AIDS ou DST	Sim (54)	77,80 \pm 9,67 79	0,64
	Não (72)	78,54 \pm 8,36 80,66	
Ψ Trabalho em serviço acadêmico	Sim (57)	80,81 \pm 8,21 82	0,003
	Não (71)	75,68 \pm 9,21 75,33	
€ Residência médica	SIM (111)	77,86 \pm 9,05 79,33	0,326
	NÃO (18)	76,66 \pm 9,8 76,33	
Especialização	SIM (42)	76,54 \pm 9,20 77,33	0,111
	NÃO (66)	79,41 \pm 8,90 79,33	
Φ Exercício da função de preceptoria / docente	Sim (30)	79,39 \pm 8,92 80,66	0,33
	Não (97)	77,45 \pm 9,19 79,33	
Cuidou de paciente HIV+ nos últimos 3 meses	Sim (74)	80,07 \pm 8,29 82	0,004
	Não (55)	75,21 \pm 9,44 77,33	

* Teste de Mann-Whitney. Ψ Um obstetra não respondeu. Φ Dois obstetras não responderam. € Três obstetras não responderam. € Não foi dada informação por 21 obstetras.

Conforme ilustrado no gráfico 4, houve uma fraca correlação entre tempo de formado e média de acertos entre os obstetras. (Coeficiente de correlação de Spearman igual a $-0,23$; $p=0,008$).

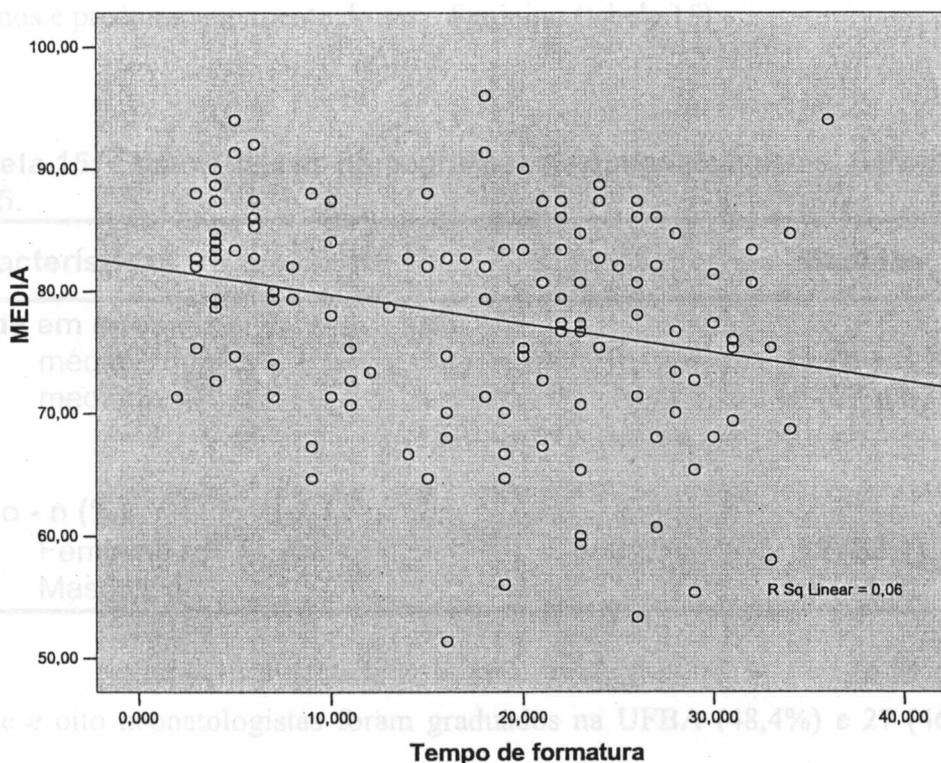


Gráfico 4: Correlação entre tempo de formado e média de acerto entre os obstetras.

6.6 Características demográficas, formação acadêmica, atuação profissional e importância do tema “transmissão vertical do HIV” para os neonatologistas.

A população avaliada foi constituída sobretudo por médicos com a média de idade de 44 anos e predominantemente do sexo feminino (tabela 15).

Tabela 15: Características demográficas dos neonatologistas. Salvador 2005.

Características	Medidas
Idade em anos	
média \pm dp	44,78 \pm 8,7
mediana	45 (27 a 67)
Sexo - n (%)	
Feminino	52 (88,1)
Masculino	7 (11,9)

Vinte e oito neonatologistas foram graduados na UFBA (48,4%) e 27 (46,7%) na EBMSp. Em média, os profissionais estavam formados há 19,5 anos. Quarenta e nove entrevistados (83,1%) referiram ter cursado pós-graduação *senso lato* sob a forma de Residência Médica e 47,5% cursou estágio de dois ou mais anos na especialidade. Setenta e três por cento eram portadores do Título de Especialista neonatologia (n = 43). Nenhum entrevistado cursou Pós-graduação *senso estrito* em nível de mestrado ou doutorado (Tabela 16). Dos 59 entrevistados, 44,1% (n= 26) freqüentaram algum estágio ou curso de capacitação em HIV/AIDS (tabela 16).

Tabela 16: Formação acadêmica dos neonatologistas. Salvador 2005.

Faculdade onde formou	N	(%)
UFBA	28	(48,3)
EBMSP	27	(46,6)
OUTRAS	4	(6,8)
Tempo de Formatura em anos	Média ± DP	19,93 ± 8,11
	Mediana	20
Pós-Graduação		
Residência Médica	49	(83,1)
Estágio em Neonatologia	28	(47,5)
Título de Especialista	43	(72,9)
Mestrado	-	-
Doutorado	-	-
Frequência a estágio ou curso de capacitação em HIV/AIDS ou DST	26	(44,1)

Em relação ao tempo de atuação na área, observa-se que 49,2% (n=29) exercem a especialidade há um período que variou de 10 a 20 anos e 35,6% há mais de 20 anos. Aproximadamente % (n= 44) referiam uma carga horária semanal de plantões superior a 24 h. Cerca de 63% (n= 37) dos neonatologistas trabalham também em clínica privada ou conveniada, 39% (n= 23) referiram trabalhar em serviço acadêmico e 11,9% (n= 7) desempenham função de preceptor ou docente (tabela 17).

Tabela 17: Atividade profissional dos neonatologistas. Salvador 2005.

Características	n	(%)
Tempo de atuação na área em anos		
≤ 5	7	(11,9)
5 a 10	2	(3,4)
10 a 20	29	(49,2)
≥20	21	(35,6)
Carga horária semanal em plantão em horas		
12	4	(6,8)
24	11	(18,6)
Mais de 24	44	(74,6)
Trabalha em clínica privada ou conveniada	37	(62,7)
Trabalha em serviço acadêmico	23	(39,0)
Exercício da função de preceptoria / docente	7	(11,9)

No presente estudo, 32,2% (n= 19) dos neonatologistas referiram atender a mais de 40 recém-nascidos semanalmente e que, nos três meses que antecederam a coleta dos dados, 74,6% (n= 44) prestaram atendimentos a neonatos cujas mães apresentavam sorologia positiva para o HIV. Na estimativa dos neonatologistas, em mais de metade das gestantes, o status sorológico em relação ao HIV é desconhecido (tabela 18).

Tabela 18: Importância do tema na vida profissional dos neonatologistas. Salvador 2005.

Características dos atendimentos	n	(%)
Neonatos/ semana		
≤ 10	-	-
10 -19	12	20,3
20 -30	17	28,8
31 - 40	11	18,6
≥40	19	32,2
Neonato filho de mãe HIV+ nos últimos três meses	44	74,6
Neonatos de mães com sorologia para o HIV desconhecida.		
Média ± dp	52,69 ± 29,055	
Mediana	50	

6.7 Conhecimento das Recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

A maioria dos neonatologistas (69%, n= 41) informou conhecer totalmente as recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV, sendo o fator mais apontado a "realização inadequada do acompanhamento pré-natal" (78%, n= 46), HIV (gráfico 5).

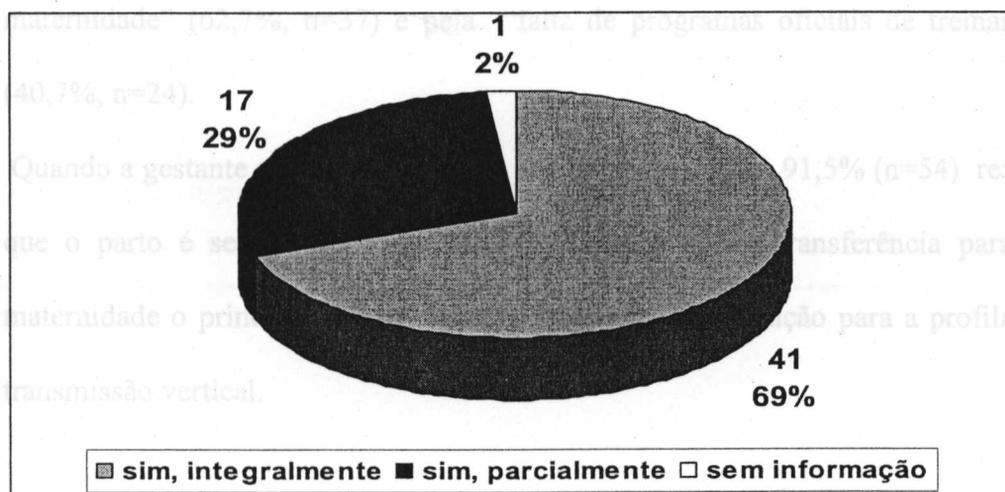


Gráfico 5: Resposta dos neonatologistas sobre o conhecimento das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

6.8 Impacto das condições de trabalho, da disponibilidade do teste rápido e da terapia antiretroviral.

Os resultados referentes às respostas dos neonatologistas em relação à disponibilidade da terapia antiretroviral e da testagem rápida para o HIV nas maternidades, assim como da disponibilidade do resultado do exame em tempo hábil para indicação de profilaxia para a transmissão vertical do HIV estão apresentados na tabela 19. Segundo 64,4% (n= 38) dos entrevistados, a testagem rápida está sempre disponível na sua unidade, enquanto 30,5% (n= 18) informaram que o teste rápido quase sempre está disponível. Todavia, apesar da disponibilidade, somente 37,3% (n= 22) dos entrevistados referiram que o resultado do exame é sempre recebido em tempo hábil. O AZT venoso e oral estaria sempre disponível segundo 88,1% (n= 52) dos entrevistados. Vale ressaltar que quase 90% dos neonatologistas referiram que existem fatores que prejudicam a aplicabilidade das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV, sendo o fator mais apontado a “realização inadequada do acompanhamento pré-natal” (78%, n= 46), seguido pela “indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão na maternidade” (62,7%, n=37) e pela “falta de programas oficiais de treinamento” (40,7%, n=24).

Quando a gestante apresenta sorologia positiva para o HIV, 91,5% (n=54) referiram que o parto é sempre feito na unidade. Quando ocorre transferência para outra maternidade o principal fator referido foi a falta de medicação para a profilaxia da transmissão vertical.

Tabela 19: Impacto das condições de trabalho e da disponibilidade de terapia anti-retroviral e testagem rápida para o HIV na aplicação das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão vertical. *Continua...* Salvador 2005.

Indicadores	n	%
Disponibilidade da testagem rápida:		
Sempre	38	64,4
Quase sempre	18	30,5
Raras vezes	3	5,1
Disponibilidade do resultado da testagem rápida em tempo hábil para a indicação de profilaxia , se necessária?		
Sempre	22	37,3
Quase sempre	34	57,6
Raras vezes	2	3,4
Nunca	1	1,7
O parto da gestante HIV+ é realizado na unidade?		
Sempre	54	91,5
Quase sempre	5	8,5
Raras vezes	-	-
O AZT venoso e oral estão disponíveis na unidade		
Sempre	52	88,1
Quase sempre	6	10,2
Raras vezes	1	1,7
Nunca	-	-

Tabela 19: Continuação. Impacto das condições de trabalho e da disponibilidade de terapia anti-retroviral e testagem rápida para o HIV na aplicação das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão vertical. Salvador 2005.

Indicadores	n	%
Referem a existência de fatores prejudiciais à aplicabilidade das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV	53	89,8
Fatores prejudiciais à aplicabilidade das recomendações do MS para a profilaxia da transmissão vertical :		
Realização inadequada do pré-natal	46	78,0
Indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão	37	62,7
Falta de programas de treinamento	24	40,7
Sobrecarga de trabalho	13	22,0
Divulgação inadequada das recomendações do MS	7	11,9
Indisponibilidade do teste rápido e drogas ARV	1	1,7
A transferência de gestantes HIV + é motivada principalmente por:		
O parto é realizado na unidade	55	93,2
Falta de medicação para a profilaxia da transmissão vertical	2	3,4
Neonatologista não respondeu	2	3,4
Falta de pessoal especializado	-	-
Estrutura física inadequada da unidade	-	-
Falta de material de bioproteção / biossegurança	-	-

6.9 Atitudes dos neonatologistas em relação às recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Na análise geral dos resultados, observamos elevado percentual de acertos dos neonatologistas na avaliação das atitudes relacionada ao aconselhamento e à testagem materna para o HIV (88,1%), quimioprofilaxia para *Pneumocystes carinii* e manejo do AZT (76,1%), reconhecimento de fatores risco (66,1%), cuidados com o recém-nascido cuja mãe é soropositiva (84,1%), conforme ilustrado no gráfico 6.

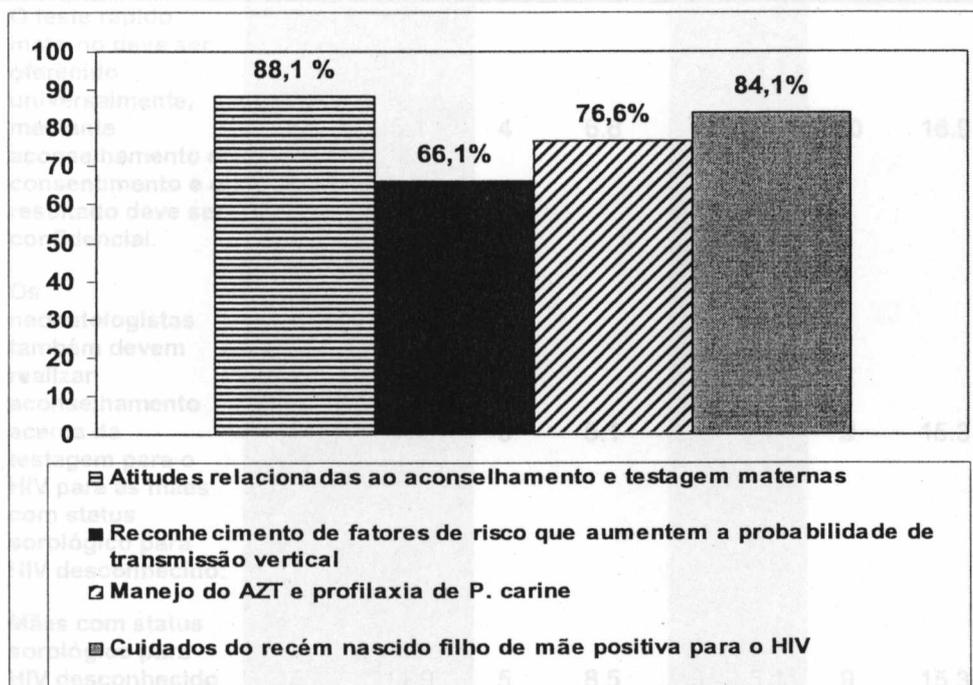


Gráfico 6 : Percentual de respostas corretas dos neonatologistas na avaliação das atitudes relacionadas ao aconselhamento e à testagem maternas, manejo do AZT e profilaxia para o P. carinii, reconhecimento de fatores risco e cuidados do recém-nascido filho de mãe positiva para o HIV.

Nas questões relacionadas ao aconselhamento e testagem maternas (tabela 20), observamos que 93,3% dos neonatologistas concordam que eles mesmos devem realizar o aconselhamento acerca da testagem para o HIV para as mães cujo status sorológico é desconhecido, e que o teste rápido materno deve ser oferecido universalmente, mediante aconselhamento e consentimento e o resultado deve ser confidencial (88,1%). Houve a discordância 96,6% dos entrevistados em relação à

realização de aconselhamento e testagem somente para as mães que apresentem alto risco para o HIV. Entre os entrevistados, 74,6% concordaram que mães com status sorológico para HIV desconhecido não deveriam amamentar.

Tabela 20: Atitudes relacionadas ao aconselhamento e testagem para o HIV. Frequência de resposta da questão: *Em casos de RNS nascidos de mães com status sorológico para HIV desconhecido. Salvador 2005.*

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O teste rápido materno deve ser oferecido universalmente, mediante aconselhamento e consentimento e o resultado deve ser confidencial.	3	5.1	4	6.8	-	-	10	16.9	42	71.2
Os neonatologistas também devem realizar aconselhamento acerca da testagem para o HIV para as mães com status sorológico para HIV desconhecido:	1	1.7	3	5.1	-	-	9	15.3	46	78.0
Mães com status sorológico para HIV desconhecido não devem amamentar:	7	11.9	5	8.5	3	5.1	9	15.3	35	59.3
Apenas devemos realizar aconselhamento e testagem para as mães com status sorológico para HIV desconhecido que apresentem alto risco para o HIV.	51	86.4	6	10.2	-	-	1	1.7	1	1.7

Na tabela 21 estão apresentados os resultados referentes ao conhecimento dos neonatologistas acerca dos fatores de risco para transmissão vertical do HIV. Quase oitenta por cento dos entrevistados identificou a ruptura de bolsa há mais de 4 horas e

93,2% a hemorragia intraparto como fatores de risco. Fatores como o número excessivo de exames de toque vaginal (47,4%) e a prematuridade (59,3%) foram menos citados. Do mesmo modo, 50,8% dos neonatologistas reconheceram a baixa carga viral, menor que 1000 cópias/ml, como correlacionada à menor probabilidade de transmissão vertical do HIV.

Tabela 21: Atitudes relacionadas ao reconhecimento de fatores de risco para a transmissão do HIV. Frequência de resposta da questão: *Algumas situações são associadas com maior possibilidade de transmissão vertical.* Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excesso de exames de toque vaginal.	16	27.1	6	10.2	9	15.3	13	22.0	15	25.4
€ Bolsa rota há mais de 04 horas	5	8.5	3	5.1	3	5.1	13	22.0	34	57.6
Prematuridade	15	25.4	5	8.5	4	6.8	13	22.0	22	37.3
§ Carga viral < 1000 cópias /ml.	16	27.1	14	23.7	12	20.3	6	10.2	9	15.3
Hemorragia intraparto	2	3.4	1	1.7	-	-	12	20.3	43	72.9

As atitudes dos neonatologistas em relação às condutas diante de recém-nascidos cujas mães são soropositivos foram conhecidas mediante duas questões, cujos percentuais de respostas encontram-se sumariados nas tabelas 22 e 23. Observamos que 98,3% dos respondedores discordaram em não iniciar AZT oral

para o recém-nascido se a mãe não recebeu AZT na gestação e parto, assim como concordaram (71,1%) em iniciar AZT oral para o recém-nascido preferencialmente nas primeiras duas horas após o nascimento se a infecção materna fora diagnosticada apenas no puerpério ou nas primeiras oito horas (84,8%) se o diagnóstico foi estabelecido durante a gestação ou no período do parto. Ainda em relação ao AZT oral para os recém-nascidos cujas mães são soropositivos para o HIV, 94,9% dos neonatologistas concordaram com a manutenção da droga até a sexta semana de vida. Observamos a concordância de 33,5% com a falta de benefícios com o início da administração do AZT oral após 48 horas de vida. Além disso, a profilaxia para *Pneumocystis carinii* a partir da 6ª semana de vida da criança e até a definição do caso, recebeu a concordância de 54,3% dos entrevistados.

Tabela 22: Atitudes relacionadas manejo do AZT e quimioprofilaxia para *P. carinii*.
 Frequência de resposta da questão: *Diante de RNS filhos de mães com HIV*.
 Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não iniciar AZT oral se a mãe não recebeu azt na gestação e parto:	58	98.3	-	-	1	1.7	-	-	-	-
Iniciar AZT oral preferencialmente nas primeiras 2 horas do nascimento se a infecção materna foi diagnosticada apenas no puerpério.	11	18.6	4	6.8	-	-	12	20.3	30	50.8
Iniciar AZT oral preferencialmente nas primeiras 8 horas se a infecção materna foi diagnosticada na gestação ou parto.	6	10.2	1	1.7	2	3.4	3	5.1	47	79.7
€ Não existe evidência de benefício se a administração do AZT é iniciada após 48 horas de vida	15	25.4	14	23.7	9	15.3	8	13.6	12	20.3
O AZT deve ser mantido até 06 semanas de vida	2	3.4	1	1.7	-	-	1	1.7	55	93.2
€ A partir da 6ª semana de vida, até a definição do caso, a criança deve receber profilaxia para <i>Pneumocystis Carini</i>	13	22.0	3	5.1	10	16.9	8	13.6	24	40.7

As atitudes relacionadas aos cuidados com o recém-nascido cuja mãe é portadora de HIV obtiveram elevado percentual de acertos por parte dos neonatologistas (tabela 23), com 96,6% concordando com a lavagem dos recém-nascidos em água e sabão imediatamente após o parto, 93,3% com a aspiração delicada das vias aéreas, 100% com a contra-indicação da amamentação e do aleitamento cruzado e 98,3% com a orientação para o seguimento especializado. Todos os neonatologistas discordaram totalmente ou parcialmente da contra-indicação do alojamento conjunto.

Tabela 23: Atitudes relacionadas aos cuidados com os RNS. Frequência de resposta da questão: *Diante de RNS filhos de mães com HIV*. Salvador 2005.

	Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indeciso		Concordo parcialmente		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lavar os RNS com água e sabão imediatamente após o parto	1	1.7	1	1.7	-	-	2	3.4	55	93.2
Aspirar delicadamente as vias aéreas dos RNS	4	6.8	-	-	-	-	6	10.2	49	83.1
Contra-indicar amamentação e aleitamento cruzado	-	-	-	-	-	-	1	1.7	58	98.3
Orientar seguimento especializado	1	1.7	-	-	-	-	1	1.7	57	96.6
Contra-indicar alojamento conjunto	54	91.5	5	8.5	-	-	-	-	-	-

6.10 Associação do perfil demográfico, acadêmico e profissional dos neonatologistas e as atitudes acerca das recomendações do Ministério da Saúde.

Avaliamos a existência de associação entre algumas características do perfil demográfico, acadêmico e profissional dos neonatologistas e as atitudes dos mesmos acerca das recomendações do Ministério da Saúde. A média total de acertos para os neonatologistas foi de $79,45 \pm 10,80\%$ ($n = 59$), com uma mediana de $80,60\%$ e variou de $53,64$ a $96,97\%$. Na tabela 24 estão apresentados o percentual médio de acertos dos neonatologistas de acordo com sexo, realização de curso de capacitação, trabalhar em serviço acadêmico, ter cursado residência médica, curso de especialização, exercer função de preceptoria /docência e ter cuidado de paciente HIV positivo nos últimos três meses. Dentre as características avaliadas, observamos significância apenas em relação a trabalhar em serviço acadêmico ($p = 0,003$).

Tabela 24: Percentual médio de acertos dos neonatologistas de acordo com sexo, realização de curso de capacitação, trabalhar em serviço acadêmico, residência médica, especialização, exercer função de preceptoria /docente e ter cuidado de paciente HIV+ nos últimos três meses. Salvador 2005

Características	Classificação (n)	Percentual médio de acerto ±		p*
		dp	Mediana	
Sexo	Feminino (52)	79,04 ± 10,82	79,77	0,45
	Masculino (7)	82,48 ± 10,10	85	
^ψ Frequentou algum estágio ou curso de capacitação HIV/AIDS ou DST	Sim (26)	78,91 ± 10,80	79,77	0,74
	Não (32)	79,91 ± 11,12	80,60	
Trabalha em serviço acadêmico	Sim (23)	84,59 ± 8,68	84,24	0,003
	Não (36)	76,17 ± 10,84	73,94	
Residência médica	SIM (49)	80,21 ± 10,65	80,60	0,936
	NÃO (10)	78,20 ± 11,74	80,60	
*Especialização	SIM (28)	80,82 ± 10,36	83,63	0,457
	NÃO (22)	78,61 ± 11,36	77,12	
Exerce função de preceptoria /docente	Sim (7)	82,74 ± 7,27	84,24	0,41
	Não (52)	79,01 ± 11,17	79,77	
Ter cuidado de paciente HIV+ nos últimos 3 meses	Sim (44)	78,60 ± 10,82	78,94	0,30
	Não (15)	81,96 ± 10,70	83,63	

Teste de Mann-Whitney. ^ψ Um neonatologista não respondeu.

[¥] Não foi dada informação por 9 neonatologistas.

Conforme ilustrado no gráfico 7, não houve associação entre tempo de formado e média total de acerto entre os neonatologistas. (Coeficiente de correlação de Spearman igual a $-0,22$; $p=0,083$).

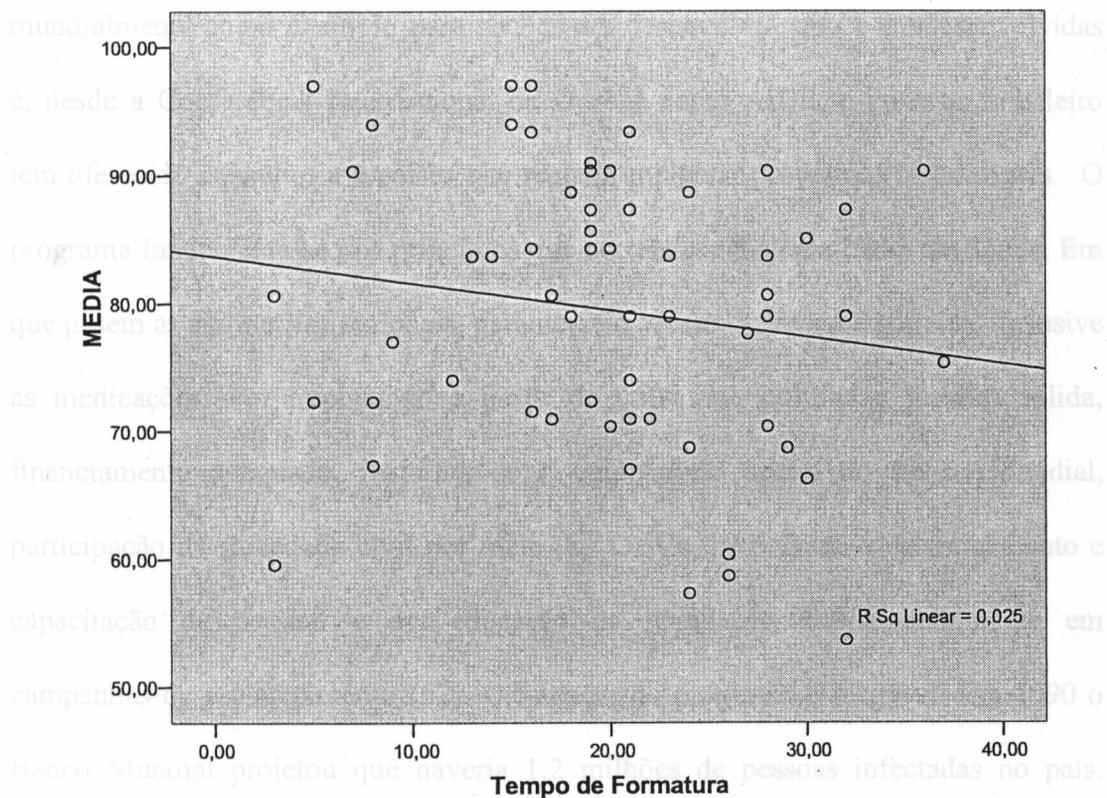


Gráfico 7: Correlação entre tempo de formado e média de acerto entre os neonatologistas.

7.0 Discussão

O programa do governo brasileiro de combate à AIDS tem sido reconhecido mundialmente como exemplo para nações em desenvolvimento e subdesenvolvidas e, desde a Conferência Internacional de Durban sobre AIDS, o governo brasileiro tem oferecido consultoria a países que tentam implantar programas semelhantes. O programa fundamenta-se nos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde. Em que pesem as assimetrias regionais, garante-se o acesso universal e gratuito, inclusive às medicações. Foi implantado a partir de uma base política e jurídica sólida, financiamento adequado, incluindo-se o empréstimo inicial do Banco Mundial, participação da sociedade civil por meio das ONGs, investimento de treinamento e capacitação de pessoal e em educação da população, fundamentalmente em campanhas de esclarecimento (52). O impacto do programa é inegável. Em 1990 o Banco Mundial projetou que haveria 1,2 milhões de pessoas infectadas no país. Quinze anos após, a incidência é muito menor que a inicialmente prevista, a mortalidade associada à doença foi reduzida em cerca de 50% e o número de hospitalizações declinou acentuadamente (2). Trezentos e setenta e cinco hospitais e 381 ambulatórios estão envolvidos no programa e mais de 170.000 pacientes recebem atualmente terapia antiretroviral, com um custo anual de cerca de 300 milhões de dólares para o contribuinte (53).

Entretanto, o Programa não tem sido eficaz em deter o avanço da doença entre a parcela mais pobre da população, em particular entre as mulheres pobres. Os fatores apontados para esse descompasso são a falta de integração do programa de AIDS com outras estratégias como o programa de saúde da mulher e programas de prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (54). Por outro lado, dados publicados na literatura demonstram a realização da testagem para o HIV

durante a gestação no Brasil não tem tido o alcance nacional desejável, estando implicados nesse cenário não só a cobertura da assistência pré-natal, como também quanto à sua qualidade (55, 56, 57, 58). Berkman et al, (52) em um recente artigo de revisão, apontam que a sustentabilidade do programa brasileiro de AIDS pode ser ameaçada pelo fato do SUS continuar a considerar somente a assistência, deixando de lado a preocupação de integrar ações educativas de prevenção ao seu nível programático.

O Brasil apresenta desigualdades regionais e sociais, que participam como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e ajudam a entender as diferenças de perfis da infecção pelo HIV no país. A nossa intenção no presente estudo foi inicialmente avaliar se o perfil dos médicos que trabalham em maternidades públicas seria adequado em termos de capacitação profissional, o que claramente traria repercussões para o programa de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.

Observamos que o perfil dos médicos que trabalham nas maternidades públicas da cidade de Salvador é caracterizado por uma formação profissional adequada, com especialização na área, considerável tempo de experiência e alto percentual de portadores de título de especialista, o que, de certa forma, é um indicador de qualidade, pois denota o esforço do médico em ter o seu trabalho reconhecido por uma comissão de acreditação nacional. Além disso, observamos que os médicos que trabalham nas maternidades públicas possuem experiência com o tema do estudo, pois mais da metade dos obstetras e quase três quartos dos neonatologistas referiam ter prestado assistência a portadores de infecção pelo HIV nos meses que antecederam a pesquisa.

Chama a atenção, que somente 41,9% dos obstetras e 44,1% dos neonatologistas declararam ter freqüentado algum estágio ou curso de capacitação em HIV/AIDS ou DST. Todavia, 69% dos obstetras e 82% dos neonatologistas referiram conhecer integralmente as recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, sendo evidente o predomínio do autodidatismo, ao contrário do que se esperaria dentro de um programa de assistência à saúde.

Na avaliação da disponibilidade da testagem rápida para o HIV nas maternidades, 63,3% dos obstetras e 64,4% dos neonatologistas referiram que a testagem rápida está sempre disponível na sua unidade, mas somente um terço admitiu que o resultado do exame está disponível em tempo hábil para a realização da profilaxia. A falta ocasional da testagem rápida, associado à não disponibilidade do resultado do exame em tempo hábil conduzem à perda de oportunidades de detecção da infecção pelo HIV.

Para a maioria dos entrevistados não tem havido dificuldade na realização do parto em gestantes com sorologia positiva para o HIV nas maternidades públicas, assim como em relação à disponibilidade do AZT venoso e oral, indicando que raramente esses fatores levam a se perder a oportunidade de realizar a profilaxia da transmissão vertical do HIV ou motivar a transferência da gestante para outra unidade.

Um elevado percentual dos obstetras (95,3%) e de neonatologistas (89,8%) referiram que existem fatores limitantes à aplicabilidade das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV. Os principais fatores alegados foram a realização inadequada do pré-natal (obstetras 74,4%; neonatologistas 78%) e a indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão da gestante (obstetras 48,8%; neonatologistas 62,7%).

Estes achados estão concordantes com diversos autores que já abordaram a preocupante situação, não só em relação à cobertura da assistência pré-natal no Brasil, como também quanto à sua qualidade. Trevisan et al (55), estudando a assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Caxias do Sul – RS, observaram que a cobertura de pré-natal foi de 95,4%, embora a atenção pré-natal tenha sido considerada inadequada em 64,8%. Coutinho e colaboradores (56) avaliaram a adequação do processo da assistência pré-natal oferecida às usuárias do SUS em Juiz de Fora /MG no primeiro semestre de 2002. A avaliação obedeceu a uma seqüência em três níveis complementares, sendo examinados: no nível 1 a utilização da assistência pré-natal (início e freqüência dos atendimentos); no nível 2 a utilização do pré-natal e dos exames laboratoriais básicos (segundo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: ABO – Rh; hemoglobina / hematócrito; dois exames de urina rotina, VDRL, glicemia em jejum e oferta de testagem anti-HIV) e, no nível 3, a utilização de exames laboratoriais básicos e de procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios em uma consulta pré-natal (aferições de pressão arterial, peso, edema, altura uterina, idade gestacional, batimentos cardíacos e apresentação fetal). A adequação do processo foi de 26,7% (nível 1), 1,9% (nível 2) e 1,1% (nível 3).

Em um outro estudo, Serruya (59), e colaboradores avaliaram a experiência da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no Brasil, por meio de estudo descritivo, populacional, com informações do SISPRENATAL referentes aos anos de 2001 e 2002. Foi observado neste estudo que em 2002, apenas 28% das gestantes estavam inscritas, das quais 25% até 120 dias de gestação. Apenas 4% das gestantes inscritas realizaram o pré-natal completo (seis consultas de pré-natal, consulta de puerpério, todos os exames básicos, teste anti-

HIV, e dose imunizante da vacina antitetânica). Observaram, ainda em 2002, que 35,38% das gestantes inscritas no programa realizaram o teste anti-HIV. Constataram importantes variações regionais, geralmente com melhores indicadores para as regiões Sudeste e Sul e piores indicadores nas regiões Norte e Nordeste.

Nishimoto e colaboradores, avaliando as medidas de controle transmissão materno - infantil do HIV no município de Santos observaram que o risco de transmissão vertical foi menor nas mulheres que haviam feito pré-natal. A realização de pré-natal e a adoção das medidas de prevenção estiveram associadas, sendo que a realização de pré-natal foi altamente protetora (RR=0,26; IC 95% 0,10 - 0,26) contra a transmissão vertical do HIV, o que se explica pelo fato da gestante soropositiva para o HIV receber informação e acesso a medidas preventivas contra a transmissão materno-infantil do vírus durante o pré-natal (57).

Lima et al (58), avaliaram a qualidade do pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador nos anos 2000 – 2001, realizando entrevista com 486 pacientes em uma unidade de emergência obstétrica sobre a realização do pré-natal e porte do cartão da gestante, coletando informações dos cartões acerca do número de consultas, início do pré-natal, realização de manobras propedêuticas e exames laboratoriais, observando que 29,6% das mulheres não haviam realizado o pré-natal e 29,2% não portavam o cartão da gestante. Evidenciou elevada média de não realização de exames laboratoriais, tipagem sanguínea, sumário de urina, VDRL, teste para o HIV e citologia oncótica, concluindo pela necessidade de melhorar a cobertura da assistência pré-natal no município de Salvador e padronizar as ações dos ambulatoriais.

No presente estudo, diferente dos anteriores que abordavam as gestantes, foram avaliadas as atitudes dos obstetras e neonatologistas baseado no conteúdo do manual

de Recomendações para a profilaxia da transmissão materno infantil do HIV e terapia antiretroviral em gestantes, documento técnico elaborado pelo MS para “orientar a conduta dos profissionais da rede pública de saúde, baseado na opinião de consenso de profissionais e pesquisadores, respaldado pelo conhecimento técnico científico atual e respeitando a realidade de saúde no país”(19). De fácil leitura e compreensão, foi também distribuído para os obstetras sócios da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, entidade nacional que congrega as sociedades estaduais da especialidade. Pelo seu formato de bolso, possibilita inclusive consultas rápidas e seu conteúdo encontra-se também disponibilizado no endereço eletrônico do MS.

No presente estudo avaliamos as atitudes dos médicos acerca das recomendações do Ministério da Saúde. Segundo Zimbardo (60), o termo atitude pode ser explicado como uma disposição relativamente estável, relacionada a pessoas, grupos ou situações de modo a reagir de uma maneira específica. A atitude poderia ser dividida em um componente cognitivo como o conhecimento, crenças ou convicções de um objeto de atitude; um componente afetivo tal como o sentimento; e a ação ou reação para se comportar de uma maneira específica. No nosso estudo, as questões enfocaram principalmente aspectos relacionados ao conhecimento das recomendações do Ministério da Saúde (19), não enfocando diretamente aspectos afetivos tais como medos, receio de contágio, emoções negativas, resistência profissional e preconceitos.

Entretanto, reconhecemos que, embora não tenham sido analisados sob essa perspectiva, alguns aspectos observados no presente estudo, tais como o elevado percentual de obstetras que referiram concordar com a solicitação compulsória do teste rápido para o HIV em gestantes e com a necessidade de isolamento para as

puérperas HIV positivo, bem como a elevada concordância em orientar laqueadura tubária para estas mulheres, e a alegação da falta de material de bioproteção/biosegurança, cujo uso deve ser universal e rotineiro, como a segunda causa motivadora de transferência de gestantes HIV positiva, provavelmente foram influenciados por componentes da esfera afetiva.

Observamos, tanto entre os obstetras como entre os neonatologistas, elevado percentual (83,8% e 88,1% respectivamente) de acertos na avaliação das atitudes relacionadas a aconselhamento e testagem para o HIV. Merece ser realçado o fato de 90,7% dos obstetras entrevistados concordarem com a solicitação compulsória da testagem rápida para o HIV em gestantes com a sorologia desconhecida para o HIV, apesar de terem também concordado com o oferecimento da testagem (99,3%) e com a realização do aconselhamento (80,7%) para as parturientes com status sorológico desconhecido para o HIV. Estes dados podem significar falta de compreensão do caráter voluntário, mesmo na gestante, da testagem para o HIV aliado à dificuldade de implementar ações de aconselhamento no momento do parto. É importante lembrar que o caráter voluntário da testagem para o HIV é amparado na legislação, pois o Conselho Federal de Medicina, na Resolução nº 1.665/2003 que regulamenta e normatiza a assistência às pessoas vivendo com HIV ou AIDS, incluindo as gestantes, destaca no Art. 4º que “ é vedada a realização compulsória de sorologia para HIV”. Esta mesma resolução, no seu Art. 6º estabelece que “É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame para detecção de anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame”. Atualmente, após mais de duas décadas de enfrentamento da epidemia do HIV, se reconhece que as intervenções para a

prevenção e assistência desta doença não devem invadir a privacidade e o direito das pessoas (61).

Aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados as DST /HIV/ AIDS. O profissional de saúde no aconselhamento deve ouvir as preocupações do indivíduo; propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades e prover informação, apoio emocional e auxilia na tomada de decisão para adoção de medidas preventivas na busca de uma melhor qualidade de vida. O aconselhamento difere da orientação preventiva porque busca fazer uma avaliação de riscos individuais (62).

O aconselhamento e a testagem voluntária para o HIV são um fator chave para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Esta estratégia promove um adequado tratamento para a mulher HIV positivo e tem um impacto positivo nas taxas de transmissão materno-infantil. Para as mulheres HIV negativo, proporciona uma oportunidade de educação e mudança de comportamento (63).

No nosso estudo observamos elevada concordância dos obstetras com a realização do aconselhamento para as gestantes com *status* sorológico desconhecido para o HIV, embora na literatura diversos autores revelem que nem sempre o mesmo é realizado.

França Junior refere que no emprego de técnicas de rastreamento, os profissionais freqüentemente esquecem do caráter voluntário e confidencial da testagem, bem como dos necessários esclarecimentos por ocasião do aconselhamento (64).

Em um estudo transversal realizado na cidade de Porto Alegre Giugliani et al (65) entrevistaram 1658 gestantes no ano de 2001 e observaram que das 1603 que

havia sido testadas para o HIV, apenas 630 (39.3%) receberam aconselhamento. As mulheres provenientes dos grupos sociais menos privilegiados tiveram menor probabilidade de receber informações e benefícios do aconselhamento.

Marques e colaboradores, em um estudo que detectou falhas na identificação da infecção pelo HIV no estado de São Paulo em 1998, relataram que o teste para o HIV foi oferecido para 82% das mulheres no pré-natal que não conheciam seu status sorológico, e que apenas 56% receberam explicação sobre a importância do teste(66).

Em outro estudo, desenvolvido a partir de prontuários clínicos de gestantes e entrevistas com profissionais em Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo, foram observadas falhas na operacionalização das ações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, pois apesar da maioria das gestantes ter sido testada, o aconselhamento pré e pós-teste nem sempre foi realizado, e as gestantes desconheciam sua finalidade e tampouco se garantiu a voluntariedade (67).

No reconhecimento dos fatores que estão associados à maior possibilidade da transmissão vertical do HIV ocorrer, parece haver tanto por parte dos obstetras quanto dos neonatologistas, lacuna no conhecimento, pois excesso de exames de toque vaginal (59% obstetras; 47,4% neonatologistas) e a prematuridade (46,5% obstetras e 59,3% neonatologistas) foram menos reconhecidos como fatores que aumentam a possibilidade de transmissão vertical do HIV. A carga viral abaixo de 1000 cópias/ml, associada à menor possibilidade de transmissão vertical do HIV, somente foi reconhecida como tal por 53,5% dos obstetras e 50,8% dos neonatologistas.

Na escolha e manejo da via de parto, os obstetras, em elevado percentual, concordaram total ou parcialmente com as medidas recomendadas pelo Ministério

da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Apesar disto, merece ressalva a concordância de 63,6 % destes de que a cesárea deveria ser sempre a via de parto e de 38% em proscreever o parto vaginal nas gestantes HIV positivo. O Ministério da Saúde, no seu manual de Profilaxia da Transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes recomenda realizar a cesárea eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto, mantendo-se esta indicação se a paciente estiver em trabalho de parto, conquanto que com membranas amnióticas íntegras e dilatação cervical até 3-4 cm (19). Além disso, o parto vaginal poderia ser realizado ainda nos casos em que a carga viral estiver indetectável ou menor que 1000 cópias/ml em gestações com idade maior ou igual a 34 semanas, evidentemente se não houver contra-indicação obstétrica para esta via de parto (39, 40, 19). Haveria, destarte, que se observar estes critérios na escolha da via de parto, não estando a cesárea indicada em todos os casos nem o parto vaginal proscrito para as gestantes HIV positivo, fato que não foi valorizado por considerável número dos entrevistados.

Na avaliação das condutas dos obstetras relativas ao puerpério da paciente HIV positivo, observamos que 37,5% dos entrevistados referiram concordar totalmente, parcialmente ou estar indeciso quanto à necessidade de isolar a paciente HIV positiva e observamos ainda que 58,1% concordaram com a orientação da laqueadura tubária, o que está em desacordo com as recomendações vigentes. A cultura médica local e a posição dos serviços de saúde com relação à esterilização, reforçadas por concepções pré-formadas com relação à AIDS poderiam justificar estes percentuais observados.

Barbosa e Knauth (65), avaliando a esterilização de mulheres HIV positivo em São Paulo e Porto Alegre, observaram que existem duas questões articuladas com o aumento de casos de HIV em mulheres em idade reprodutiva. Por um lado, os direitos e as escolhas reprodutivas das mulheres HIV positivo e, por outro, a redução

da transmissão vertical do HIV como uma preocupação de saúde pública. Estes autores ressaltam que, apesar de se conhecer pouco sobre as experiências contraceptivas de mulheres HIV positivo, é possível assumir que, no contexto de altas taxas de esterilização feminina que ocorrem no Brasil, um grande número de mulheres soropositivo que não desejam ter mais filhos, escolheriam ser esterilizadas. Entretanto, salientam que a legislação Brasileira proíbe que as esterilizações sejam realizadas durante o parto, depois de um aborto ou nos 41 dias seguintes ao parto, estabelecendo como exceções mulheres com história de sucessivas cesarianas e/ou portadoras de doenças prévias para quem uma segunda cirurgia ou exposição adicional à anestesia pode apresentar um risco grande à saúde. Não se encontra normatizado o acesso das mulheres portadoras do HIV à laqueadura tubária, nem se o fato de ser portadora do HIV poderia ser considerado uma exceção à legislação. Os mesmos autores (65) observaram que do total de 402 mulheres atendidas no pré-natal no período estudado, 22% foram esterilizadas imediatamente depois do parto, sendo possível observar grandes diferenças entre a cidade de Porto Alegre com apenas 4,4% de mulheres esterilizadas, contra 50,6% em São Paulo. A cultura médica local com relação à laqueadura, aliada à organização da prática de assistência ao pré-natal e parto, mostrou-se fator fundamental para se compreender as diferenças encontradas nas duas cidades.

Na avaliação das atitudes dos neonatologistas em relação às condutas diante de RNS filhos de mães com HIV, observamos que apenas 33,5% concordaram com a falta de evidências de benefício do início do AZT oral após as 48 horas de vida do recém nato, o que está bem estabelecido na literatura e nas recomendações do MS, sendo que este dado pode indicar tendência dos entrevistados em iniciar o AZT oral mesmo se perdido o momento adequado de fazê-lo. A profilaxia para *Pneumocystis*

carinii a partir da sexta semana de vida da criança, até a definição do caso, conforme recomendado pelo MS, recebeu a concordância de 54,3% dos neonatologistas entrevistados, sendo necessário salientar que a população avaliada neste estudo era composta de neonatologistas plantonistas das maternidades, e que a aplicação desta profilaxia, provavelmente na maioria das oportunidades, iniciaria-se no acompanhamento ambulatorial destas crianças.

Na avaliação da existência de associação entre algumas características do perfil demográfico, acadêmico e profissional dos obstetras e neonatologistas e as atitudes dos mesmos acerca das recomendações do MS observamos que esta associação foi positiva para ambos apenas em relação ao profissionais que referiram trabalhar em serviço acadêmico. Entre os obstetras verificamos ainda, que a associação também foi positiva entre os que cuidaram de paciente HIV positivo nos últimos 3 meses e os que tinham mais tempo de formado, embora neste último caso a correlação observada foi fraca. Na Costa do Marfim, Souvile et al (49) em um estudo que avaliou o impacto da disponibilidade da terapia antiretroviral altamente ativa no conhecimento, atitude e práticas médicas em relação ao cuidado de pessoas com o HIV observou que os médicos que cuidavam de pacientes com HIV tinham algumas características que os diferenciavam dos demais: eram mais velhos, mais freqüentemente eram especializados em pneumologia ou em infectologia, trabalhavam em unidades especializadas para o tratamento de pessoas com o HIV, tinham recebido treinamento em HIV e tinham experiência em realizar procedimentos invasivos em pessoas infectadas por este vírus. Adicionalmente, o grupo de médicos com alta atividade profissional no tratamento de pessoas com o HIV tinham maior conhecimento acerca da doença e do seu tratamento.

Lohrmann et al (46) referem que existem muitos fatores relacionados a uma atitude negativa em relação a AIDS tais como ideologia menos liberal, menor nível de conhecimento, idade jovem, medo, exagerada avaliação de risco e falta de experiência em cuidar de pessoas com o HIV.

Em síntese, no presente estudo observamos que embora a formação profissional dos médicos que atuam nas maternidades públicas da cidade de Salvador seja adequada, ainda ocorre alto grau de autodidatismo em relação ao conhecimento das recomendações oficiais de profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV. Em relação às atitudes, em que pese um elevado índice de concordância em relação às recomendações do Ministério da Saúde, verificamos que ainda existem atitudes inadequadas com frequência relativamente elevada, indicando que cursos oficiais de treinamento ou capacitação são bem-vindos e necessários. Adicionalmente, medidas que levem a uma maior cobertura da testagem para o HIV na gestação e que tornem disponíveis o resultado deste exame no momento do parto se fazem necessárias, possivelmente através de uma articulação adequada da assistência pré-natal e as maternidades, bem como pela integração mais efetiva entre o Programa Nacional de DST/AIDS e as demais políticas públicas de saúde relacionada a assistência à mulher.

8.0 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

A estratégia utilizada no presente estudo foi realizar entrevistas durante os plantões em cada uma das sete maternidades públicas desta cidade, tendo se tentado localizar os potenciais participantes pelo menos três vezes. Embora a população entrevistada tenha sido considerada representativa do total de plantonistas, houve 15% de exclusões entre os obstetras e 17% entre os neonatologistas. A perda de médicos que não responderam ao questionário não foi significativa, pois obtivemos a participação de mais de 80% da população alvo, sendo que a não localização do profissional após três tentativas consecutivas o principal fator relacionado a não participação no estudo. Adicionalmente, os percentuais de participação alcançados referem-se à totalidade da população alvo e não à amostra desta população. A perda amostral verificada não influenciou os resultados da pesquisa, sendo semelhante ao observado em estudos similares (45, 46, 47, 49, 50).

O questionário auto-explicativo, utilizado neste estudo, foi elaborado pelos autores baseado nas recomendações do MS aplicáveis no momento do parto, puerpério e da assistência ao recém-nato. Entretanto o questionário não passou por um processo de validação, inexequível devido ao número de itens e número de sujeitos que seriam necessários. Adicionalmente, o questionário foi composto apenas por questões objetivas, que por um lado reduzem o esforço do entrevistado de responder o mesmo e por outro lado dificulta conhecer mais profundamente o conhecimento e a atitude dos entrevistados a respeito do tema. Um questionário composto de perguntas abertas ou a observação participante poderiam permitir esta avaliação mais aprofundada, mais não seria possível realizar na população deste estudo devido ao número de sujeitos envolvidos. Do mesmo modo, seria difícil operacionalizar em

uma única avaliação todos os componentes do conceito atitude, nos seu domínio afetivo, cognitivo e emocional.

Teria sido oportuno comparar o conhecimento e atitudes dos entrevistados com os dados das maternidades relativos ao número de partos, casos de gestantes portadoras do HIV, de recém-nascidos expostos, testes rápidos realizados e profilaxia efetuada, bem como o número de notificações compulsórias de gestantes HIV positivo e crianças expostas. Chegamos a conseguir os dados de várias maternidades, porém temos plena convicção que essa análise apresentaria sérios vieses pelo problema da subnotificação de dados nas estatísticas brasileiras.

Não tivemos a oportunidade de comparar nossos resultados com o de outros estados da federação, devido à inexistência de dados publicados, segundo nosso conhecimento. Igualmente não tivemos acesso a dados relativos ao percentual de gestantes que são admitidas sem os dados do acompanhamento pré-natal.

Os resultados do presente estudo, relacionados aos médicos obstetras e neonatologistas da cidade de Salvador, às condições locais de trabalho e disponibilidade da testagem rápida para o HIV e terapia antiretroviral, não podendo ser automaticamente extrapolados para outras localidades, principalmente nas regiões mais favorecidas do país.

Acreditamos que o presente estudo poderia fornecer subsídios às autoridades sanitárias para identificação de falhas na atenção à gestante e ao recém-nascido, que poderiam ser melhorados com a realização de cursos ou treinamentos. Nessa mesma linha, acreditamos que futuros estudos para avaliar a importância da capacitação técnica no grau de conhecimento e atitudes dos médicos que atuam em outras cidades do estado da Bahia, principalmente nas microrregiões com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

5. De acordo com a maioria dos entrevistados a testagem rápida para o HIV e o AZT estão disponíveis nas respectivas unidades. Entretanto, somente um terço deles referiu que o resultado do exame está acessível em tempo hábil. Vale ressaltar que 95% dos obstetras e 89% dos neonatologistas entrevistados referiram que existem fatores que interferem negativamente na aplicação das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV, sendo que os principais fatores alegados foram a realização inadequada do pré-natal e a indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão da gestante.
6. Na avaliação da existência de associações entre algumas características do perfil demográfico, acadêmico e profissional dos participantes e as atitudes acerca das recomendações do Ministério da Saúde, observa-se um percentual médio de acertos significativamente maior entre os que referiram trabalhar em serviço acadêmico. Em relação aos obstetras observamos significância ainda em relação a ter cuidado de paciente HIV positivo nos últimos três meses e fraca correlação entre tempo de formado e média total de acertos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

1. UNAIDS/WHO_AIDS. Epidemic Update: December 2005. 2005 [cited 2006 20 de Janeiro de 2006]; Available from: www.unaids.org
2. Organização_Mundial_de_Saúde. Informe sobre la salud Del mundo 2004-cambiemos el runbo de la historia. Ginebra: OMS; 2004.
3. Szwarcwald, C.L., Castilho, E.A. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cad. Saúde Pública 2000; 16 (Sup. 1):135-141.
4. Ministério_da_Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1 - 01ª - 26ª de 2005 - semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids; 2005.
5. Dourado, I., Milroy, CA, Mello, M.A.G., Ferraro, G.A., Castro-Lima Filho, H., Guimarães, M.L., Morgado, M.G., Teixeira, M.G., Barreto, M.L., Galvão-Castro, B. HIV in the General Population of Salvador, an Urban Center in Northeast Brazil (Enviado para publicação).
6. Dal Fabbro MM, Moraes SP, Cunha RV, Freitas GM, Freitas HG Botelho GA Souza JuniorVG.Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. Epidemiologia e Serviços de Saúde , Volume 14 - Nº 2 - abril/junho de 2005
7. Brito AM, de Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2000;34(2):207-17.
8. Sexo & Vida- Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil; Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. (titulo do capitulo Regina Maria Barbosa autora do capitulo) Elza Berquió, Campinas, Ed Unicamp 2003
9. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização:principais conceitos e evidências empíricas. Cad. Saúde Pública 2000;16(Sup.1):65-76.

10. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT de. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise especial. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(Sup.1):7-19.
11. Dos Santos I J ,Lopes MAA,Deliége-Vasconcelos E,Couto-Fernandes JC, Patel TN, Barreto ML, Ferreira Jr OC, Galvão-Castro B. Seroprevalence of HIV, HTLV- I / II and other perinatally-transmitted pathogens in Salvador , Bahia.Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 37(4): 343:348, julho/ agosto , 1995
12. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16 (Supl. 11):77-87.
13. Crosland Guimarães MD; Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil, 1980-1999 *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):21-36, 2000.
14. Costa AJL;de Carvalho JMA. Estimativa e projeção da incidência de infecção pelo HIV devida à transmissão de mãe para filho, segundo regiões do Estado do Rio de Janeiro, entre 1980 e 2000. *Cadernos de Saúde Coletiva* 1998;6(1).
15. Projeto NASCER, manual técnico. Coordenação Nacional de DST/ AIDS; Área técnica de Saúde da mulher e Nutrição do Ministério da Saúde, Governo do Brasil.
16. Ministério da Saúde do Brasil. Boletim Epidemiológico - Aids e DST; Ano I - nº 1 - 01ª - 26ª de 2004 - semanas epidemiológicas; janeiro a junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids; 2004.
17. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil 1989-1997. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:678-85.
18. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS, ano XVII nº 1- s 01 a 52 semana epidemiológicas janeiro a dezembro de 2003. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids; 2003.
19. Ministério da Saúde. Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação nacional de DST e AIDS; 2001.
20. Szwarcwald, C.L., Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinela Parturiente. [cited 2005 30 de Janeiro de 2005]; Available from: www.aids.gov.br acessado em 30/01/2005.

21. Bertolli J, St Louis ME, Simonds RJ, Nieburg P, Kamenga M, Brown C, et al. Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breast-feeding population in Kinshasa, Zaire. *J Infect Dis* 1996;174(4):722-6.
22. Kalish LA, Pitt J, Lew J, Landesman S, Diaz C, Hershov R, et al. Defining the time of fetal or perinatal acquisition of human immunodeficiency virus type 1 infection on the basis of age at first positive culture. Women and Infants Transmission Study (WITS). *J Infect Dis* 1997;175(3):712-5.
23. Rouzioux C et al and the HIV infection in newborns French Collaborative Study Group. Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission by use of a Markov model. *Am J Epidemiol*, 1995, 142 (12):1330-1337.
24. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992;340(8819):585-8.
25. Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(2):581-88.
26. Coutoudis A. Breastfeeding and HIV. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19(2):185-96.
27. Connor EM, Sperling RS, et al. e. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. The Pediatric AIDS Clinical Trials Group 1994;331:1173-80.
28. Sperling RA, Shapiro DE, Coombs RW, Todd JA, Herman SA, McSherry GD, et al. Maternal viral load, Zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *N Engl J Med* 1996;335:1621-9.
29. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco. Manual Técnico*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica da Saúde da Mulher.; 2000.
30. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1998;339(20):1409-14.
31. Mayaux MJ, Dussaix E, Isopet J, Rekacewicz C, Mandelbrot L, Ciraru-Vigneron N, et al. Maternal virus load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohort studies. SEROGEST Cohort Group. *J Infect Dis* 1997;175(1):172-5.
32. Burns DN, Landesman S, Wright DJ, Waters D, Mitchell RM, Rubinstein A, et al. Influence of other maternal variables on the relationship between maternal virus load and mother-to-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis* 1997;175(5):1206-10.

33. Minkoff H, Burns DN, Landesman S, Youchah J, Goedert JJ, Nugent RP, et al. The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(2):585-9.
34. Risk factors for mother-to-child transmission of HIV-1. European Collaborative Study. *Lancet* 1992;339(8800):1007-12.
35. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Burchett SK, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med* 1999;341(6):394-402.
36. Coll O, Hernandez M, Boucher CA, Fortuny C, de Tejada BM, Canet Y, et al. Vertical HIV-1 transmission correlates with a high maternal viral load at delivery. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1997;14(1):26-30.
37. Sheldon H, Landesman SH, Lesliea, Kalish L, Burns DN, Minkoff H, Fox H, Zorrilla C, et al. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. The women and infants transmission study. *N Engl J Med* 1996;334(25).
38. Mandelbrot L, Landreau-Mascaro A, Rekacewicz C et al. Lamivudine-zidovudine combination for prevention of maternal-infant transmission of HIV-1. *JAMA* 2001;285(16):2083-93.
39. Kind C, Rudin C, Siegrist CA, Wyler CA, Biedermann K, Lauper U, et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective Cesarean section and zidovudine prophylaxis. Swiss Neonatal HIV Study Group. *Aids* 1998;12(2):205-10.
40. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection. The European Collaborative Study. *Lancet* 1994;343(8911):1464-7.
41. Veloso VG, Vasconcelos AL, Grinszte B. Prevenção da Transmissão Vertical no Brasil. *Boletim epidemiológico AIDS*, junho a agosto de 1999 [cited 2005 Fev 05]; Available from: www.aids.gov.br
42. Diário oficial do Estado da Bahia. Lei Nº 7.944 de 07 de novembro de 2001.
43. Cavalcante M.S. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica de uma capital do nordeste. *RBGO* 2004; 26:131-38.
44. Tanno Z. Experiência do Centro De Referência em Tratamento de AIDS(CREAIDS) de Salvador no atendimento a crianças expostas ao HIV. In: V Congresso da Sociedade Brasileira de DST, V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS, I Congresso Brasileiro de AIDS; 2004 Ago 28/Set 01; Recife; 2004.

45. Kline MW, O'Connor KG. Disparity between pediatricians' knowledge and practices regarding perinatal human immunodeficiency virus counseling and testing. *Pediatrics* 2003;112(5):e367.
46. Lohrmann C, Valimaki M, Suominen T, Muinonen U, Dassen T, Peate I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. *J Adv Nurs* 2000;31(3):696-703.
47. Hayter M. Knowledge and attitudes of nurses working in sexual health clinics in the United Kingdom toward post-sexual exposure prophylaxis for HIV infection. *Public Health Nurs* 2004;21(1):66-72.
48. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Pascom AR, de Souza Júnior PR. Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15–54 years age group, 2004. *AIDS* 2005;19(suppl.4)(S51-58).
49. Souville, M., Msellati, P., Carrieri, M.P., Brou, H., Tape, G., Dakoury, G., Vidal, L. and The Côte d'Ivoire HIV Drug Access Initiative Socio-Behavioural Evaluation Group. Physicians' knowledge and attitudes toward HIV care in the context of the UNAIDS/Ministry of Health Drug Access Initiative in Côte d'Ivoire *AIDS* 2003, 17 (suppl 3):S 79–S 86.
50. Chambers S.T., Heckert K.A., Bagshaw S., Ussher J., Birch M., M.A. W. Maternity care providers' attitudes and practices concerning HIV testing during pregnancy; results of a survey of the Canterbury and upper South Island region. *N Z Med J* 2001;114(1144):513-6.
51. Valimaki M, Suominen T, Peate I. Attitudes of professionals, students and the general public to HIV / AIDS and the people with HIV / AIDS: a review of the research. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27:752-59.
52. Berkman A, Garcia J, Munhoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/ AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health* 2005;95(17).
53. Brazil leads from the front on AIDS. Editorial. *The Lancet*. Vol 365 May 14, 2005.
54. Barbosa RM, Lago TG. Aids e os direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: Parker R, organizador. *Políticas, instituições e Aids*. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA; 1997. p. 163-76 APUD. Alan Berkman, MD, et al A critical analysis of the Brazilian response to HIV/ AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health*, Vol 95, nº 17, julho de 2005.
55. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NMd, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO* 2002;24(5):293-99.

56. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. RBGO 2003;25(10):717-724.
57. Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. Transmissão materno -infantil do vírus da imunodeficiência Humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. Rev Assoc Med Bras 2005;51(1):54-60.
58. Lima BG , Pimentel CO. Qualidade do pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador, 2000-2001. Revista Baiana de Saúde Pública 2003;27(1/2):150-9.
59. Serruya SJ, Cecatti JG, do Lago T di G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública 2004;20(5):1281-1289
60. Zimbardo P.G. (1983) Psychologie 4. Neubearbeitete Auflage. Springer Verlag, Berlin., APUD Lohrmann C, Valimaki M, Suominen T, Muinonen U, Dassen T, Peate I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. J Adv Nurs 2000;31(3):696-703.
61. Ministério da Saúde do Brasil. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV. Brasília: Série Legislação nº 2. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids; 2004.
62. Ministério da Saúde do Brasil. Manual de aconselhamento em DST /AIDS para a atenção Básica.
63. Sikkema KJ, RT Bisset. Concepts, Goals, and Techniques of Counseling: Review and Implications for HIV Counseling and Testing. AIDS Education and Prevention 1997; 9(Suppl B): 14-26. Apud Goldani ZM, et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. Revista de Saúde Pública 2003 ; 37(5) : 552-8
64. França-Junior I, Lopes F, Paiva V, Venturi G. Acesso ao teste anti hiv no Brasil 2003: a pesquisa MS / IBOPE. 2003 [cited 2006 Abr 10]; Available from: www.aids.gov.br
65. Goldani ZM, Giugliani ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilhos K, Feldens L e TomKins A. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. Revista de Saúde Pública 2003 ; 37(5) : 552-8.
66. Marques HHS, Latorre MRDO, DellaNegra M, Pluciennik AMA, Salomão MLM, ECI-Brazil; Grupo de Pesquisadores do Enhancing Care Initiative- ECI-Brazil -. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. Revista de Saúde Publica 2002:385-92.

67. Oliveira RN de. As práticas de saúde para a redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. [Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
68. Barbosa RM, Knauth DR. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. Cad. Saúde Pública 2003;19(Sup.2):S365-376.

ANEXOS :

ANEXO 1. Modelo do questionário dos Obstetras

ANEXO 2: Modelo do questionário dos Neonatologistas

ANEXO 3: Explicação do termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO 4 : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO 5 : Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FBDC, aprovando a investigação.

ANEXO 6: Artigo enviado para publicação.



**Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana :
conhecimento dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas de Salvador.**

Questionário para Obstetras

Local:

1. **Sexo :**
1.masculino () 2. feminino ()
2. **Idade :**
() anos
3. **Ano formatura :**
()
4. **Faculdade onde se formou:**
UFBA (1)
EBMSP (2)
OUTRA (3)
QUAL CURSOU: ()
5. **Possui Residência médica:**
1.sim () local :()
2. não ()
6. **Realizou estágio 2 anos ou mais**
1.sim () local ()
2. não ()
7. **Título especialista:**
1.sim () 2. não ()
8. **Tempo de atuação na área:**
1. () até 5 anos 2. () 5 a 10 anos
3. () 10 a 20 anos
4.() mais de 20 anos
9. **Carga horária semanal em atividade de plantão:**
1. 12 h () 2. 24 h () 3. > 24 h ()
10. **Trabalha em clínica privada / Conveniada :**
1. sim () 2. não ()
11. **Trabalha em serviço acadêmico:**
1.sim () 2.não ()
12. **Exerce função de Preceptorial / Docente:**
1. sim () 2. não ()
13. **Mestrado:**
1.sim () 2. não ()
14. **Doutorado:**
1.sim () 2 não ()
15. **Freqüentou algum estágio ou curso de capacitação HIV, AIDS ou DST?**
1.sim () local ()
2. não ()
16. **Número aproximado de gestantes ou neonatos que atende semanalmente:**
1.() < 10 2.() 10 – 19
3.() 20- 30 4.() 31- 40
5.() + 40
17. **Nos últimos três meses atendeu gestantes com sorologia positiva para o HIV ou neonatos filhos de mães positivas para o HIV ?**
1. sim () 2. não ()

18. Na sua prática diária qual situação, em percentual, dos pacientes que você atende no plantão, em relação ao HIV:

1) status sorológico desconhecido
(%)

2) status sorológico conhecido
(%)

19. A testagem rápida para o HIV esta disponível na sua unidade ?

1. () Sempre. 2. () quase sempre

3. () raras vezes 4. () nunca.

20. O resultado da testagem rápida para o HIV esta disponível em tempo hábil para a indicação de Terapêutica Profilática , se necessária ?

1.() Sempre. 2. () Quase sempre

3. () Raras vezes 4. () Nunca.

21. Caso a gestante apresente sorologia positiva para o HIV , o parto é realizado nesta unidade ?

1.() Sempre. 2. () Quase sempre

3. () Raras vezes 4. () Nunca.

22. Conhece as recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV?

1. () sim , integralmente .

2.() sim, parcialmente

3.() não tive acesso .

23. Azt venoso e oral estão disponíveis na unidade:

1.() Sempre. 2. () Quase sempre

3. () Raras vezes 4. () Nunca.

24 . Na sua opinião, quais fatores prejudicariam a aplicabilidade das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV? (se desejar marcar mais de uma alternativa)

a) Sobrecarga de trabalho no plantão, dificultando a assistência adequada.

b) A maioria das gestantes não realizou a o Pré-natal. de maneira adequada.

c) As informações do pré-natal não estão disponíveis no momento da admissão na maternidade, por registro inadequado dos dados ou ausência do Cartão da Gestante.

d) O teste rápido e as drogas anti-retrovirais não estão disponíveis nesta unidade.

e) Inadequada divulgação das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV.

f) Falta de programas de treinamento para os Médicos e demais profissionais Envolvidos na assistência à gestante e neonato.

g) Não existem fatores que prejudicariam a aplicabilidade das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV.

25. Na situação em que a gestante com sorologia positiva para o HIV não seja assistida nesta unidade, a transferência é motivada principalmente por :

a) Falta de material de bioproteção / biosegurança.

b) Falta de medicação para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

c) Falta de pessoal especializado.

d) Estrutura física inadequada da unidade

e) Não se aplica. O parto é realizado na unidade.

Questões exclusivas para os obstetras. Assinalar a sua concordância com as condutas citadas .

Diante da parturiente com teste sorológico desconhecido para o HIV, o que você recomendaria:

25. Oferecer testagem rápida para todas gestantes com sorologia desconhecida para o HIV.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

26. Solicitar compulsoriamente testagem rápida para todas gestantes com sorologia desconhecida para o HIV.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

27. Oferecer testagem rápida somente para pacientes de risco para o HIV

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

28. Realizar aconselhamento pré-teste para todas gestantes a serem submetidas a testagem para o HIV

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

29. Desnecessário realizar testagem

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

Nos casos de teste rápido para o HIV positivo em parturientes, deve-se:

30. Discutir o resultado do teste com a paciente, alertando que o resultado carece de confirmação

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

31. Orientar acerca da confidencialidade do resultado:

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

32. Orientar acerca das medidas que serão tomadas para profilaxia da transmissão vertical do hiv

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

33. Guardar amostra para determinação de CD4 e carga viral.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

34. Realizar notificação compulsoria e exames do parceiro.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

Diante de parturientes com sorologia positiva para o HIV (pré-natal ou testagem rápida), na sua opinião qual conduta adotar:

35. Prescrever sempre AZT venoso 02 mg / kg na primeira hora , seguido de 01 mg / kg / hora até o clampeamento do cordão:

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

36. Somente utilizar AZT venoso se a mesma não estiver usando Terapia anti-retroviral combinada durante a gestação:

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

37. Utilizar AZT venoso somente se a parturiente tiver utilizado AZT oral ou Terapia anti-retroviral combinada durante a gestação:

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

38. Descontinuar o AZT após o parto

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

39. Em situações de indisponibilidade do azt venoso usar alternativamente o AZT oral (300 mg no começo do parto, seguido de 300mg a cada 03 horas até o clampeamento do cordão).

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

Na sua opinião, as situações apresentadas abaixo são associadas com maior possibilidade de transmissão vertical do HIV:

40. Excesso de exames de toque vaginal

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

41. Bolsa rota há mais de 04 horas

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

43. Prematuridade

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

44. Carga viral < 1000 cópias/ml.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

45. Hemorragia intraparto

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

Para a escolha da via de parto, no seu ponto de vista, devemos considerar:

46. Pacientes com carga viral > ou = 1000 cópias /ml ou desconhecida; > ou = 34 semanas na aferição: cesariana eletiva.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

47. Pacientes com carga viral < ou = 1000 cópias / ml ou indetectável ; > ou = 34 semanas na aferição: parto vaginal indicação obstétrica

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

48. Iniciado o trabalho de parto, a cesariana pode ser considerada adequada desde que as membranas estejam íntegras e a dilatação cervical até 3 a 4 cm.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

49. A cesariana deve ser sempre a via de parto:

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

50. O parto vaginal está proscrito para as pacientes HIV positiva:

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

Quando a cesariana for realizada, devemos:

51. Planejar realizá-la fora do trabalho de parto

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

52. Iniciar a profilaxia com azt 03 horas antes da cesárea.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

53. Ligar precocemente o cordão umbilical e sem ordenha.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

54. Profilaxia antibiótica com cefalosporina de 1ª geração

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

55. Se a paciente estiver em trabalho de parto a cesárea ainda deve ser realizada se as membranas estiverem íntegras e a dilatação até 3-4 cm.

(1) Discordo completamente (2) Discordo parcialmente (3) Indeciso (4) Concordo parcialmente (5) Concordo completamente

Se realizar parto vaginal, devemos :

56. Administrar azt venoso desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

57. Ligar precocemente o cordão umbilical, evitando ordenha .

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

58. Evitar episiotomia

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

59. Realizar o parto empelicado

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

60. São contra-indicados procedimentos invasivos (amiocentese, amniotomia, fórceps)

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

No puerpério da paciente HIV +, devemos :

61. Isolar a paciente.

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

62. Contra-indicar e inibir a amamentação.

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

63. Orientar acerca da importância do acompanhamento clínico e ginecológico materno e acompanhamento pediátrico da criança.

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

64. Orientar laqueadura tubária

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------

65. Orientar uso de preservativos

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
------------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	------------------------------



FUNDAÇÃO PARA
DESENVOLVIMENTO
DAS CIÊNCIAS



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE



FIOCRUZ - BAHIA

Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana : conhecimento dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas de Salvador.

Questionário para neonatologistas

Local:

1. Sexo :

1.masculino () 2.feminino ()

2. Idade : () anos

3. Ano formatura : ()

4. Faculdade onde se formou:

UFBA (1)

EBMSP (2)

OUTRA (3)

QUAL CURSO: ()

5. Possui Residência médica:

1.sim () local : ()

2. não ()

6. Realizou estágio 2 anos ou mais

1.sim () local ()

2. não ()

7. Título especialista:

1.sim () 2. não ()

8. Tempo de atuação na área:

1. () até 5 anos 2. () 5 a 10 anos

3. () 10 a 20 anos

4. () mais de 20 anos

9. Carga horária semanal em atividade de plantão:

1. 12 h () 2. 24 h () 3. > 24 h ()

10. Trabalha em clínica privada / Conveniada :

1. sim () 2. não ()

11. Trabalha em serviço acadêmico:

1.sim () 2.não ()

12. Exerce função de Preceptorial / Docente:

1. sim () 2. não ()

13. Mestrado:

1.sim () 2. não ()

14. Doutorado:

1.sim () 2 não ()

15. Frequentou algum estágio ou curso de capacitação HIV, AIDS ou DST?

1.sim () local ()

2. não ()

16. Número aproximado de gestantes ou neonatos que atende semanalmente:

1. () < 10 2. () 10 – 19

3. () 20- 30 4. () 31- 40

5. () + 40

17. Nos últimos três meses atendeu gestantes com sorologia positiva para o HIV ou neonatos filhos de mães positivas para o HIV ?
1. sim () 2. não ()
18. Na sua prática diária qual situação, em percentual, dos pacientes que você atende no plantão, em relação ao HIV:
- 1) status sorológico desconhecido (%)
- 2) status sorológico conhecido (%)
19. A testagem rápida para o HIV esta disponível na sua unidade ?
1. () Sempre. 2. () quase sempre
3. () raras vezes 4. () nunca.
20. O resultado da testagem rápida para o HIV esta disponível em tempo hábil para a indicação de Terapêutica Profilática , se necessária ?
1. () Sempre. 2. () Quase sempre
3. () Raras vezes 4. () Nunca.
21. Caso a gestante apresente sorologia positiva para o HIV , o parto é realizado nesta unidade ?
1. () Sempre. 2. () Quase sempre
3. () Raras vezes 4. () Nunca.
22. Conhece as recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV?
1. () sim , integralmente .
- 2.() sim, parcialmente
- 3.() não tive acesso .
23. Azt venoso e oral estão disponíveis na unidade:
- 1.() Sempre. 2. () Quase sempre
3. () Raras vezes 4. () Nunca.
- 24 . Na sua opinião, quais fatores prejudicariam a aplicabilidade das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV? (se desejar marcar mais de uma alternativa)
- a) Sobrecarga de trabalho no plantão, dificultando a assistência adequada.
- b) A maioria das gestantes não realizou a o Pré-natal. de maneira adequada.
- c) As informações do pré-natal não estão disponíveis no momento da admissão na maternidade, por registro inadequado dos dados ou ausência do Cartão da Gestante.
- d) O teste rápido e as drogas anti-retrovirais não estão disponíveis nesta unidade.
- e) Inadequada divulgação das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV.
- f) Falta de programas de treinamento para os Médicos e demais profissionais Envolvidos na assistência à gestante e -neonato.
- g) Não existem fatores que prejudicariam a aplicabilidade das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV.
25. Na situação em que a gestante com sorologia positiva para o HIV não seja assistida nesta unidade, a transferência é motivada principalmente por :
- a) Falta de material de bioproteção / biosegurança.
- b) Falta de medicação para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.
- c) Falta de pessoal especializado.
- d) Estrutura física inadequada da unidade
- e) Não se aplica. O parto é realizado na unidade.

Assinalar a sua concordância com as condutas citadas.

Em casos de RNS nascidos de mães com status sorológico para HIV desconhecido:

26. O teste rápido materno deve ser oferecido universalmente, mediante aconselhamento e consentimento e o resultado deve ser confidencial.

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

27. Os neonatologistas também devem realizar aconselhamento acerca da testagem para o HIV para as mães com status sorológico para HIV desconhecido:

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

28. Mães com status sorológico para HIV desconhecido não devem amamentar:

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

29. Apenas devemos realizar aconselhamento e testagem para as mães com status sorológico para HIV desconhecido que apresentem alto risco para o HIV.

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

Algumas situações são associadas com maior possibilidade de transmissão vertical:

30. Excesso de exames de toque vaginal.

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

31. Bolsa rota há mais de 04 horas

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

32. Prematuridade

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

33. Carga viral < 1000 cópias /ml.

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

34. Hemorragia intraparto

(1) Discordo completamente	(2) Discordo parcialmente	(3) Indeciso	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo completamente
----------------------------	---------------------------	--------------	---------------------------	----------------------------

Diante de RNS filhos de mães com HIV:

35. Não iniciar AZT oral se a mãe não recebeu azt na gestação e parto:

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

36. Iniciar AZT oral preferencialmente nas primeiras 2 horas do nascimento se a infecção materna foi diagnosticada apenas no puerpério.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

37. Iniciar AZT oral preferencialmente nas primeiras 8 horas se a infecção materna foi diagnosticada na gestação ou parto.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

38. Não existe evidência de benefício se a administração do AZT é iniciada após 48 horas de vida.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

39. O AZT deve ser mantido até 06 semanas de vida.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

40. A partir da 6ª semana de vida, até a definição do caso, a criança deve receber profilaxia para Pneumocystis Carini.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

Diante de RNS filhos de mães com HIV :

41. Lavar os RNS com água e sabão imediatamente após o parto

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

42. Aspirar delicadamente as vias aéreas dos RNS.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

43. Contra-indicar amamentação e aleitamento cruzado.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

44. Orientar seguimento especializado.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente

45. Contra-indicar alojamento conjunto.

(1) Discordo (2) Discordo (3) Indeciso (4) Concordo (5) Concordo
completamente parcialmente parcialmente completamente



FUNDAÇÃO PARA
DESENVOLVIMENTO
DAS CIÊNCIAS



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE



FIOCRUZ - BAHIA

Mestrado em Medicina e Saúde

EXPLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do estudo:

“Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana : conhecimento dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas de Salvador.”

Investigador principal: João Paulo Queiroz Farias, médico Obstetra, CRM 10285- BA.

Orientador: Prof. Dr. Bernardo Galvão

Colaboradora: Prof. Dr^a Anamélia Franco

Informações sobre o estudo :

A infecção pelo HIV no Brasil tem apresentado uma grande disseminação de casos entre as mulheres, principalmente em idade reprodutiva, o que vem a ser um grande problema de Saúde Pública pois tem como uma de suas conseqüências o aumento da transmissão materno infantil (transmissão vertical). Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/AIDS, vem implementando recomendações para a profilaxia da transmissão materno- infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.

A transmissão vertical do vírus HIV demonstra falhas no sistema de saúde, pois as rotinas de diagnóstico e de assistência prevêm medidas bastante eficazes no diagnóstico precoce e controle da infecção materna e de terapia profilática materno – infantil. Os dados disponíveis apontam para falta de investimentos para a capacitação profissional e aplicação eficaz de rotinas de profilaxia da transmissão materno- infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes nas maternidades públicas na região Nordeste do Brasil. .

O objetivo do presente estudo será avaliar o conhecimento dos obstetras e neonatologistas plantonistas das maternidades públicas da cidade de Salvador acerca das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno infantil do HIV e terapia anti-retroviral. Avaliaremos ainda , pela perspectiva do Médico, o impacto das condições de trabalho e da disponibilidade de terapia anti-retroviral e a realização de testes rápidos para o HIV na aplicação das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

O presente trabalho poderá contribuir para realização de políticas públicas de capacitação de profissionais envolvidos na assistência à gestante e neonato.

Informações sobre a participação voluntária:

Sua participação neste estudo é voluntária e restringe-se à resposta ao questionário anônimo.

Compromisso com a ética:

Os registros de sua participação voluntária serão mantidos confidencialmente, sendo de conhecimento somente da equipe do projeto. Os questionários são auto-aplicáveis e depositados pelo próprios participantes em envelopes lacrado, não havendo em nenhum momento do estudo possibilidade de identificação dos mesmos. Os envelopes serão abertos pela equipe do projeto somente ao concluir a coleta dos dados. Em todos os momentos do estudo, desde a coleta dos dados até a publicação dos resultados, fica assegurado o direito a privacidade e sigilo dos dados. As informações obtidas serão tratadas de forma totalmente confidencial e tem como objetivo a pesquisa científica.

Obtenção de informações:

O pesquisador e seus auxiliares irão responder a todas as suas dúvidas. Caso necessite de esclarecimentos adicionais você poderá entrar em contato com o pesquisador principal :

Dr. João Paulo Queiroz Farias.
Telefones : 91235674 e 2106 1000
E-mail : jpqfarias @ uol.com.br

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FDC. Endereço - Av. D. João VI, 274 – Brotas Salvador – BA - CEP: 40290-000.

Declaro que recebi copia deste termo de explicação e de consentimento informado e que minhas dúvidas foram esclarecidas.

Nome: _____ CRM: _____

Data: _____ Assinatura _____

Pessoa que apresentou o termo de consentimento :

Nome : _____

Assinatura : _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, Médico(a), concordo em participar do estudo denominado “Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana : conhecimento dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas de Salvador”, sob a coordenação do Obstetra João Paulo Queiroz Farias. Recebi informações sobre a natureza da minha participação, bem como a respeito dos objetivos deste estudo, os quais encontram-se anexo a este termo.

Identidade: _____.

CRM: _____.

Endereço: _____.

Data: _____.

Assinatura: _____.

CEP-COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Parecer nº 38/2005.

PROTOCOLO DE PESQUISA:

“Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: conhecimento dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade do Salvador”.

PESQUISADOR: Mestrando Dr. João Paulo Queiroz Farias.

PARECER:

O Mestrando, Dr. João Paulo Queiroz Farias, trouxe à análise deste Comitê de Ética em Pesquisa, o protocolo intitulado: “Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: conhecimento dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade do Salvador”.

O autor ressalta a importância médico-social da transmissão materno-infantil da AIDS e o crescimento dessa forma de contágio, nos últimos anos.

Ao lado disso, demonstra o autor, que os recursos atualmente existentes para o diagnóstico precoce da virose e seu tratamento eficaz pela aplicação do medicamento inibidor da transmissão vertical do HIV a Zidovudina (AZT), são suficientes para reduzir, significativamente, o contágio vertical.

“O Estado da Bahia, informa o autor, em novembro de 2001, com a lei nº 7.944, instituiu a obrigatoriedade de aplicação em parturientes portadoras do HIV, nos hospitais e maternidades da rede pública e privada de saúde do Estado da Bahia, de medicamento inibidor da transmissão vertical do HIV”.

Contudo, os dados estatísticos, afirma o autor, no Brasil, na região nordeste, a taxa de 2,6% de utilização da profilaxia, revela a disparidade entre os dispositivos legais e a prática médica. Fato semelhante ocorre em países desenvolvidos.

O objetivo da pesquisa é levantar dados que expliquem as causas dessa divergência.

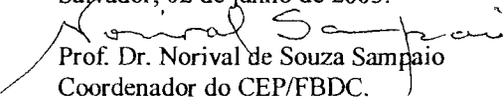
Para tanto o autor pretende aplicar um questionário nos 140 obstetras e 77 neonatologistas nas 07 maternidades públicas de Salvador.

O Termo de Consentimento a ser assinado pelos médicos encontra-se redigido de forma clara e coerente.

Os demais documentos exigidos pela Resolução 196 de 10.10.1996, reguladora das pesquisas em território nacional, foram corretamente apresentados.

O orientador, Prof. Dr. Bernardo Galvão Castro Filho pertence ao Quadro da FIOCRUZ e é Professor Titular da EBMS. Seu currículo revela alto nível científico, no Brasil e no exterior. Ele dirige uma equipe de pesquisadores especializados em infectologia.

Salvador, 02 de junho de 2005.


Prof. Dr. Norival de Souza Sampaio
Coordenador do CEP/FBDC.

Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: atitude dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade de Salvador, Brasil.

João Paulo Queiroz Farias¹

Anaméia Franco ²

Kleber Pimentel Santos ¹

Rodrigo Chagas ¹

Rodrigo Froes ¹

Sergio Calmom ¹

Bernardo Galvão Castro Filho^{1,3}

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

2. Universidade Católica de Salvador, Programa de Mestrado em família e sociedade contemporânea; Faculdade Ruy Barbosa.

3. CPqGM / FIOCRUZ.

Prophylaxis of human immunodeficiency virus vertical transmission: attitudes of obstetricians and neonatologists from public maternity hospitals of Salvador, Brazil.

Autor para correspondência:

Prof. Dr Bernardo Galvão Castro Filho

Resumo

O Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu um conjunto de recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. Entretanto, as taxas de transmissão vertical ainda se mantêm elevadas, principalmente nas regiões mais pobres do país.

No presente estudo foi avaliado as atitudes e conhecimento dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade de Salvador acerca destas recomendações ministeriais e a influência das condições de trabalho e disponibilidade da testagem rápida e da terapia anti-retroviral na aplicação das recomendações.

Foi aplicado um questionário auto-explicativo em todas as sete maternidade públicas da cidade de Salvador. Participaram do estudo 129 (82%) obstetras e 59(83%) neonatologistas em exercício na rede de saúde.

Sessenta e nove por cento dos obstetras e 82% dos neonatologistas referiram conhecer integralmente as recomendações do Ministério da Saúde. Entre os obstetras, 90,7% concordaram com a solicitação compulsória da testagem rápida para o HIV, 63,6% escolheram a cesariana para via de parto, 38% contra-indicaram o parto por via vaginal, 37,5% recomendaram isolamento das pacientes soropositivas e 58,1% indicaram laqueadura tubária. Entre os neonatologistas, 33,% concordaram com a insuficiência de benefícios com o início administração do AZT oral após 48 horas de vida e 54,3% com a indicação de profilaxia para *Pneumocystis carinii* a partir da 6ª semana de vida da criança.

Mais 90% dos médicos referiram a existência fatores prejudiciais à aplicabilidade das recomendações do MS, sendo os mais apontados a realização inadequada do pré-natal e a indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão. Embora a testagem rápida estivesse disponível, um terço dos entrevistados afirmou que o resultado está sempre disponível em tempo hábil. Algumas atitudes relacionadas à assistência à paciente gestante com HIV e ao neonato não estiveram de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, indicando a necessidade de intervenção. A inadequação do pré-natal e a indisponibilidade do resultado da testagem rápida influenciam negativamente a aplicação das recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Palavras-chave: HIV, transmissão vertical ,recomendações, profilaxia, atitudes.

Abstract

Introduction: Brazil Health Ministry (HM) has produced a set of recommendations for prophylaxis of HIV vertical transmission and for antiretroviral therapy (ART) in pregnant women. Nevertheless, vertical transmission rates are still high, particularly in impoverished areas of the country.

Aims: 1. To assess attitudes and knowledge of obstetricians and neonatologists from public maternity hospitals in the city of Salvador about HM recommendations on HIV prophylaxis. 2. To assess the influence of the local conditions of work, availability of rapid HIV testing and ART on the applicability of those recommendations.

Material and Methods: from August to November 2005, a descriptive and transversal study, using questionnaires, were carried out in all seven public maternity hospital. 129 (82%) obstetricians and 59 (83%) neonatologists agreed to participate and were enrolled.

Resultados: 69% of obstetricians and 82% of neonatologists were aware of HM recommendations. Among obstetricians, 90.7% agreed with compulsory HIV rapid testing. 63.6% preferred cesarian section delivery and 38% contra-indicated normal vaginal childbirth. 37.5% recommended isolation of seropositive patients, whereas 58.1% indicated contraception by tubal ligation. Among neonatologists, 33.5% agreed with the lack of benefits of AZT administration after 48h from delivery and 54.3% with the indication of *P. carinii* prophylaxis after the age of 6 weeks. More than 90% of interviewed physicians informed the there were factors that adversely influenced the applicability of HM recommendations, in particular the inadequacy of prenatal care and the unavailability of prenatal information. Although HIV rapid testing was generally available, according only to one third of the physicians, the result was always available at time.

Conclusions:. 1. Some attitudes about healthcare assistance of HIV seronegative women were not supported by HM recommendations, indicating the need of training programs. 2. Inadequacy of prenatal care and unavailability of rapid HIV testing or the result at time negatively influence the application of HM recommendations for HIV vertical transmission.

Keywords: HIV, vertical transmission, prophylaxis, attitudes.

Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: atitude dos obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade de Salvador, Bahia.

Farias JP, Franco A, Pimentel K, Chagas R, Froes R, Calmom S, Galvão-Castro B.

I. INTRODUÇÃO

A epidemia de AIDS descrita no Brasil em pacientes do sexo masculino tem passado por mudanças em seu perfil epidemiológico nos últimos anos, com a predominância da transmissão heterossexual e, conseqüentemente, com o aumento de casos entre as mulheres e de transmissão vertical (1,2,3,4,5). O nível educacional da população tem sido utilizado em diversos estudos como marcador do status sócio-econômico, deste modo o aumento progressivo da prevalência da infecção pelo HIV entre pessoas com menor nível de escolaridade demonstra a tendência à pauperização da epidemia (6,7,8)

Vistos em conjunto, esses aspectos – feminização, transmissão vertical e pauperização – sinalizam para os desafios que ainda precisarão ser superados para melhorar o controle da doença em nosso país. Em 1994, os resultados do protocolo 076 do AIDS CLINICAL TRIAL GROUP (ACTG) demonstraram que a administração da zidovudina (AZT) reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5% quando iniciada pela gestante infectada a partir da 14ª semana e mantida durante o trabalho de parto, desde que o recém-nascido faça uso do AZT até a sexta semana de vida(9). Além deste, foi evidenciado benefício da terapia com AZT na diminuição da transmissão perinatal mesmo quando sua administração é efetuada tardiamente na gestação ou quando administrado somente para o recém-nascido até 48 horas após o nascimento (10).

O Ministério da Saúde do Brasil, acompanhando a evolução do conhecimento científico, elaborou um programa para o enfrentamento desta epidemia que é referência para países em

desenvolvimento. Um dos objetivos deste programa é o controle da transmissão vertical do HIV. Desde 1994 vem sendo disponibilizados o AZT oral pra gestantes e, desde 1996, o AZT venoso para parturientes e a solução oral para seus recém-natos. Posteriormente outros antiretrovirais foram incorporados às recomendações de terapia em gestantes (11).

Data de 1995 a primeira publicação oficial no Brasil específica sobre prevenção da transmissão vertical do HIV. As recomendações foram atualizadas em 1997 e publicadas em Diário Oficial da União, incluídas nos manuais de condutas para o tratamento de adultos e crianças infectadas pelo HIV como também em outros materiais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde (12). Em 2001 a Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde constituiu um Comitê Assessor, responsável pela elaboração do manual de Recomendações de Profilaxia da Transmissão Materno-infantil do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes (11), contendo recomendações eficazes para o controle da transmissão vertical do HIV.

Apesar de todas estas ações ministeriais, o panorama atual no nosso país demonstra que ainda existem dificuldades na implementação das medidas propostas, pois se observa altos índices de transmissão vertical do HIV, particularmente nas regiões menos favorecidas do país (12,13,14).

Alguns estudos acerca da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal no Brasil evidenciaram baixo percentual de testagem para o HIV no pré-natal (15, 16). Serruya e colaboradores (15), avaliaram a experiência da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no Brasil, com informações do SISPRENATAL referentes aos anos de 2001 e 2002. Foi observado que em 2002, apenas 28% das gestantes estavam inscritas, das quais 25% até 120 dias de gestação. Apenas 4% das gestantes inscritas realizaram o pré-natal completo (seis consultas de pré-natal, consulta de puerpério, todos os exames básicos, teste anti-HIV, e dose imunizante da vacina antitetânica). Observaram, ainda em 2002, que 35,38% das gestantes inscritas no programa

realizaram o teste anti-HIV. Constataram importantes variações regionais, geralmente com melhores indicadores para as regiões Sudeste e Sul e piores indicadores nas regiões Norte e Nordeste.

Lima et al (16), avaliaram a qualidade do pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador nos anos 2000 – 2001 , realizando entrevista com 486 pacientes em uma unidade de emergência obstétrica sobre a realização do pré-natal e porte do cartão da gestante, coletando informações dos cartões acerca do número de consultas, início do pré-natal , realização de manobras propedêuticas e exames laboratoriais, observando que 29,6% das mulheres não haviam realizado o pré-natal e 29,2% não portavam o cartão da gestante. Evidenciou elevada média de não realização de exames laboratoriais, tipagem sanguínea, sumário de urina, VDRL, teste para o HIV e citologia oncótica, concluindo pela necessidade de melhorar a cobertura da assistência pré-natal no município de Salvador e padronizar as ações dos ambulatórios. Adicionalmente, ainda em relação à testagem para o HIV na gestação, diversos autores observaram que em muitas ocasiões a mesma é realizada sem aconselhamento materno. França Junior refere que no emprego de técnicas de rastreamento, os profissionais freqüentemente esquecem do caráter voluntário e confidencial da testagem, bem como dos necessários esclarecimentos por ocasião do aconselhamento(17).

Em um estudo transversal realizado na cidade de Porto Alegre, Goldani et al (18) entrevistaram 1658 gestantes no ano de 2001 e observaram que das 1603 que haviam sido testadas para o HIV, apenas 630 (39.3%) receberam aconselhamento. As mulheres provenientes dos grupos sociais menos privilegiados tiveram menor probabilidade de receber informações e benefícios do aconselhamento

Marques e colaboradores (19), em um estudo que detectou falhas na identificação da infecção pelo HIV no estado de São Paulo em 1998, relataram que o teste para o HIV foi oferecido para 82%

das mulheres no pré-natal que não conheciam seu status sorológico, e que apenas 56% receberam explicação sobre a importância do teste.

O internamento da gestante para a assistência ao parto é particularmente importante para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, não somente pelas diversas medidas recomendadas para este momento, mas também por se constituir a última oportunidade de diagnóstico da infecção materna.

A avaliação das atitudes dos obstetras e neonatologistas, profissionais que atuam na assistência ao parto e recém-nascido nas maternidades públicas, pode nos ajudar a compreender algumas causas relacionadas à aplicação deficiente das recomendações do Ministério da Saúde em uma região pobre do país e apontar a necessidade de estratégias mais eficazes para o enfrentamento dos desafios da epidemia de AIDS.

II. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, realizado no período de agosto a novembro de 2005, com aplicação de questionário anônimo, estruturado e auto-explicativo em todas as sete maternidade públicas da cidade de Salvador. O instrumento é composto por uma parte geral e uma específica. Na parte geral, com igual conteúdo para os obstetras e neonatologistas, foram obtidas informações sobre as características demográficas da população-alvo, formação acadêmica, atuação profissional e importância do tema transmissão vertical do HIV para o entrevistado. Foi avaliado, na perspectiva dos médicos, a disponibilidade de terapia anti-retroviral e testagem rápida para o HIV nas maternidades. Na parte específica do questionário, as condutas analisadas basearam-se no conteúdo das recomendações do Ministério da Saúde, tendo os obstetras respondido questões acerca das atitudes relacionadas ao aconselhamento e testagem rápida para o HIV e condutas com as pacientes (uso do AZT, reconhecimento dos fatores de risco que aumentem a probabilidade de

transmissão vertical, escolha e manejo da via de parto e cuidados no puerpério). Os neonatologistas responderam a respeito das atitudes relacionadas ao aconselhamento e testagem maternas e cuidados com os RNs filhos de mães com o HIV (reconhecimento de fatores de risco que aumentem a probabilidade de transmissão vertical, uso do AZT e cuidados com o recém-nascido). Nas questões relativas a atitudes, as condutas analisadas basearam-se nas recomendações do Ministério da Saúde e foram respondidas através de uma escala tipo “Likert”, numericamente pontuada de um a cinco (1-Discordo completamente, 2-Discordo parcialmente, 3- Indeciso, 4-Concordo parcialmente 5-Concordo completamente), na qual o entrevistado assinalava o seu grau de concordância para cada conduta citada. Os dados foram armazenados e tabulados em planilha de dados eletrônicos através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, Inc, Chicago, IL).

Na descrição das variáveis contínuas foram usadas a frequência simples, a média com o desvio padrão e a mediana. As variáveis nominais foram descritas através de frequência simples e percentuais. A população alvo era composta de 152 obstetras e 71 neonatologistas, tendo 129 (84,6%) obstetras e 59 (83,09%) neonatologistas concordado em participar do estudo, mediante assinatura do termo de consentimento informado. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (Parecer nº38/2005), autorizado pelas diretorias das maternidades envolvidas.

III. RESULTADOS:

A população avaliada apresentou a média de idade de 43 anos e a predominância do sexo feminino (75,5 %). Os profissionais estavam formados há 18 anos em média. Oitenta e cinco por cento (n= 160 / 188) dos entrevistados referiu ter cursado pós-graduação *sensu lato* sob a forma de residência médica e 64% (n = 140 / 188) eram portadores do Título de Especialista, conferidos pelas respectivas

sociedades. Entre os entrevistados, 42,5% (n = 80 / 188) freqüentou algum curso / estagio de capacitação HIV /AIDS ou DST .Setenta e seis por cento (n = 143 / 188), referiram trabalhar também em clínica privada ou conveniada ao passo que 42,5% (n = 80 / 188) informaram trabalhar em serviço acadêmico. A importância do tema transmissão vertical do HIV para os obstetras e neonatologistas foi avaliada, observando-se que 49,4 % (n= 93/188) dos mesmos referem atender semanalmente mais de 30 gestantes ou neonatos e 62,7 % (n =118/188) referiu que, nos três meses anteriores ao estudo, atendeu gestantes com sorologia positiva para o HIV ou seus neonatos. Observou-se que 78% (n= 147/188) dos entrevistados referiram conhecer integralmente as Recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV. Aproximadamente 64% (n =120 /188) dos médicos informaram que o teste rápido para o HIV está sempre disponível nas maternidades. Entretanto o resultado deste exame está sempre disponível em tempo hábil para a indicação da profilaxia segundo 31,9 % (60 /188) deles (Tabela 1).

Mais de 80% (155/188) dos entrevistados referiu que o AZT venoso e oral estão sempre disponíveis nas suas respectivas maternidades. Vale ressaltar que 93,6,% (n =176/188) dos entrevistados referiram que existem fatores que interferem negativamente na aplicação das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno – infantil do HIV, sendo os fatores apontados:

- 1) realização inadequada do acompanhamento pré-natal (75,5 %, n= 142);
- 2) indisponibilidade das informações do pré-natal quando da admissão na maternidade (53,1%, n= 100);
- 3) falta de programas de treinamento (39,3% , n= 74);
- 4) sobrecarga de trabalho (36,1%, n= 68);
- 5) divulgação inadequada das recomendações do Ministério da Saúde (8,5 %, n= 16);
- 6) Indisponibilidade do teste rápido e Terapia antiretroviral (4,2 % , n= 8).

Avaliação das atitudes

A) Obstetras

Na avaliação das atitudes os obstetras responderam questões relacionadas ao aconselhamento e testagem rápidas para o HIV e condutas com as pacientes (uso do AZT, reconhecimento dos fatores risco, escolha e manejo da via de parto e cuidados no puerpério), cujos resultados encontram-se sumariados nas Tabelas 2, 3 e 4. Apesar dos elevados percentuais de concordância dos entrevistados com as recomendações do Ministério da Saúde, alguns pontos merecem ser destacados. Observa-se a concordância de 99,3% (97,7% de concordância completa ;1,6% de concordância parcial) dos obstetras em relação à necessidade de oferecer testagem rápida para todas gestantes com sorologia desconhecida para o HIV. Por outro lado, verifica-se que 90,7% (78,3% concordaram completamente ;12,4 % concordaram parcialmente) dos entrevistados concordaram também com a solicitação compulsória da testagem rápida para HIV, e 80,7% dos participantes concordaram (58,9% concordaram completamente; 21,7% concordaram parcialmente) com a realização de aconselhamento pré-teste para todas as gestantes a serem submetidas à testagem rápida para o HIV.

Em relação as atitudes relacionadas à prescrição de AZT a pacientes com sorologia positiva para o HIV, foi observado que 95,5% (91,5% concordaram completamente; 3,9% concordaram parcialmente) dos obstetras assinalaram concordar com a prescrição do AZT por via venosa, na dose de 2 mg / kg na primeira hora, seguida de 1 mg /kg de peso /hora até o clampeamento do cordão umbilical. A realização da profilaxia da transmissão vertical do HIV durante o parto com o AZT por via oral, na indisponibilidade do AZT venoso, recebeu a concordância de 74,4% dos obstetras (64,3% concordaram completamente; 10,1% concordaram parcialmente), ressaltando-se que foi observado que 18,6% revelaram-se indecisos (Tabela 3).

Na escolha da via de parto, foi observado a concordância completa de 68,2% dos obstetras em planejar realizar a cesárea eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto. Adicionalmente 67,4% (n= 87)

deles concordaram completamente em manter a indicação de cesárea mesmo quando a paciente estiver em trabalho de parto, conquanto que membranas integras e dilatação cervical até 3-4 cm. O parto vaginal, segundo 38%, estaria proscrito nas parturientes HIV positivo e a cesárea deveria ser sempre a via de parto de acordo com 63,6 % dos obstetras (Tabela 3).

Na Tabela 4 estão apresentados os resultados referentes ao reconhecimento, pelos obstetras, de situações com maior possibilidade de transmissão vertical e as condutas adotadas no puerpério da paciente HIV positivo, observando-se que fatores como o número excessivo de exames de toque vaginal (59%) e a prematuridade (46,5%) foram menos valorizados como fatores de risco para transmissão vertical do HIV.

Ainda na Tabela 4 observa-se que no puerpério da paciente HIV positivo 37,5% dos obstetras referiram concordar totalmente, parcialmente ou estar indeciso quanto a necessidade de isolamento e 58,1% concordaram com a orientação da laqueadura tubária.

B) Neonatologistas

Os resultados das questões relacionadas ao aconselhamento e testagem maternas estão expressos na Tabela 5, onde se observa principalmente que 93,3% dos neonatologistas concordam que eles também devem realizar o aconselhamento acerca da testagem para o HIV para as mães cujo “status” sorológico é desconhecido, e que o teste rápido materno deve ser oferecido universalmente, mediante aconselhamento e consentimento e o resultado deve ser confidencial (88,1%). Houve discordância de 96,6% dos entrevistados em relação à realização de aconselhamento e testagem somente para as mães que apresentem alto risco para o HIV. Entre os entrevistados, 74,6% concordaram que mães com “status” sorológico para HIV desconhecido não deveriam amamentar. No reconhecimento de fatores de risco para a transmissão vertical do HIV, fatores como o número excessivo de exames de toque vaginal (47,4%) e a prematuridade (59,3%) foram menos citados.

As atitudes dos neonatologistas em relação às condutas diante de recém-nascidos cujas mães são soropositivos foram avaliadas mediante duas questões, cujos percentuais de respostas encontram-se sumariados nas Tabela 6. Observamos a concordância de 33,5% com a falta de benefícios com o início da administração do AZT oral após 48 horas de vida. Além disso, a profilaxia para *Pneumocystis carinii* a partir da 6ª semana de vida da criança e até a definição do caso, Obteve a concordância de 54,3% dos entrevistados.

IV.Discussão:

O impacto do programa do governo brasileiro de combate à AIDS é inegável. Em 1990 o Banco Mundial projetou que haveria 1,2 milhões de pessoas infectadas no país. Quinze anos após, a incidência é muito menor que esta previsão, a mortalidade associada à doença foi reduzida em cerca de 50% e o número de hospitalizações declinou acentuadamente (20). Trezentos e setenta e cinco hospitais e 381 ambulatórios estão envolvidos no programa e mais de 170.000 pacientes recebem atualmente terapia antiretroviral, com um custo anual de cerca de 300 milhões de dólares para o contribuinte (21).

Entretanto, o programa não tem sido eficaz em deter o avanço da doença entre a parcela mais pobre da população, em particular entre as mulheres pobres. Os fatores apontados para esse descompasso são a falta de integração do programa de AIDS com outras estratégias como o programa de saúde da mulher e programas de prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (22). Por outro lado, dados publicados na literatura demonstram a realização da testagem para o HIV durante a gestação no Brasil não tem tido o alcance nacional desejável, estando implicados nesse cenário não só a cobertura da assistência pré-natal, como também sua qualidade (16,23,24,25). Berkman et al, (26) em um recente artigo de revisão, apontam que a sustentabilidade do programa brasileiro de AIDS pode ser ameaçada pelo fato do SUS continuar a considerar somente a

assistência, deixando de lado a preocupação de integrar ações educativas de prevenção ao seu nível programático.

No presente estudo inicialmente foi avaliado se o perfil dos médicos que trabalham em maternidades públicas seria adequado em termos de capacitação profissional, o que claramente influenciaria o programa de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.

Observou-se que o perfil dos médicos que trabalham nas maternidades públicas da cidade de Salvador é caracterizado por uma formação profissional adequada, com especialização na área, considerável tempo de experiência e alto percentual de portadores de título de especialista, o que, de certa forma, é um indicador de qualidade, pois denota o esforço do médico em ter o seu trabalho reconhecido por uma comissão de acreditação nacional. Além disso, os médicos que trabalham nas maternidades públicas possuem experiência com o tema do estudo, pois 62,7 % referiu que nos três meses anteriores ao estudo, atendeu gestantes com sorologia positiva para o HIV ou seus neonatos. Chama a atenção, que somente 42,5% dos entrevistados declararam ter freqüentado algum estágio ou curso de capacitação em HIV/AIDS ou DST. Todavia, 78% dos médicos entrevistados referiram conhecer integralmente as recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, favorecendo supor o predomínio do autodidatismo, ao contrário do que se esperaria dentro de um programa de assistência à saúde.

Na avaliação da disponibilidade da testagem rápida para o HIV nas maternidades, 64% dos médicos referiram que a testagem rápida está sempre disponível na sua unidade, mas somente cerca de um terço deles admitiu que o resultado do exame está disponível em tempo hábil para a realização da profilaxia. A falta ocasional da testagem rápida, associado à indisponibilidade do resultado do exame em tempo hábil conduzem à perda de oportunidades de detecção da infecção pelo HIV.

Mais de 90% dos entrevistados referiram que existem fatores prejudiciais à aplicação das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV, Os principais fatores alegados foram a realização inadequada do pré-natal e a indisponibilidade das informações do pré-natal na admissão da gestante.

Estes achados são concordantes com diversos autores(15, 16,) que já abordaram a preocupante situação, não só em relação à cobertura da assistência pré-natal no Brasil, como também quanto à sua qualidade.

A avaliação das atitudes dos obstetras e neonatologistas foi baseada no conteúdo do manual de Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia antiretroviral em gestantes, documento técnico elaborado pelo MS para “orientar a conduta dos profissionais da rede pública de saúde, baseado na opinião de consenso de profissionais e pesquisadores , respaldado pelo conhecimento técnico-científico atual e respeitando a realidade de saúde no país” (11).

Segundo Zimbardo (27), o termo atitude pode ser explicado como uma disposição relativamente estável, relacionada a pessoas, grupos ou situações de modo a reagir de uma maneira específica. A atitude poderia ser dividida em um componente cognitivo como o conhecimento, crenças ou convicções do objeto de atitude; um componente afetivo tal como o sentimento; e a ação ou reação para se comportar de uma maneira específica. No presente estudo, as questões focalizaram principalmente aspectos relacionados ao conhecimento das recomendações do Ministério da Saúde (11), não enfocando diretamente aspectos afetivos tais como medos, receio de contágio, emoções negativas, resistência profissional e preconceitos.

Entretanto, embora não tenham sido analisados sob essa perspectiva, alguns aspectos observados neste estudo, tais como o elevado percentual de obstetras que referiram concordar com a solicitação compulsória do teste rápido para o HIV em gestantes e com a necessidade de isolamento para as

puérperas HIV positivo, bem como a elevada concordância em orientar laqueadura tubária para estas mulheres, provavelmente foram influenciados por componentes da esfera afetiva.

Merece ser realçado o fato de 90,7% dos obstetras entrevistados terem concordaram com a solicitação compulsória da testagem rápida para o HIV em gestantes com a sorologia desconhecida para o HIV, apesar de terem também concordado com o oferecimento da testagem (99,3%) e com a realização do aconselhamento (80,7%) para as parturientes com status sorológico desconhecido para o HIV. Estes dados podem significar falta de compreensão do caráter voluntário, mesmo na gestante, da testagem para o HIV aliado à dificuldade de implementar ações de aconselhamento no momento do parto. É importante lembrar que o caráter voluntário da testagem para o HIV é amparado na legislação, pois o Conselho Federal de Medicina, na Resolução nº 1.665/2003 que regulamenta e normatiza a assistência às pessoas vivendo com HIV ou AIDS, incluindo as gestantes, destaca no Art. 4º que “é vedada a realização compulsória de sorologia para HIV”. Esta mesma resolução, no seu Art. 6º estabelece que “É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame para detecção de anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame”. Atualmente, após mais de duas décadas de enfrentamento da epidemia do HIV, se reconhece que as intervenções para a prevenção e assistência desta doença não devem invadir a privacidade e o direito das pessoas (28).

O aconselhamento e a testagem voluntária para o HIV são um fator chave para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Esta estratégia promove um adequado tratamento para a mulher infectada pelo HIV e tem um impacto positivo nas taxas de transmissão materno-infantil. Para as mulheres HIV negativo, proporciona uma oportunidade de educação e mudança de comportamento (29).

Observou-se elevada concordância dos obstetras com a realização do aconselhamento para as gestantes com *status* sorológico desconhecido para o HIV, embora na literatura diversos autores revelem que nem sempre o mesmo é realizado (17,18, 19).

No reconhecimento dos fatores que estão associados à maior possibilidade da transmissão vertical do HIV ocorrer, parece haver, tanto por parte dos obstetras, quanto dos neonatologistas, lacuna no conhecimento, pois excesso de exames de toque vaginal (59% obstetras; 47,4% neonatologistas) e a prematuridade (46,5% obstetras e 59,3% neonatologistas) foram menos reconhecidos como fatores que aumentam a possibilidade de transmissão vertical do HIV.

Na escolha da via de parto da gestante HIV positivo observamos a concordância de 63,6 % dos obstetras de que a cesárea deveria ser sempre a via de parto e de 38% deles em proscriver o parto vaginal nas gestantes HIV positivo. O Ministério da Saúde, no seu manual de Profilaxia da Transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes recomenda realizar a cesárea eletiva, ou seja, fora do trabalho de parto, mantendo-se esta indicação se a paciente estiver em trabalho de parto, conquanto que com membranas amnióticas íntegras e dilatação cervical até 3-4 cm (11). Além disso, o parto vaginal poderia ser realizado ainda nos casos em que a carga viral estiver indetectável ou menor que 1000 cópias /ml em gestações com idade maior ou igual a 34 semanas, evidentemente se não houver contra-indicação obstétrica para esta via de parto (30, 31, 11). Haveria, destarte, que se observar estes critérios na escolha da via de parto, não estando a cesárea indicada em todos os casos nem o parto vaginal proscrito para as gestantes HIV positivo, fato que não foi valorizado por considerável número de entrevistados.

Na avaliação das condutas dos obstetras relativas ao puerpério da paciente HIV positivo, observa-se que 37,5% dos entrevistados referiram concordar totalmente, parcialmente ou estar indeciso quanto à necessidade de isolar a paciente HIV positiva e que 58,1% concordaram com a orientação da laqueadura tubária , o que esta em desacordo com as recomendações vigentes. A

cultura médica local e a posição dos serviços de saúde com relação à esterilização, reforçadas por concepções pré-formadas com relação à AIDS poderiam justificar estes percentuais observados. Barbosa e Knauth (32), avaliando a esterilização de mulheres HIV positivo em São Paulo e Porto Alegre, ressaltam que, apesar de se conhecer pouco sobre as experiências contraceptivas de mulheres HIV positivo, é possível assumir que, no contexto de altas taxas de esterilização feminina que ocorrem no Brasil, um grande número de mulheres soropositivos que não desejam ter mais filhos, escolheriam ser esterilizadas. Entretanto, salientam que a legislação Brasileira proíbe que as esterilizações sejam realizadas durante o parto, depois de um aborto ou nos 41 dias seguintes ao parto, estabelecendo como exceções mulheres com história de sucessivas cesarianas e / ou portadoras de doenças prévias para quem uma segunda cirurgia ou exposição adicional à anestesia pode apresentar um risco grande à saúde. Não se encontra normatizado o acesso das mulheres portadoras do HIV à laqueadura tubária, nem se o fato de ser portadora do HIV poderia ser considerado uma exceção à legislação. Os mesmos autores (32) observaram que do total de 402 mulheres atendidas no pré-natal no período estudado, 22% foram esterilizadas imediatamente depois do parto, sendo possível observar grandes diferenças entre a cidade de Porto Alegre com apenas 4,4% de mulheres esterilizadas, contra 50,6% em São Paulo. A cultura médica local com relação à laqueadura, aliada à organização da prática de assistência ao pré-natal e parto, mostrou-se fator fundamental para se compreender as diferenças encontradas nas duas cidades.

Na avaliação das atitudes dos neonatologistas em relação às condutas diante de RNS filhos de mães com HIV, apenas 33,5% deles concordaram com a falta de evidências de benefício do início do AZT oral após as 48 horas de vida do recém nato, o que está bem estabelecido na literatura e nas recomendações do MS, sendo que este dado pode indicar tendência dos entrevistados em iniciar o AZT oral mesmo se perdido o momento adequado de fazê-lo. A profilaxia para *Pneumocystis carinii* a partir da 6ª semana de vida da criança, até a definição do caso, conforme

recomendado pelo MS, recebeu a concordância de 54,3% dos neonatologistas entrevistados, sendo necessário salientar que a população avaliada neste estudo era composta de neonatologistas plantonistas das maternidades, e que a aplicação desta profilaxia, provavelmente na maioria das oportunidades, iniciaria-se no acompanhamento ambulatorial destas crianças.

Em síntese, no presente estudo verifica-se que embora a formação profissional dos médicos que atuam nas maternidades públicas da cidade de Salvador seja adequada, ainda é freqüente o autodidatismo em relação ao conhecimento das recomendações oficiais de profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV. Em relação às atitudes, em que pese um elevado índice de acerto em relação às recomendações do Ministério da Saúde, verificamos que ainda existem atitudes inadequadas com freqüência relativamente elevada, indicando que cursos oficiais de treinamento ou capacitação são bem-vindos e necessários. Adicionalmente, medidas que levem a uma maior cobertura da testagem para o HIV na gestação e que tornem disponíveis o resultado deste exame no momento do parto se fazem necessárias, possivelmente através de uma articulação adequada da assistência pré-natal e as maternidades, bem como pela integração mais efetiva entre o Programa Nacional de DST/AIDS e as demais políticas públicas de saúde relacionada a assistência à mulher.

V. BIBLIOGRAFIA:

1. Dal Fabbro MM, Moraes SP, CunhaRV, Freitas GM, Freitas HG Botelho GA Souza JuniorVG. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Volume 14 - Nº 2 - abril/ junho 2005
2. Brito AM, de Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2000;34(2):207-17.
3. Sexo & Vida- Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil; Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. (titulo do capitulo Regina Maria Barbosa autora capitulo) Elza Berquió, Campinas, Ed Unicamp 2003
4. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública* 2000;16(Sup.1):65-76.
5. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT de. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise especial. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(Sup.1):7-19.
6. Dos Santos I J ,Lopes MAA,Deliége-Vasconcelos E,Couto-Fernandes JC, Patel TN, Barreto ML, Ferreira Jr OC, Galvão-Castro B. Seroprevalence of HIV, HTLV- I / II and other perinatally–transmitted pathogens in Salvador , Bahia. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 37(4): 343:348, julho/ agosto , 1995
7. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16 (Supl. 11):77-87.
8. Crosland Guimarães MD; Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil, 1980-1999 *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):21-36,2000.
9. Connor EM, Sperling RS, _al. e. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. *The Pediatric AIDS Clinical Trials Group* 1994;331:1173-80.
10. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, al et. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1998;339(20):1409-14.
11. Ministério da Saúde. Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão materno–infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação nacional de DST e AIDS; 2001.

12. Veloso VG, Vasconcelos AL, Grinszte B. Prevenção da Transmissão Vertical no Brasil. Boletim epidemiológico AIDS, junho a agosto de 1999 [cited 2005 Fev 05]; Available from: www.aids.gov.br
13. Cavalcante M.S. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica de uma capital do nordeste. RBGO 2004; 26:131-38.
14. Tanno Z. Experiência do Centro De Referência em Tratamento de AIDS (CREAIDS) de Salvador no atendimento a crianças expostas ao HIV. In: V Congresso da Sociedade Brasileira de DST, V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS, I Congresso Brasileiro de AIDS; 2004 Ago 28/Set 01; Recife; 2004.
15. Serruya SJ, Cecatti JG, do Lago T di G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública 2004;20(5):1281-1289
16. Lima BG, Pimentel CO. Qualidade do pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador, 2000-2001. Revista Baiana de Saúde Pública 2003;27(1/2):150-9.
17. França-Junior I, Lopes F, Paiva V, Venturi G. Acesso ao teste anti hiv no Brasil 2003: a pesquisa MS / IBOPE. 2003 [cited 2006 Abr 10]; Available from: www.aids.gov.br
18. Goldani ZM, Giugliani ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilhos K, Feldens L e TomKins A. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. Revista de Saúde Pública 2003 ; 37(5) : 552-8.
19. Marques HHS, Latorre MRDO, DellaNegra M, Pluciennik AMA, Salomão MLM, ECI-Brazil; Grupo de Pesquisadores do Enhancing Care Initiative-ECI-Brazil -. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. Revista de Saúde Pública 2002:385-92.
20. Organização Mundial de Saúde. Informe sobre la salud Del mundo 2004 cambiamos el rumbo de la historia. Ginebra: OMS; 2004.
21. Brazil leads from the front on AIDS. Editorial. The Lancet. Vol 365 May 14, 2005.
22. Barbosa RM, Lago TG. Aids e os direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: Parker R, organizador. *Políticas, instituições e Aids*. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA; 1997. p. 163-76 APUD. Alan Berkman, MD, et al A critical analysis of the Brazilian response to HIV/ AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. American Journal of Public Health, Vol 95, nº 17, julho de 2005.
23. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NMd, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. RBGO 2002;24(5):293-99.

24. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *RBGO* 2003;25(10):717-724.
25. Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. Transmissão materno -infantil do vírus da imunodeficiência Humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51(1):54-60.
26. Berkman A, Garcia J, Munhoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/ AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health* 2005;95(17).
27. Zimbardo P.G. (1983) *Psychologie 4. Neubearbeitete Auflage*. Springer Verlag, Berlin., APUD Lohrmann C, Valimaki M, Suominen T, Muinonen U, Dassen T, Peate I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. *J Adv Nurs* 2000;31(3):696-703.
28. Ministério da Saúde. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV. Brasília: Série Legislação nº 2. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids; 2004.
29. Sikkema KJ, RT Bisset. Concepts, Goals, and Techniques of Counseling: Review and Implications for HIV Counseling and Testing. *AIDS Education and Prevention* 1997; 9(Suppl B): 14-26. Apud Goldani ZM, et al. A Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil *Revista de Saúde Pública* 2003 ; 37(5) : 552-8
30. Kind C, Rudin C, Siegrist CA, Wyler CA, Biedermann K, Lauper U, et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective Cesarean section and zidovudine prophylaxis. *Swiss Neonatal HIV Study Group. Aids* 1998;12(2):205-10.
31. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection. The European Collaborative Study. *Lancet* 1994;343(8911):1464-7.
32. Barbosa RM, Knauth DR. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(Sup.2):S365-376.

TABELAS :

Tabela 1 : Disponibilidade do teste rápido e da TARV* na maternidade do entrevistado

INDICADORES	n (%)
Testagem rápida	
Sempre	120 (63,8)
Quase sempre	62 (32,9)
Raras vezes	6 (3,2)
Resultado da testagem rápida em tempo hábil	
Sempre	60 (31,9)
Quase sempre	101 (53,)
Raras vezes	24 (12,7)
Nunca	3 (1,6)
AZT venoso e oral	
Sempre	155 (82,4)
Quase sempre	30 (15,9)
Raras vezes	2 (1)
Nunca	1 (0,5)

Tabela 2: Aconselhamento e testagem de parturientes com status sorológico desconhecido para o HIV: respostas dos obstetras.

Aconselhamento e testagem	DC n (%)	DP n (%)	I n (%)	CP n (%)	CC n (%)
Oferecer testagem rápida	1 (08)	--	--	2 (1,6)	126 (97,6)
Solicitar compulsoriamente testagem rápida	9 (7)	--	2 (1,6)	16(12,4)	101(78,3)
Realizar aconselhamento pré-teste	10 (7,8)	9 (7,0)	4 (3,1)	28 (21,7)	76(58,9)
Oferecer testagem rápida somente para pacientes de risco para o HIV	118 (91,5)	8 (6,2)	--	1 (0,8)	1 (0,8)

DC= Discordo completamente DP= Discordo parcialmente I= Indeciso CP= Concordo parcialmente CC= Concordo completamente

Tabela 3: Uso do AZT e escolha da via de parto na gestante HIV+: respostas dos obstetras.

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

DC= Discordo completamente DP= Discordo parcialmente I= Indeciso CP= Concordo parcialmente CC= Concordo completamente

Tabela 4 : Reconhecimento de situações com maior possibilidade de transmissão vertical e condutas no puerpério da paciente HIV+: respostas dos obstetras.

Situações de maior risco	DC n (%)	DP n (%)	I n (%)	CP n (%)	CC n (%)
Excesso de exames de toque vaginal	29 (22,5)	15 (11,6)	8 (6,2)	38 (29,5)	38 (29,5)
Bolsa rota > 04 horas	3 (2,3)	4 (3,1)	2 (1,6)	14 (10,9)	106 (82,2)
Prematuridade	33 (25,6)	13 (10,1)	22 (17,1)	29 (22,5)	31 (24,0)
Hemorragia intraparto	3 (2,3)	5 (3,9)	3 (2,3)	19 (14,7)	99 (76,7)
Condutas no puerpério					
Isolar a paciente	61(47,3)	20 (15,5)	4 (3,1)	29 (22,5)	15 (11,6)
Orientar laqueadura tubária	22 (17,1)	24 (18,6)	8 (6,2)	39 (30,2)	36 (27,9)
Contra-indicar a amamentação	3 (2,3)	1 (0,8)	--	5 (3,9)	119 (92,2)
Orientar uso de preservativos	1 (0,8)	--	--	1 (0,8)	127 (98,4)

DC= Discordo completamente DP= Discordo parcialmente I= Indeciso CP= Concordo parcialmente CC= Concordo completamente

Tabela 5: Aconselhamento e testagem de parturientes com status sorológico desconhecido e reconhecimento de situações com maior possibilidade de transmissão vertical do HIV: respostas dos neonatologistas

Aconselhamento e testagem	DC n (%)	DP n (%)	I n (%)	CP n (%)	CC n (%)
Oferecimento universal do teste rápido materno, mediante aconselhamento, consentimento e confidencialidade do resultado	3 (5.1)	4 (6.8)	--	10 (16.9)	42 (71.2)
Realizar aconselhamento e testagem somente para as mães que apresentem alto risco para o HIV.	51 (86.4)	6 (10.2)	--	1 (1.7)	1 (1.7)
Os neonatologistas também devem realizar aconselhamento materno:	1 (1.7)	3 (5.1)	--	9 (15.3)	46 (78.0)
Situações de maior risco					
Excesso de exames de toque vaginal.	16 (27.1)	6 (10.2)	9 (15.3)	13 (22.0)	15 (25.4)
Bolsa rota há mais de 04 horas	5 (8.5)	3 (5.1)	3 (5.1)	13 (22.0)	34 (57.6)
Prematuridade	15 (25.4)	5 (8.5)	4 (6.8)	13 (22.0)	22 (37.3)
Hemorragia intraparto	2 (3.4)	1 (1.7)	--	12 (20.3)	43 (72.9)

DC= Discordo completamente DP= Discordo parcialmente I= Indeciso CP= Concordo parcialmente CC= Concordo completamente

Tabela 6 :Condutas com os Rns de mães HIV+: respostas dos neonatologistas

CONDUTAS	DC n (%)	DP n (%)	I n (%)	CP n (%)	CC n (%)
€ Não existe evidência de benefício se a administração do AZT é iniciada após 48 horas de vida	15 (25.4)	14 (23.7)	9(15.3)	8 (13.6)	12(20.3)
O AZT deve ser mantido até 06 semanas de vida	2 (3.4)	1(1.7)	--	1 (1.7)	55 (93.2)
Iniciar AZT oral preferencialmente nas primeiras 8 horas se a infecção materna foi diagnosticada na gestação ou parto	6 (10.2)	1 (1.7)	2 (3.4)	3 (5.1)	47 (79.7)
€ A partir da 6ª semana de vida, até a definição do caso, administrar profilaxia para Peneumocystis Carini	13 (22.0)	3 (5.1)	10 (16.9)	8 (13.6)	24 (40.7)
Lavar os RNS com água e sabão imediatamente após o parto	1 (1.7)	1 (1.7)	--	2 (3.4)	55 (93.2)
Contra-indicar amamentação e aleitamento cruzado	--	--	--	1 (1.7)	58 (98.3)
Contra-indicar alojamento conjunto	54 (91.5)	5 (8.5)	--	--	--
Aspirar delicadamente as vias aéreas dos RNS	4 (6.8)	--	--	6 (10.2)	49 (83.1)

DC= Discordo completamente DP= Discordo parcialmente I= Indeciso CP= Concordo parcialmente CC= Concordo completamente

€ Um neonatologista não respondeu.