

# Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes

## *HIV rapid test counseling among parturient*

Suzana Cordeiro da Silva Passos<sup>I</sup>

Maria Inês Couto de Oliveira<sup>II</sup>

Saint Clair dos Santos Gomes Júnior<sup>III</sup>

Kátia Silveira da Silva<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ.

<sup>II</sup> Departamento de Epidemiologia e Bioestatística do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ.

<sup>III</sup> Unidade de Pesquisa Clínica do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ.

**Fonte de financiamento:** CNPq, APQ - Edital 45/2005-SPMulheres: Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos. Processo nº 403.015/2005-7. Não há conflitos de interesse envolvidos no presente estudo.

**Correspondência:** Suzana Cordeiro da Silva Passos. Rua Otavio Carneiro, 116 apto. 1302, Icaraí, 24230-191 Rio de Janeiro, RJ. E-mail: suzanaunirio@yahoo.com.br

## Resumo

**Introdução:** O aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV é preconizado pelo Ministério da Saúde, e constitui-se em ferramenta para a reflexão e tomada de decisão conjunta. **Objetivos:** Verificar a proporção de parturientes que receberam aconselhamento por ocasião da submissão ao teste rápido anti-HIV e analisar os fatores associados ao não recebimento de aconselhamento por estas parturientes. **Método:** Estudo transversal conduzido nos cinco “Hospitais Amigos da Criança” do Sistema de Gestação de Alto Risco do município do Rio de Janeiro. A população do estudo foram 955 mães submetidas ao teste rápido anti-HIV internadas em alojamento conjunto entre 11 de setembro e 11 de dezembro de 2006. Foram aplicados questionários às mães e coletados dados do laboratório e do prontuário materno. Para análise das variáveis associadas ao não recebimento de aconselhamento utilizou-se a regressão multivariada binomial. **Resultados:** Foram submetidas ao teste rápido anti-HIV 28,5% das parturientes. Destas, apenas 26,9% foram aconselhadas. Os fatores associados ao não aconselhamento foram: escolaridade materna inferior a 8 anos de estudo (RP = 1,36; IC 95%: 1,15-1,62), realização de 0 a 3 consultas de pré-natal (RP = 0,73; IC 95%: 0,59-0,90) e parto em hospitais com menos de 50% das parturientes submetidas ao teste-rápido anti-HIV (RP = 1,65; IC 95%: 1,40-1,96). **Conclusões:** As mulheres em situação socialmente desfavorável não foram alvo de aconselhamento, e apenas o baixo número de consultas pré-natais mostrou-se um fator de proteção contra o não aconselhamento. O aconselhamento foi pouco praticado por ocasião da realização do teste rápido anti-HIV, sinalizando que este teste vem sendo realizado sem o consentimento das mulheres, de modo imperativo.

**Palavras-chave:** Aconselhamento. Teste rápido para o HIV. Momento do parto. Direitos da Mulher. Estudos Transversais.

## Abstract

**Introduction:** The pre and post-HIV test counseling is recommended by the Ministry of Health, and is a tool for reflection and joint decision-making. **Objectives:** To determine the proportion of women receiving counseling for submission to the HIV rapid test and to assess factors associated to not receiving counseling for this test. **Method:** A cross-sectional study was conducted in five "Baby-Friendly Hospitals" from the High Risk Pregnancy System in Rio de Janeiro City, Southeast Brazil. The study population were 955 rooming-in parturients, undergoing the HIV rapid test, between September 11<sup>th</sup> and December 11<sup>th</sup>, 2006. Semi-standardized questionnaires were applied to the mothers, and data were also obtained from laboratory and health archives. Binomial regression was performed in order to analyze the variables associated with non-counseling. **Results:** Were submitted to the HIV rapid test 28.5% of the parturients, and only 26.9% of them were counseled. Factors associated with non-counseling were: maternal education below 8 years of school (PR = 1.36; 95% CI: 1.15-1.62), 0 to 3 prenatal visits (RP = 0.73; IC 95%: 0.59-0.90) and hospitals with less than 50% of the parturients submitted to the HIV rapid test (PR = 1.65; 95% CI: 1.40-1.96). **Conclusion:** Socially underprivileged women were not a target of counseling, and only the low number of prenatal visits proved to be a protective factor against non-counseling. Counseling was seldom practiced for HIV rapid testing, indicating that this test has been performed without the consent of women, in an imperative way.

**Keywords:** Counseling. HIV rapid test. Parturition. Women's Rights. Cross-sectional studies.

## Introdução

No Brasil, os casos de Aids na população feminina vêm aumentando desde 2000<sup>1</sup>. A prevalência de HIV em gestantes brasileiras em 2004 e 2006 foi de 0,41%<sup>2</sup>, e a taxa estimada de transmissão vertical do HIV em 2004 foi de 6,8%<sup>3</sup>. A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil<sup>4</sup>. Cerca de 65% da transmissão vertical do HIV ocorrem durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito<sup>5</sup>. O aleitamento materno continuado contribui com um risco adicional de 7% a 22%<sup>6</sup>. A assistência pré-natal é o período oportuno para a redução da incidência da transmissão vertical através de diagnóstico precoce e tratamento adequado<sup>7</sup>. Entretanto, um estudo sentinela para parturientes realizado no Brasil estimou em 63% a cobertura efetiva do exame sorológico para HIV na gestação<sup>2</sup>.

O Ministério da Saúde preconiza a realização de exame anti-HIV na gestação com aconselhamento, na primeira consulta de pré-natal e, quando possível, a repetição da sorologia no início do 3º trimestre, sendo utilizados testes rápidos, se necessário<sup>7</sup>. Estes testes possuem metodologia simples<sup>8</sup> e são adequados para situações que requerem intervenções profiláticas de emergência específicas, tais como a prevenção da transmissão vertical do HIV por ocasião do parto, sendo utilizados para este fim, no Brasil, desde 1999<sup>9</sup>. O resultado do teste rápido anti-HIV deve ser produzido em, no máximo, 30 minutos, sendo disponibilizado antes do parto, devido à reconhecida eficácia da quimioprofilaxia anti-HIV durante o parto. A mulher deve receber, de profissionais de saúde capacitados, o aconselhamento pré e pós-teste e o exame deve ser realizado mediante consentimento verbal<sup>7</sup>.

O aconselhamento é uma ferramenta que possibilita a reflexão e a tomada de decisão conjunta. Pauta-se na escuta ativa, em que o profissional de saúde busca estabelecer uma relação de confiança, oferecendo estratégias que facilitem o reconhecimento do usuário como sujeito de sua própria condição de saúde<sup>10</sup>. O parto e o

puerpério não se constituem em momentos ideais para a realização do teste anti-HIV<sup>1,11</sup>; entretanto, recomenda-se a realização dos testes rápidos em parturientes que atendam aos critérios de sua indicação mediante a orientação sobre seus benefícios, vantagens e necessidade. Torna-se importante anotar no prontuário a solicitação do teste anti-HIV ou sua recusa por parte da parturiente, oferecer apoio emocional e garantir o direito à informação sobre o resultado do teste<sup>2</sup>.

Apesar de sua relevância, pouco se conhece sobre a prática do aconselhamento durante a realização do teste rápido anti-HIV por ocasião do parto. Frente à nova realidade de utilização do teste rápido anti-HIV para diagnóstico do status de HIV por ocasião do parto em parcela significativa de mulheres<sup>12</sup>, é importante investigar se o processo da realização e apresentação de seus resultados está sendo feito segundo as recomendações do Ministério da Saúde<sup>10</sup>. O presente estudo tem como objetivo verificar se a realização do teste rápido anti-HIV pela parturiente ocorre mediante aconselhamento e analisar os fatores associados ao não recebimento de aconselhamento.

## Métodos

Estudo transversal integrante do projeto de pesquisa interinstitucional intitulado “Gênero, Poder e Cidadania: a mulher é sujeito no processo decisório da amamentação ao nascimento quando o status de HIV é ignorado pelo serviço?”. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, parecer nº 82A/2006 de 31/07/2006. A população do estudo foi composta pelo conjunto de mulheres que realizaram teste rápido anti-HIV por ocasião do parto nos cinco “Hospitais Amigos da Criança” do Sistema de Geração de Alto Risco no município do Rio de Janeiro, entre 11 de setembro e 11 de dezembro de 2006. Foram incluídas todas as mães submetidas ao teste rápido anti-HIV nestes hospitais no período do estudo com filhos nascidos vivos, independente de terem sido testadas para

o HIV durante o pré-natal. Foram excluídas aquelas cujos bebês nasceram com APGAR de quinto minuto menor que 7 ou com internação em unidade neonatal por qualquer período de tempo, pois estas condições poderiam ser um entrave à amamentação ao nascimento, tema principal da pesquisa interinstitucional<sup>12</sup>. Optou-se por eleger os “Hospitais Amigos da Criança” como cenário deste estudo, pois estes hospitais receberam um credenciamento relativo ao cumprimento dos “10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, sendo o 4º passo “Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto”<sup>13</sup>. Foram escolhidas unidades do Sistema de Geração de Alto Risco por disporem das condições necessárias para realização do teste rápido, pois são referência para o atendimento a gestantes portadoras de HIV<sup>14</sup>.

Para a realização do cálculo amostral tomou-se como base o estudo de Morimura et al. realizado no Recife<sup>15</sup>, onde foi encontrada uma prevalência de aconselhamento por ocasião da realização do teste rápido de 7,7%. Um tamanho amostral de 888 mulheres foi estimado para uma prevalência esperada de aconselhamento de 5% entre as parturientes com mais de 3 consultas pré-natais e uma prevalência de 12% entre as parturientes com menor número de consultas, com uma razão de prevalência de 0,42. Foi considerado um nível de significância de 5% e poder de 80%.

Foi realizado um levantamento diário no laboratório de cada hospital para identificar as parturientes submetidas ao teste rápido anti-HIV, sendo este dado confrontado diariamente com a relação de pacientes internadas em alojamento conjunto. Entrevistadoras treinadas e sob supervisão aplicaram questionários semiestruturados às mães no alojamento conjunto mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e, caso as puérperas fossem menores de idade, o termo de autorização era assinado pelo responsável legal. Também foram utilizados como fontes de dados os livros de registro de

parto, os prontuários das mães e dos bebês e as Declarações de Nascidos Vivos<sup>12</sup>.

A variável desfecho foi o não recebimento do aconselhamento por ocasião da realização do teste rápido anti-HIV durante a internação para o parto. Para fins deste estudo, entende-se que as mulheres foram aconselhadas quando: 1 - a mulher foi informada da realização do teste rápido anti-HIV; 2 - a mulher recebeu explicações sobre o porquê da realização do teste rápido anti-HIV; e 3 - a mulher recebeu o resultado do teste rápido anti-HIV durante a internação. Caso um destes itens não tivesse sido contemplado, considerou-se uma não conformidade ao aconselhamento.

As variáveis de exposição investigadas foram: 1 - características socioeconômicas e reprodutivas maternas, como idade, cor da pele, escolaridade, renda materna, número de bens (rádio, geladeira, máquina de lavar roupa, linha de telefone, televisão), presença de companheiro e paridade; 2 - perfil de assistência ao pré-natal: trimestre de início do pré-natal, número de consultas pré-natais, ter realizado o exame sorológico para HIV no pré-natal; e 3 - perfil de assistência ao parto: hospital de realização do parto, tipo de parto.

O banco de dados foi criado utilizando-se o programa Epi-INFO® e a análise dos dados foi conduzida por meio do SPSS®. Inicialmente foi calculada a frequência simples das variáveis para se conhecer o

perfil das mães, da assistência ao pré-natal e do parto. Em seguida, foi conduzida uma análise bivariada para verificação da razão de prevalência entre cada variável de exposição e o desfecho e a significância estatística respectiva. Para análise dos fatores associados ao desfecho, foi realizada regressão binomial<sup>16</sup>. A modelagem foi realizada com as variáveis que atingiram um nível de significância menor que 20% e com o modelo final composto pelas variáveis que atingiram um nível de significância menor que 5%.

## Resultados

Durante os três meses de realização da pesquisa, ocorreram 4.895 partos nos cinco “Hospitais Amigos da Criança” do Sistema de Geração de Alto Risco do Município do Rio de Janeiro. Foram submetidas ao teste rápido anti-HIV 28,5% das parturientes, com uma amplitude de 18,4% a 50,7%. O hospital com o maior volume de partos foi o que apresentou a menor proporção de mulheres submetidas ao teste rápido anti-HIV. Das 1.074 mães elegíveis, foram entrevistadas 955, tendo havido 11,1% de perdas ou recusas<sup>12</sup> (Tabela 1).

Na Tabela 2 pode-se observar que 26,6% da população estudada era constituída de adolescentes (de 13 a 19 anos) e 43,5% tinham até 7 anos de estudo. A maior parte das mães (72,4%) não tinha renda ou recebia até 1 salário mínimo, e 37,5%

**Tabela 1** – Prevalência de não aconselhamento entre mães submetidas ao teste rápido anti-HIV em 5 “Hospitais Amigos da Criança”, Município do Rio de Janeiro, 11 de setembro a 11 de dezembro de 2006.

**Table 1** - Prevalence of non counseling among mothers undergoing the HIV rapid test in five “Baby-Friendly Hospitals”, Rio de Janeiro City, Brazil, September 11<sup>th</sup> to December 11<sup>th</sup>, 2006.

Hospital	Partos realizados		Mulheres submetidas ao teste rápido anti-HIV		Mulheres elegíveis	Mulheres entrevistadas	Prevalência de não aconselhamento	
	n	%	n	%			n	%
1	1152	23,5	585	50,7	456	392	62,8	
2	1893	38,7	349	18,4	301	276	76,8	
3	1081	22,1	328	30,3	246	220	84,1	
4	159	3,3	60	37,7	34	32	84,4	
5	210	4,3	74	35,2	37	35	80,0	
Total	4895	100,0	1396	28,5	1074	955	73,1	

**Tabela 2** – Prevalência e razão de prevalência de não aconselhamento entre mulheres submetidas ao teste rápido anti-HIV segundo características demográficas e socioeconômicas, Município do Rio de Janeiro, 2006.

**Table 2** - Prevalence and prevalence ratio of non counseling among women undergoing the HIV rapid test according to demographic and socio-economic characteristics, Rio de Janeiro City, Brazil, 2006.

Variáveis	N	%	Prevalência de não aconselhamento	RP	IC	p-valor
<b>Idade *</b>						
13 a 19 anos	254	26,6	73,2	1,007	0,795-1,277	0,953
20 anos ou mais	701	73,4	73,0	1		
<b>Cor da pele *</b>						
Não branca	693	72,6	72,9	0,971	0,766-1,230	0,805
Branca	262	27,4	73,7	1		
<b>Escolaridade *</b>						
Até 7 anos de estudo	415	43,5	78,3	1,426	1,142-1,781	0,001
8 anos ou mais	540	56,5	69,1	1		
<b>Renda materna *</b>						
Até 1 salário mínimo	691	72,4	71,9	0,850	0,664-1,087	0,189
Mais de 1 salário mínimo	264	27,6	76,1	1		
<b>Número de bens no domicílio**</b>						
0 a 3 bens	358	37,5	76,5	1,241	0,991-1,555	0,057
4 a 5 bens	594	62,2	70,9	1		
<b>Mãe tem companheiro *</b>						
Não	120	12,6	75,2	1,087	0,782-1,511	0,614
Sim	835	87,4	72,8	1		
<b>Número de filhos ***</b>						
Primípara	373	39,3	74,0	1,066	0,859-1,323	0,559
Múltipara	577	60,7	72,3	1		

\* n = 955; \*\* n = 952; \*\*\* n = 950

das residências possuíam de 0 a 3 bens. Tinham companheiro 87,4% das mulheres e 39,3% eram primíparas. Na análise bivariada, as variáveis sociodemográficas e reprodutivas associadas com significância estatística de até 20% ao não recebimento do aconselhamento durante a realização do teste rápido anti-HIV nos hospitais foram: escolaridade, renda materna e número de bens no domicílio.

Do total de parturientes, 8,6% não realizaram pré-natal e 56,0% o iniciaram após o 1º trimestre. A maioria (80,1%) das gestantes realizou quatro ou mais consultas de pré-natal. Fizeram o exame anti-HIV no pré-natal 77,8% das mulheres. O hospital

com maior frequência de realização de teste rápido anti-HIV concentrou 41,0% das mulheres entrevistadas. Os partos normais representaram 67,2% do total de partos. Em relação às características de assistência ao pré-natal e ao parto, na análise bivariada foram selecionadas para compor o modelo multivariado: trimestre de início do pré-natal, número de consultas pré-natais, ter realizado o exame anti-HIV no pré-natal e hospital de realização do parto (Tabela 3).

Apesar de todas as mulheres do estudo terem sido submetidas ao teste rápido anti-HIV durante a internação para o parto, quando questionadas se realizaram o teste, 2,5% responderam que não e 22,5% não

**Tabela 3** – Prevalência e razão de prevalência de não aconselhamento entre mulheres submetidas ao teste rápido anti-HIV segundo características de assistência pré-natal e ao parto, Município do Rio de Janeiro, 2006.

**Table 3** - Prevalence and prevalence ratio of non counseling among women undergoing the HIV rapid test according to prenatal care and childbirth characteristics, Rio de Janeiro City, Brazil, 2006.

Variáveis	N	%	Prevalência de não aconselhamento	RP	IC	p-valor
Trimestre de início do pré-natal **						
1º trimestre	334	35,0	70,4	1	-	
2º trimestre	429	44,9	76,7	1,090	1,000-1,190	0,048
3º trimestre	106	11,1	73,6	1,050	0,920-1,200	0,520
Não fez pré-natal	82	8,6	64,6	0,920	0,770-1,090	0,310
Número de consultas***						
4 ou mais	758	80,1	74,3	1		
0 a 3	188	19,9	67,0	0,902	0,809-1,006	0,045
Fez o exame da Aids no pré-natal*						
Sim	743	77,8	74,4	1		
Não	212	22,2	68,4	0,809	0,641-1,021	0,081
Hospital de realização do parto*						
Hospital 1	392	41,0	62,8	1		
Hospitais com menos de 50% das parturientes submetidas ao teste rápido anti-HIV	563	59,0	80,3	1,889	1,531-2,332	0,000
Tipo de parto *						
Normal	642	67,2	73,2	1		
Cesariana	313	32,8	72,8	0,987	0,790-1,232	0,905

\*n = 955; \*\*n = 951; \*\*\*n = 946

souberam informar se o teste havia sido realizado. Não receberam explicação sobre a realização do teste rápido anti-HIV no hospital 55,1% das mulheres entrevistadas. Receberam resultado negativo 46,5% das mulheres, 0,6% resultado positivo e 52,9% não conheciam o resultado do teste no momento da entrevista. Dentre as mulheres entrevistadas, apenas 26,9% reuniram as três condições eleitas para o desfecho: ser informada da realização do teste rápido anti-HIV, receber explicação sobre o porquê da sua realização e receber o seu resultado, ou seja, 73,1% não receberam aconselhamento (Tabela 4).

Na análise multivariada (Tabela 5) mostraram-se como fatores de risco para o não recebimento de aconselhamento pela parturiente por ocasião da realização do teste rápido anti-HIV: escolaridade inferior

ao ensino fundamental completo e parto ocorrido em hospitais com realização de teste rápido anti-HIV em menos de 50% das parturientes. A realização de 0 a 3 consultas de pré-natal foi um fator de proteção para o não aconselhamento. O modelo apresentou uma acurácia de 72,5%.

## Discussão

O momento do parto requer particular atenção devido à fragilidade emocional e física em que a mulher se encontra<sup>11,15</sup>. Neste contexto, o aconselhamento se torna uma ferramenta essencial a fim de reduzir as angústias causadas pelas dúvidas e pela falta de informação acerca da realização do teste rápido anti-HIV. No entanto, o presente estudo mostra que apenas um quarto das parturientes foram aconselhadas e mais da

**Tabela 4** - Informação, explicação, conhecimento do resultado e recebimento de aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV, Município do Rio de Janeiro, 2006.

**Table 4** - Information, explanation, knowledge of result, and counseling about HIV rapid testing, Rio de Janeiro City, Brazil, 2006.

	N	%
Recebeu informação sobre a realização do teste rápido anti-HIV		
Sim	716	75,0
Não	24	2,5
Não sei	215	22,5
Recebeu explicação sobre o porquê da realização do teste rápido anti-HIV		
Sim	416	43,5
Não	526	55,1
Não sei	13	1,4
Sabe o resultado deste exame		
Negativo	444	46,5
Positivo	6	0,6
Não sei	505	52,9
Recebeu aconselhamento		
Sim	257	26,9
Não	698	73,1
Total	955	100

**Tabela 5** – Razão de prevalência bruta e ajustada do não recebimento de aconselhamento entre mulheres submetidas ao teste rápido anti-HIV segundo características sociodemográficas, de assistência pré-natal e ao parto, Rio de Janeiro, 2006.

**Table 5** - Crude and adjusted prevalence of non-counseling among women undergoing the HIV rapid test according to socio-demographic, prenatal care and childbirth characteristics, Rio de Janeiro City, Brazil, 2006.

	RP bruta	RP ajustada	IC 95%	p-valor
Escolaridade inferior ao ensino fundamental completo	1,426	1,364	1,153-1,615	0,000
Ensino fundamental completo ou mais	1	1		
Realização de 0 a 3 consultas pré-natais	0,902	0,727	0,587-0,899	0,003
Realização de 4 ou mais consultas pré-natais	1	1		
Parto ocorrido em hospitais com menos de 50% das parturientes submetidas ao teste rápido anti-HIV	1,889	1,654	1,398-1,958	0,000
Parto ocorrido em hospital com mais de 50% das parturientes submetidas ao teste rápido anti-HIV	1	1		

n = 944; acurácia do modelo = 72,5% / n = 944; model accuracy = 72.5%

metade sequer recebeu explicação sobre o porquê da realização do teste rápido anti-HIV, indicando que o teste vem sendo realizado sem consentimento das mulheres e de modo imperativo. Em Recife foi encontrada

uma prevalência de aconselhamento para o teste rápido anti-HIV por ocasião do parto ainda mais desfavorável: 7,7%<sup>15</sup>.

Em contradição com as preconizações do Ministério da Saúde, no presente estudo,

no momento da entrevista, a maioria das mães ainda não havia recebido o resultado do teste rápido anti-HIV. Não foi observada uma rotina bem estabelecida para a entrega desses resultados e para o aconselhamento da mulher. Aumentar a cobertura sorológica das parturientes é tão importante quanto o papel do aconselhamento na realização do teste rápido anti-HIV. A mulher deve ter autonomia sobre a decisão de realizar o exame, ser orientada sobre as ações de prevenção do HIV e da transmissão vertical, e receber informação sobre o resultado do teste. A prevenção do HIV se torna realmente efetiva quando o indivíduo reflete sobre sua própria situação de vida na condição de sujeito capaz de mudar o seu comportamento. Como em nosso estudo metade das parturientes recebeu o resultado do teste, isto pode estar refletindo avanços nesta rotina, ou diferenças regionais, pois no estudo realizado em Recife, em 2003, apenas 3,8% haviam recebido o resultado do teste rápido anti-HIV<sup>15</sup>.

O hospital que submeteu mais da metade das parturientes ao teste rápido anti-HIV foi o que mais praticou o aconselhamento. Neste hospital, 85,5% das mães não amamentaram na primeira hora de vida<sup>12</sup>, sugerindo que o aconselhamento poderia estar relacionado à necessidade de justificar a restrição à amamentação enquanto o resultado do teste não estivesse disponível, e não se constituir em uma forma de ouvir e orientar a mulher. Os demais hospitais apresentaram um perfil equivalente de não aconselhamento, aumentando a sua prevalência em 1,7 vezes.

O baixo número de consultas pré-natais mostrou-se um fator de proteção para o não aconselhamento por ocasião da realização do teste rápido anti-HIV no hospital. As informações sobre as consultas pré-natais da gestante em geral estão disponíveis no cartão de pré-natal, no prontuário, ou por meio da própria mãe. Os profissionais de saúde costumam identificar as mulheres que não realizaram o pré-natal ou as que fizeram poucas consultas de pré-natal como mais vulneráveis. Desta forma, tendem a oferecer mais informações durante

os procedimentos hospitalares, inclusive durante a realização do teste rápido anti-HIV para esta população. Já um estudo realizado em Porto Alegre sobre testagens anti-HIV anteriores ao parto evidenciou que a ausência de pré-natal, bem como o uso de teste rápido, a multiparidade e a baixa renda aumentaram a chance de não recebimento do aconselhamento<sup>17</sup>.

Esperava-se que as mulheres em situação socialmente desfavorável recebessem maior atenção da equipe de saúde e, conseqüentemente, recebessem mais aconselhamento. Contudo, a baixa renda não se mostrou associada ao desfecho e a baixa escolaridade aumentou a prevalência de não aconselhamento. A informação sobre a baixa escolaridade da mulher, apesar de importante para propiciar mais atenção da equipe de saúde, ainda é pouco valorizada no âmbito hospitalar, além de ser de difícil acesso aos profissionais. Outro fator agravante é que um menor nível de escolaridade das mulheres dificulta a busca de informações sobre sua condição de saúde e sobre os procedimentos hospitalares realizados.

Por fim, algumas limitações deste estudo devem ser consideradas, como o potencial viés de memória quanto ao recebimento de aconselhamento. O momento do parto é uma ocasião em que a mulher se encontra vulnerável e é submetida a uma série de procedimentos e informações que podem não ser recordadas no seu conjunto. No entanto, a estrutura do questionário foi delineada para auxiliar as mães neste recordatório, o que pode ter contribuído para minorar este viés. Para o trabalho de campo da pesquisa foram selecionadas apenas entrevistadoras do sexo feminino, visando minorar possíveis constrangimentos no questionamento de temas íntimos para a parturiente, como a realização de teste rápido anti-HIV e o aconselhamento recebido.

Vale ressaltar também que este estudo restringiu-se a “Hospitais Amigos da Criança” do Sistema de Geração de Alto Risco<sup>14</sup>, onde o atendimento pré-natal e ao parto é referência para os demais. Se o cenário encontrado nestes hospitais não



foi satisfatório, pode-se esperar uma realidade ainda mais desfavorável nos demais hospitais da rede.

Todas as parturientes deveriam ser informadas sobre a realização do teste, receber explicação sobre o porquê da sua realização e receber o resultado deste teste. O aconselhamento pré e pós-teste é prerrogativa fundamental para ajudar a pessoa a lidar com situações de stress que se apresentam diante da necessidade de realizar o teste anti-HIV por ocasião do parto<sup>18</sup>.

É necessário um trabalho de sensibilização e de capacitação dos profissionais de saúde para a realização do aconselhamento pré e pós-teste no ambiente hospitalar e para o fortalecimento das relações entre pacientes e a equipe de saúde. Para isso,

torna-se fundamental o diálogo, a troca de informações, de saberes e a democratização das relações de poder no ambiente hospitalar.

É urgente a inclusão da mulher como sujeito no processo de assistência à saúde. O quadro de feminização da Aids contribui para a tendência de aumento na demanda deste teste, e caso se mantenham as rotinas atuais, um número cada vez maior de mulheres terão seus direitos violados. São inúmeros os movimentos em busca do reconhecimento dos direitos do usuário em relação às suas necessidades, pois o resgate ao princípio da autonomia do paciente é precondição para a conquista da saúde e da cidadania.

---

## Referências

1. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2010; 7(1). Disponível em <http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-2010> (Acessado em 02 de setembro de 2012).
2. Swarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: Desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST. J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(3-4): 128-33.
3. Succi RCM, Grupo de Estudo da SBP TV do HIV. *Protocolo Colaborativo Multicêntrico Brasileiro para Avaliar as Taxas de Transmissão Materno-Infantil do HIV em Filhos de Mulheres com Diagnóstico da Infecção pelo HIV realizado antes, durante ou até três meses após o Parto*. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004.
4. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids, 2007; 4(1). Disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2007\\_internet090108.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2007_internet090108.pdf) (Acessado em 04 de setembro de 2012).
5. Bertolli J, St Louis ME, Simonds RJ, Nieburg P, Kamenga M, Brown CL 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.
6. Dunn TDT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992; 340: 585-8.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/490.pdf> (Acessado em 03 de setembro de 2012).
8. Carvalho LR, Krahe C, Farina G, Paula DO, Richetti N, Crossetti T. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. *RBGO* 2004; 26(4): 325-8.
9. Dhalia CBC, Díaz-Bermúdez XP (org.). *Teste Rápido - por que não? Estudos que contribuíram para a política de ampliação da testagem para o HIV no Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <http://www.ppgc.ufmg.br/ats/extensao/custo%20efetividade%20teste%20rapido%20brasil.pdf> (Acessado em 02 de setembro de 2012).
10. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1929.pdf> (Acessado em 02 de setembro de 2012).
11. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(12): 2647-55.
12. Oliveira MIC, Silva KS, Gomes Junior SC, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1): 60-9.

13. World Health Organization. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Division of Child Health and Development. Geneva: World Health Organization; 1998.
14. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. *Gestação de Alto Risco: manual técnico*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em [http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/Gesta%e7%e3o%20de%20Alto%20Risco%20-%20Manual%20T%e9cnico\\_arquivos/](http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/Gesta%e7%e3o%20de%20Alto%20Risco%20-%20Manual%20T%e9cnico_arquivos/) (Acessado em 02 de setembro de 2012).
15. Morimura MCR, Mendes MDC, de Souza AI, de Alencar LCA. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2006; 6 (S1): 69-76.
16. McCullagh P, Nelder JA. *Generalized linear models*. 2. ed. London: Chapman and Hall/CRC Press; 1989.
17. Goldani MZ, Giugliani ERJ, Scanlon T, Humberto R, Castilhos K, Feldens L et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5): 552-8.
18. Araújo MAL, Vieira NFC, Bucher JSNE. *Aconselhamento pré e pós-teste anti- HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV*. Boletim Epidemiológico de Aids. Ministério da Saúde: Coordenação Nacional de DST/AIDS 2006; 1(1):16-22.

Recebido em: 26/01/12

Versão final apresentada em: 23/04/12

Aprovado em: 06/02/13