

CONHECIMENTO DAS GESTANTES ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL ACERCA DO TESTE ANTI-HIV

KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN ATTENDED IN PRENATAL CARE SERVICES REGARDING THE ANTI HIV TEST

CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE PRENATAL ACERCA DEL TEST ANTI- VIH

SUELY DEYSNY DE MATOS¹

ROSILENE SANTOS BAPTISTA²

INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA³

FABÍOLA DE ARAÚJO LEITE MEDEIROS⁴

VIRGÍNIA ROSSANA DE SOUSA BRITO⁵

Estudo descritivo realizado no período 2005-2006, em que se objetivou investigar o conhecimento das gestantes acerca do teste anti-HIV e identificar as principais causas que motivam essas mulheres a não se submeterem a esse exame. Foram entrevistadas 62 gestantes cadastradas em cinco Unidades Básicas de Saúde da Família-UBSF de Cuité-PB, Brasil. A análise de conteúdo permitiu a identificação das categorias temáticas: Conhecimento das gestantes sobre aids; e Desinformação das gestantes sobre a AIDS e suas formas de transmissão. As gestantes têm condição socioeconômica precária, não compreendem satisfatoriamente o teste anti-HIV, nem o seu significado no pré-natal. A maioria das gestantes não aderiu a esse exame porque não foi solicitado ou porque não foram informadas a respeito. Há necessidade de implementação de programas permanentes de educação em saúde, prevenção e transmissão do HIV, e de capacitação dos profissionais de saúde para prestar aconselhamento objetivando maior adesão das gestantes ao teste anti-HIV.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cuidado Pré-Natal; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

This is a descriptive study conducted from 2005 to 2006 which aimed to investigate the pregnant women knowledge concerning HIV test and to identify the main reasons that motivate these women not to take the examination. It was conducted an interview with 62 pregnant women registered in five Family Health Basic Units of the – FHBU. The content analysis allowed the identification of thematic groups: pregnant women knowledge of AIDS and disinformation of them concerning AIDS and its ways of transmission. The women have poor socioeconomic condition; they do not understand well the meaning of anti-HIV, or its significance in prenatal care. Most of the pregnant women did not accept to do that test either because they were not asked to do so or because they were not informed about it. There is need for permanent implementation of health education on prevention and transmission of HIV and training of health professionals to advise pregnant women seeking for greater adhesion to the anti-HIV test.

KEYWORDS: Nursing; Prenatal Care; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Estudio descriptivo realizado en 2005-2006, cuyo objetivo fue investigar el conocimiento de las gestantes acerca del test para detectar VIH e identificar las principales causas por las cuales las gestantes no se someten a ese examen médico. Fueron entrevistadas 62 gestantes registradas en cinco Unidades Básicas de Salud de la Familia -UBSF de Cuité-PB, Brasil. El análisis de contenido permitió identificar las categorías temáticas: Conocimiento de las gestantes sobre SIDA y Ausencia de información de las gestantes acerca del SIDA y sus formas de transmisión. La condición socio-económica de las gestantes es precaria; no entienden correctamente el test anti- VIH, tampoco comprenden su significado en la atención prenatal. La mayoría de las gestantes no realizó el test porque no se lo solicitaron o porque no les informaron nada sobre el mismo. Hay que implementar programas permanentes de educación en salud, prevención y transmisión del VIH, y de capacitación de los profesionales de la salud para que puedan aconsejar a las gestantes sobre el test anti-VIH y logren que las mismas acepten la realización del mismo.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Atención Prenatal; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e em Saúde Pública. Rua Antonio Francisco do Bú, 131 – Bairro Catolé, Bloco 9 Apto 104, CEP: 58 105 570 – Campina Grande-PB.Unidade Básica de Saúde Adalberto César/Brasil. E-mail: suely@uepb.edu.br

² Enfermeira, Docente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC)/Brasil. E-mail: rosilene@uepb.edu.br

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB e do Mestrado em Enfermagem – associação UEPB/UPE, Pesquisadora do CNPq/Brasil. E-mail: inacia@uepb.edu.br

⁴ Enfermeira, Mestre em Nutrição, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB/Brasil. E-mail: fabiola@uepb.edu.br

⁵ Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB/Brasil. E-mail: virginia@uepb.edu.br

INTRODUÇÃO

A -AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Essa doença é definida como síndrome porque as suas manifestações clínicas se caracterizam pelo aparecimento de várias doenças sucessivas ou simultâneas devido ao enfraquecimento das defesas imunitárias do organismo infectado pelo HIV. Esse patógeno é um retrovírus que atua destruindo os linfócitos CD4, ou células brancas, responsáveis pela manutenção da imunidade orgânica.

O HIV/AIDS informa que, em 2006, para cada milhão de europeus, ocorreram 86,912 novos casos de infecção pelo HIV e os países que mais contribuíram para essa incidência foram: Estônia (504), Ucrânia (288), Federação russa (275) e Portugal (205)⁽¹⁾.

O vírus HIV não escolhe idade, classe social, nem discrimina cor ou raça. Reportando-se a relatos de outros estudiosos, nos Estados Unidos e Europa Ocidental a transmissão materno-infantil pelo HIV é da ordem de 1%, enquanto nos países em desenvolvimento, como é o caso da Argentina, Chile, Uruguai e Brasil, esse índice é bem mais elevado. Na América Latina cerca de 1,3 milhões de pessoas estão contaminadas por este vírus⁽²⁾.

No Brasil, de junho 1980 a junho de 2008, foram registrados 172.995 casos de AIDS em mulheres. E dessas, 5.428 estão na faixa etária de 13 a 19 anos e 20.061, na faixa etária de 20 a 24 anos⁽³⁾. A vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS relaciona-se com o acesso restrito às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, as relações de gênero, as questões de raça/etnia, as atitudes frente a sexualidade, as crenças religiosas. Dessa forma, a cada ano, 17.200 gestantes são infectadas pelo HIV, fazendo com que a transmissão vertical seja responsável por praticamente todos os casos da infecção em crianças menores de 13 anos⁽³⁾.

Outro dado significativo acerca da epidemia de HIV em solo brasileiro é que ela vem apresentando um significativo aumento entre as classes menos favorecidas que, via de regra, possuem um baixo nível de escolaridade havendo, ainda, um crescimento importante na população heterossexual, o que tem contribuído com um número cada

vez maior de mulheres portadoras e, por conseguinte, um aumento de crianças infectadas por via materna direta durante a gestação, parto ou amamentação.

O elevado número de mulheres infectadas motivou o Ministério da Saúde a tomar medidas imediatas objetivando garantir assistência especializada, na perspectiva da erradicação ou de, pelo menos, atenuação da transmissão vertical⁽⁴⁾. Para alcançar essa meta, a partir de 1985, o Estado passou a recomendar que durante a assistência pré-natal os profissionais de saúde procedam a um rastreamento sorológico para o HIV, utilizando os “testes rápidos”. Nesse sentido, o Ministério da Saúde passou a distribuir o *Determinea*[®] que, além de eficaz, é de baixo custo e de fácil utilização. Esse teste, quando positivo, possibilita a redução da transmissão vertical, por meio da profilaxia subsequente com Zidovudina (AZT), e justifica a contra-indicação da amamentação do bebê. O teste rápido no pré-natal independe da situação de risco a qual a mulher está exposta, e deve ser oferecido pelo profissional de saúde na primeira consulta, com aconselhamento pré e pós-teste, sendo, entretanto, voluntário e confidencial⁽⁵⁾.

Contudo, até o ano de 2004, a implantação desse teste no pré-natal não conseguiu validar a proporção estimada em estudos de prevalência sobre notificações de gestantes soropositivas. Estima-se que até essa data apenas 52% das 12.000 gestantes HIV positivas foram notificadas⁽³⁾.

O Ministério da Saúde estima que a taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20%. Significa que a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem apresentar positividade para o teste HIV. Dessa forma, até junho de 2006, foram notificados 10.846 casos de AIDS em menores de 13 anos de idade devido à transmissão vertical⁽³⁾.

Esse informe estatístico possibilitou a formulação das seguintes hipóteses: o teste anti-HIV não está sendo, plenamente, oferecido pelos profissionais de saúde; existe falha no aconselhamento que não permite à gestante optar pela realização do exame. Face a esses questionamentos, elencaram-se os seguintes objetivos: investigar o conhecimento das gestantes acerca do teste anti-HIV e identificar as principais causas que motivam essas mulheres a não se submeterem a esse exame.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde da Família-UBSF do município de Cuité-PB, no período de novembro/2005 a agosto/2006.

Participaram 62 gestantes cadastradas nos serviços de pré-natal das cinco UBSFs e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: morar na zona urbana de Cuité-PB, ser cadastrada e acompanhada pela Equipe de Saúde da Família da sua Unidade; comparecer às Unidades de Saúde para consulta de pré-natal no período de maio a junho/2006; concordar em participar, voluntariamente, do estudo.

O instrumento de coleta foi uma entrevista estruturada com questões versando sobre dados socioeconômicos, número de consultas pré-natal, informação acerca do HIV e do teste anti-HIV, adesão ao teste anti-HIV. Quando da coleta, cada participante recebeu um nome fictício para que a sua identidade fosse preservada.

Os dados foram organizados e analisados em consonância com a análise de conteúdo em sua versão temática⁽⁶⁾, segundo as três etapas metodológicas: a) pré-análise – procedeu-se a uma leitura atenta do material coletado para identificação das unidades de significados, recortaram-se e padronizaram-se as unidades de significados cujas idéias centrais eram relevantes para o estudo; b) exploração do material e tratamento dos resultados obtidos – analisaram-se e classificaram-se os padrões conforme a similitude temática das unidades recortadas e que compunham os respectivos padrões; c) categorização dos padrões de fala. Desse procedimento emergiram as categorias: 1) Conhecimento das gestantes sobre aids; 2) Desinformação das gestantes sobre a AIDS e suas formas de transmissão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o nº de protocolo 0202.0.000.133-06. Cada entrevistada foi esclarecida acerca dos propósitos da pesquisa, do anonimato das respostas e do livre arbítrio em fazer parte, ou não, do estudo, e de poder retirar seu consentimento a qualquer momento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil socioeconômico das participantes do estudo

As informações das gestantes, colhidas por meio do instrumento de coleta, possibilitaram a compreensão de que a maioria das mulheres são jovens, têm pouca instrução e condição econômica precária, fatores esses que sinalizam as dificuldades que essas mulheres enfrentam para atender as suas necessidades básicas de sobrevivência. Esses achados foram expostos na forma de tabela para maior visualização.

Tabela 1: Características socioeconômicas das gestantes residentes na zona urbana de Cuité-PB. Brasil. 2006. N = 62

Variável	Categoria	N	%
Idade	< 16 anos	3	5
	16 – 25	40	65
	26 – 35	15	24
	36 – 45	4	6
Escolaridade	Fundamental incompleto	35	56
	Ensino médio incompleto	14	23
	Ensino médio completo	13	21
Renda	< 1 salário mínimo	35	56
	1 – 2 salários mínimos	24	39
	3 – 4 salários mínimos	3	5
Situação conjugal	Solteira	12	19,4
	Casada	15	24,2
	União estável	35	56,4

Fonte: Dados da pesquisa – Cuité-Paraíba/2006.

Na Tabela 1 são apresentados quatro dos principais fatores que embasam a vulnerabilidade das pessoas ao HIV: 1) idade – que mantém relação direta com o desenvolvimento cognitivo e comportamental dos indivíduos. Além de poder interferir na demanda em saúde no concernente aos programas de prevenção, educação, controle e assistência; 2) escolaridade que pode comprometer a construção de conhecimento acerca da AIDS e dos riscos de contaminação com o vírus infectante; 3) renda que se relaciona com as questões econômicas e sociais; e 4) situação conjugal que costuma ser afetada pelos padrões e crenças culturais, pelas relações de poder e pelas questões de gênero.

Em conformidade com a Tabela 1, a faixa etária das mulheres variou de menor de 16 anos a 45, sendo que a maioria tinha entre 16 e 25 anos. Esses dados se assem-

lham àqueles de outro estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas, ou em união estável⁽⁷⁾, no qual a idade dos participantes masculinos e femininos variou entre 18 a 49 anos, ficando a maioria dos sujeitos na faixa etária de 18 a 24 anos. E se aproximam dos dados de um outro estudo no qual a maioria das gestantes tinham idade entre 15 e 37 anos⁽⁸⁾.

Esses resultados apontam que a atividade sexual feminina está se iniciando cada vez mais cedo, fato que coloca as mulheres numa condição de vulnerabilidade à contaminação pelo HIV, e justifica o processo de feminização da epidemia de AIDS.

A precocidade das relações sexuais também pode contribuir com o aumento do risco de transmissão perinatal do vírus. Corroborando com os resultados desse estudo, autores afirmam que até junho de 2005, quase 85 % dos casos notificados de AIDS em menores de 13 anos ocorreram através da transmissão vertical⁽⁹⁾.

No concernente a escolaridade, as gestantes estudadas possuem pouca instrução, já que 35 gestantes cursaram, apenas, o ensino fundamental incompleto, 14 cursaram o ensino médio incompleto e somente 13 concluíram o ensino médio. Dessa forma, a soma dos anos de estudo das participantes com ensino fundamental e ensino médio incompletos se aproxima do grau de escolaridade das participantes de um estudo⁽¹⁰⁾ sobre prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana, no qual a maioria das participantes tinha de zero a sete anos de estudo. Outros autores alinham-se a esses pesquisadores afirmando que em sua investigação sobre essa temática a maioria das participantes tinham pouco tempo de estudo, o que contribuiu para confirmar a epidemia da AIDS em mulheres⁽⁸⁾.

A pouca instrução se constitui um grande obstáculo à proteção das mulheres contra o HIV porque ela pode contribuir com a desinformação para o autocuidado. E, devido ao caso no caso da prevenção da AIDS, o maior desafio para educação em saúde no concernente a contaminação por esse vírus é a idéia de risco que cada pessoa tem acerca de si próprio.

A renda familiar apresentada na Tabela 1 é, consideravelmente, muito baixa, visto que 35 gestantes sobrevi-

vem com menos de um salário mínimo; 24, com até dois salários mínimos, e apenas três gestantes com até quatro salários mínimos. Conforme esses resultados, as participantes, via de regra, vivem em condição de inferioridade econômica e social. Esse pressuposto possibilita afirmar a feminização da pobreza. Por sua vez, a associação pobreza-desinformação se constitui fator de risco para a vulnerabilidade das mulheres ao HIV dado que a fragilidade dos mecanismos para sua proteção mantém relação direta com as limitações de suas relações pessoais, sua inferioridade econômica e social.

Em se tratando da situação conjugal, 50 gestantes tem companheiro por meio do casamento ou de união estável. Mesmo assim, as gestantes não estão isentas da vulnerabilidade ao HIV, pois, na cultura brasileira, os padrões culturais, tradicionalmente aceitos, são perpassados pela hierarquização de poderes nas relações afetivo-sexuais. Tais padrões costumam interferir nas expressões da sexualidade entre os parceiros, de modo que a mulher, devido a sua posição social e econômica, não tem espaço para discutir fidelidade ou rejeitar comportamentos de risco. Desse modo, há uma tendência do casal para dispensar o uso do preservativo, o que contribui com o aumento dos casos de transmissão heterossexual do HIV e, conseqüentemente, com o aumento da disseminação desse vírus na população infantil, por meio da transmissão vertical⁽¹¹⁾.

O modo como a cultura, a classe social, o gênero e outras categorias de pertencimento afetam o estilo de vida e a atitude dos indivíduos frente à necessidade de escolher dentre as diferentes ações aquela que lhes é mais benéfica, também, possibilita que a prevenção da AIDS deixe de ser uma prática de autocuidado e passe a ser uma questão de oportunidade. Foi o que aconteceu com algumas participantes desse estudo. Isso porque, no Brasil, apesar da elevada cobertura do pré-natal, muitas gestantes deixam de se submeter ao teste anti-HIV devido a dificuldade de acesso e/ou a qualidade da atenção⁽¹²⁾.

No Brasil, a preocupação com as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal motivou a criação do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – SISPRENATAL, objetivando o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nas-

cidos. Conforme as diretrizes de programa, devem ser realizadas, no mínimo, quatro a cinco consultas de pré-natal com as gestantes, considerando-se pré-natal ideal aquele em que as gestantes frequentam seis ou sete consultas, o que propicia o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez, até a consulta de puerpério⁽¹³⁾.

Nesse estudo, identificou-se que 16 gestantes compareceram, no máximo, a duas consultas; 19 frequentaram até quatro consultas e 27 mais de cinco consultas. Dessa forma, aquelas participantes que obtiveram mais de cinco consultas de pré-natal receberam o número ideal para um pré-natal de baixo risco.

Para as gestantes que frequentaram três a quatro consultas, esse é um indicador direto de atendimento pré-natal insatisfatório, pois, além de não atender as recomendações do SISPRENATAL, possibilita prejuízo no aconselhamento, não realização do teste anti-HIV e, no caso da gestante ser soropositiva, ocorrer a não utilização da terapia anti-retroviral (AZT), aumentando as chances das crianças nascerem livres da infecção⁽¹³⁾.

Em se tratando das 16 gestantes que frequentaram, no máximo, duas consultas pré-natal, entende-se que essa frequência foi insatisfatória, o que pode ter possibilitado a perda da oportunidade de fazer o teste anti-HIV e, em caso de soropositividade, a gestante pode ter deixado de receber a profilaxia para redução da transmissão vertical.

Apesar do Ministério da Saúde preconizar a realização do teste anti-HIV na primeira consulta pré-natal com aconselhamento e consentimento de todas as gestantes, nesse estudo, observou-se que o número de testes solicitados foi inferior ao almejado que seria tê-lo realizado nas 62 gestantes estudadas.

Conhecimento das gestantes sobre AIDS

Para a obtenção dos conteúdos de fala que pudessem elucidar o conhecimento das gestantes sobre a AIDS, solicitou-se a cada uma das gestantes que falassem tudo o que sabiam sobre a AIDS. O acesso às informações foi mencionado por 21 gestantes, que relataram ter recebido orientação das enfermeiras. Por uma gestante que informou ter recebido orientação do médico. E por uma outra

gestante que mencionou ter recebido as informações do agente comunitário de saúde: *É uma doença que não tem cura, pouco a pouco mata* (Ana). *É transmissível se não usar camisinha* (Rosa). *A gente vê não tem cura e que ela pega de uma pessoa para outra* (Ione).

Para o grupo de 39 gestantes que não receberam qualquer informação dos profissionais de saúde, a AIDS: *É um vírus que se pega através de relação sexual* (Julita). *É um vírus que se pega na relação, transfusão de sangue, agulha usada* (Marta). *Esse vírus é passado para qualquer pessoa que não se prevenir com a camisinha* (Mônica). *A gente vê na televisão que esse vírus é transmitido pelo sangue na relação sexual quando não usa a camisinha* (Cris). Ao tomar por base a definição da AIDS, o conhecimento dessas gestantes é perpassado pelo equívoco dado que o vírus é o agente etiológico e a AIDS corresponde às manifestações clínicas decorrente do conjunto de infecções oportunistas devido a queda das defesas imunológicas.

O não aconselhamento das gestantes impediu que elas se apropriassem, de maneira crítica e significativa, do conhecimento sobre a AIDS e seus fatores de risco. Autores afirmam que a ausência de aconselhamento remete à idéia de que alguns profissionais preservam a percepção de que a AIDS está limitada às pessoas com comportamento de alto risco. Assim, não oferecem a opção de aceitar ou recusar o teste, nem discutem a sua percepção de risco e de adoção de práticas seguras. Dessa forma, caso as gestantes sejam soropositivas, releva-se a importância da quimioprofilaxia e adesão ao tratamento⁽¹⁴⁾.

A identificação das gestantes HIV positivas é o primeiro passo para reduzir a transmissão vertical. Ignorar as formas de prevenção e tratamento da AIDS, também, demonstra uma lacuna no processo de aconselhamento, incrementa a vulnerabilidade ao adoecimento, e não contribui com a melhoria da qualidade de vida das gestantes. Outrossim, o não aconselhamento das 39 gestantes possibilitou que elas expressassem desconhecimento do teste anti-HIV: *Não tenho conhecimento* (Rute). *Sei que existe, mas não sei bem ao certo pra que é ...Ouvi falar pelo agente que é bom fazer no pré-natal* (Isa). *As vizinhas falaram que tem um jeito de descobrir, mas não sei como é* (Moema). *Não sei bem como é isso... não, não sei* (Eva).

Ao considerar que a maioria dessas gestantes tem baixa escolaridade e acesso limitado às informações, a falta de aconselhamento, também, contribuiu com o desrespeito aos direitos humanos e aos princípios da universalidade, igualdade, beneficência e autonomia recomendados pelo Sistema Único de Saúde-SUS. Bem como, feriu os princípios da promoção da saúde que primam pela autonomia, empoderamento e participação dos sujeitos nas tomadas de decisões.

E, para além da possibilidade de falha no aconselhamento pré-natal objetivando a prevenção da transmissão vertical do HIV, é preciso considerar que as relações de gênero são marcadas pela assimetria entre a sexualidade masculina e feminina dificultando a negociação em torno das práticas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. É de senso comum que quanto menor for a área geográfica de um município maior será a rejeição do teste anti-HIV devido a exposição do portador ao preconceito decorrente das crenças culturais e do medo que a população tem de se contaminar, caso conviva com esse portador. Dessa forma, a soma da pouca instrução com as crenças e valores de uma cultura dada contribuem com o desconhecimento sobre a AIDS, com a rejeição do teste e com a maior vulnerabilidade das mulheres, e de seus conceitos, aos fatores de riscos.

Nesse estudo, o fato do teste anti-HIV ter sido realizado em, apenas, 30 gestantes corrobora com aqueles resultados de outro estudo em que, no período 2001-2004, a realização desse teste se manteve aquém do desejado⁽¹⁵⁾.

Quando se perguntou às gestantes porque não optaram pelo teste, elas assim se expressaram: *Não, porque não pediram, mas tenho vontade de fazer* (Lúcia). *Não fiz porque não sabia* (Lina). *Eu penso que é bom fazer, mas, a gente vai deixando pra depois, depois... sabe como é?* (Mara).

Esse desestímulo das gestantes em relação ao teste anti-HIV, também foi um dos resultados de outro estudo em que o autor relata que, mesmo esse teste estando disponível na assistência pré-natal da rede pública, 38,5% das mulheres que chegaram à triagem sem o resultado do teste, ora porque não realizaram o pré-natal, ora porque não colheram o exame no pré-natal⁽¹²⁾.

Outros autores relatam que a baixa prevalência de testagem tem sido referida especialmente nas regiões Nor-

te e Nordeste do Brasil devido as falhas na assistência pré-natal o que tem contribuído com o alto número de vítimas da transmissão vertical do HIV⁽¹⁶⁾.

Em contraste a essa realidade, na Inglaterra desde 1999, quando a política de inclusão do teste anti-HIV foi introduzida para todas as mulheres grávidas, cerca de 80% das mulheres HIV positivas tem sido detectadas antes do parto, mostrando desta forma que a política universal antenatal do teste HIV tem tido sucesso na sua implementação⁽¹⁷⁾.

A realização do teste anti-HIV no pré-natal, além de ser uma medida protetora para a díade mãe-filho, possibilita a tomada de decisão embasada em reflexão centrada no autocuidado: *Sim, fiz para saber se eu tenho a doença* (Julita). *Sim, porque é importante pra mim e pra criança* (Ana). *Sim, porque a enfermeira disse que era importante para que a criança não tenha contato com a doença* (Marta). *Sim, porque previne a criança de pegar a AIDS e a gestante se cura logo cedo* (Rosa).

As falas dessas gestantes que se submeteram ao teste anti-HIV demonstraram que houve assimilação do conhecimento acerca da AIDS e de seu modo de transmissão, o que significa que o aconselhamento contribuiu, efetivamente, para esclarecê-las sobre os riscos da transmissão vertical e sobre a adoção de estratégias específicas que sabidamente reduzem a transmissão mãe-filho. Em sua linguagem simples, as gestantes demonstraram consonância com as recomendações do Ministério da Saúde para quem a implantação da testagem laboratorial da infecção pelo HIV durante o pré-natal oferece prognóstico a curto, médio e longo prazo e possibilita iniciar a profilaxia de transmissão vertical, garantindo melhor prognóstico para a criança⁽⁵⁾.

Para além do período gestacional em que as intervenções serão adotadas, o alcance de metas em relação à redução da transmissão vertical desse vírus é diretamente proporcional à capacidade de implementação do conjunto das intervenções já conhecidas para prevenir tal transmissão⁽¹⁶⁾. Deixar de realizar esse teste representa uma lacuna na oferta de serviços laboratoriais, compromete o combate a transmissão, além de exigir investimentos em todas as esferas de governo para ser superada⁽¹⁵⁾. Convém ressaltar que algumas gestantes afirmaram: *Não fiz o teste por medo* (Diva). *Não fiz porque se essa doença não tem*

cura, pra que eu vou fazer o teste? É melhor nem saber (Lia). Olhe, penso que foi porque fiquei com medo. E se desse positivo, como ia ser? (Mirna).

A fala dessas gestantes corrobora com relato de um outro estudo onde os autores afirmam que os profissionais priorizam o conteúdo informativo e os aspectos cognitivos do aprendizado, em detrimento do componente emocional⁽¹⁸⁾. Dessa forma, possibilita-se que as admoestações psíquicas influenciem, negativamente, o comportamento das pessoas assistidas dificultando as tomadas de decisão em benefício do autocuidado.

Acrescente-se, ainda, que a AIDS tem provocado uma resposta social de pânico e medo, justificados pela concepção popular baseada em desinformações ou distorções, principalmente acerca do seu contágio. Por isso, a informação só estará completa à medida que forem criados espaços para que as pessoas possam trocar experiências, discutir os problemas relacionais e a vulnerabilidade em situações de risco. Essa prática poderá ajudar os indivíduos a conquistar consciência para adoção de práticas sexuais seguras⁽¹¹⁾. Desta forma, o importante é desenvolver atividades de educação em saúde contextualizando o meio social.

O fato de algumas gestantes expressarem medo do teste anti-HIV remete à idéia de que, ao acolher as gestantes, a equipe de saúde precisa priorizar a escuta das demandas das usuárias, esclarecendo-as acerca do procedimento de testagem, apoiando-as emocionalmente, ajudando-as a superar possíveis conflitos que podem aparecer por ocasião da testagem e a assumirem decisão autônoma.

O fato de uma gestante não aderir ao teste anti-HIV demonstra prejuízo na assistência integral ao pré-natal, visto que, além do Ministério da Saúde preconizar o aconselhamento como rotina para todas as gestantes, o profissional de saúde precisa se empenhar em avaliar os riscos a que a usuária está exposta e estabelecer diálogo eficaz como modo de consolidar uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário.

Além disso, as mulheres identificadas como soronegativas também devem ser aconselhadas, tanto no sentido de evitar novas exposições, como também alertando-as acerca de que o resultado negativo pode não significar au-

sência do vírus, principalmente se o contato foi recente, fazendo-se necessário que a gestante se submeta a uma segunda testagem.

Desinformação das gestantes sobre a AIDS e suas formas de transmissão

Em qualquer sociedade existe um elevado número de mulheres em idade reprodutiva e esse fato tem contribuído com a infecção de grande número de crianças em todo o mundo⁽¹³⁾. À luz desse fenômeno, a fala das gestantes acerca da desinformação sobre a AIDS, suas formas de transmissão e de prevenção é preocupante no sentido que essa lacuna do conhecimento contribui com o crescimento das taxas de transmissão vertical do HIV.

Ressalvadas as exceções, a educação em saúde costuma ser afetada pelo distanciamento entre profissional-usuário devido às barreiras atitudinais geradas pela diferença de social, pela linguagem inadequada e pela subvalorização daqueles aspectos relacionados com o cotidiano dos usuários. No caso das participantes desse estudo, suas falas atestaram que a relação dialógica nos serviços que freqüentam é marcada pela falta de oportunidade de aprendizado no concernente a AIDS: *Não sei nada (Rute). Já ouvi falar, mas não sei ao certo (Isa). Diz que pega no beijo... (Lili). Diz que pega de muito jeito. Não sei dizer como é (Isa).*

O aconselhamento durante o pré-natal deve estar voltado para o conhecimento das gestantes sobre HIV/AIDS e outras DST, levando em consideração o agente etiológico, modo de transmissão, diferença entre ser portador do HIV e desenvolver a síndrome. Nesse sentido, deve-se oferecer o teste anti-HIV, enfatizando seus benefícios, como o teste é realizado e principalmente enfatizando a sua importância. A gestante deve receber informações sobre o significado do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para ela como para o bebê, e ter garantida a confiança e voluntariedade desse teste.

A fala dessas entrevistadas reforça o pensamento de alguns autores segundo os quais, as políticas de atenção à saúde da mulher avançaram, mas, persistem algumas lacunas carentes de resolução, a exemplo de: estímulo à sensibilização dos profissionais, apoio à capacitação, ade-

são da comunidade à causa. As mulheres freqüentam os serviços de saúde buscando atendimento para filhos e familiares. Mas descuidam da própria saúde, fato que requer da equipe de saúde aproveitar todas as oportunidades para envolver a mulher na promoção da sua saúde⁽¹⁹⁾.

Quando o aconselhamento pré-teste é realizado, a maioria das gestantes incorpora as informações adquiridas⁽⁹⁾. Naqueles serviços de saúde em que a organização carece de ajustes e os profissionais não estão devidamente preparados para o desenvolvimento dos programas assistenciais, ocorrem dificuldades para assegurar a assistência integral à mulher⁽¹¹⁾. Dessa forma, a não inclusão do aconselhamento, ou a sua prática deficitária, durante a consulta pré-natal representa uma grande barreira para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As gestantes estudadas são vulneráveis aos determinantes sociais que podem afetar a sua saúde tendo em vista que as suas condições socioeconômicas as distanciam dos fatores que ajudam as pessoas a manterem a saúde.

Enquanto algumas gestantes expressaram conhecimento sobre a Aids e sua etiologia, uma outra parcela significativa das participantes se revelou desinformada acerca da AIDS, do seu modo de transmissão e da importância do teste anti-HIV. Isso porque, nem sempre, o aconselhamento é realizado para que as gestantes se tornem esclarecidas o suficiente para realizarem esse exame. Assim, embora algumas gestantes tenham afirmado a realização do teste anti-HIV no pré-natal, a falha na solicitação desse exame a outras gestantes pode ter contribuído com a perda da oportunidade do diagnóstico precoce das mulheres portadoras do HIV e, conseqüentemente, com a não implementação das ações que podem prevenir a transmissão vertical.

Acredita-se que o aconselhamento para testagem anti-HIV deve garantir que o consentimento ou recusa de uma pessoa em relação ao teste seja uma escolha informada, feita livremente, baseada em seus sentimentos sobre as vantagens e desvantagens de conhecer sua situação em relação ao HIV. Entende-se, pois, que o fato de a maioria das gestantes não ter aderido ao teste anti-HIV devido a

ausência de aconselhamento constitui-se uma falha grave que além de confrontar as diretrizes do SISPRENATAL, desrespeita vários princípios norteadores do SUS.

Ao considerar que dentre as funções básicas do profissional de saúde envolvido no processo de educação destacam-se aquelas destinadas a facilitar a percepção de risco e de motivar as pessoas para a adoção de práticas sexuais mais seguras e responsáveis, recomenda-se que as ações desenvolvidas no Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids) do Ministério da Saúde, sejam compartilhadas com a atenção básica. Que as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV sejam desenvolvidas nos serviços de saúde considerando-se o contexto sociocultural em que as mulheres estão inseridas. Que se desenvolvam ações de educação em saúde objetivando a formação de sujeitos atuantes e co-responsáveis pelo seu cuidado.

Por fim, entende-se que a boa cobertura e a qualidade da assistência pré-natal influenciam, diretamente, o resultado das ações implementadas, favorecendo a redução do coeficiente de mortalidade materna e da freqüência de transmissão vertical do HIV. Uma prática dessa ordem exige que os profissionais sejam capacitados não só para oferecer o teste anti-HIV às gestantes, mas para envolver toda a comunidade em programas de educação em saúde. E requer que os serviços de saúde ofereçam espaços para a discussão das lacunas e limites da assistência desenvolvendo a troca de experiências e conhecimentos para, só assim, possibilitar uma consciência crítica que levará à mudança de comportamento e conseqüentemente à prevenção da transmissão do HIV.

REFERÊNCIAS

1. European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS, WHO and UNAIDS Collaborating Centre on HIV/AIDS. Mid-year report: HIV/AIDS – surveillance in Europe. Saint-Maurice: Euro HIV – HIV/AIDS Surveillance in Europe; 2007. [citado 2009 jun 2]. Disponível em: <http://www.eurohiv.org>
2. Quian J, Gutiérrez S, Zabala C, González V, Bernadá E, Guimil S et al. Oportunidades perdidas para evitar la-

- transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana; Uruguay 2005-2007. *Rev Med Urug.* 2009; 25(1):27-33.
3. Ministério da Saúde (BR). Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. Versão Revisada. 2009 [citado 2009 jul 29]; [65 p]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9DAF1EC6PTBRIE.htm>.
 4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diagnóstico e triagem do HIV no pré-natal. Implicações éticas de diagnóstico e da triagem sorológica do HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST/AIDS. Estratégia de vigilância do HIV no Brasil. Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
 7. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2):242-8.
 8. Barroso LMM, Bruno ZV, Herculano MMS, Galvão MTG. Caracterização de gestantes com teste rápido positivo para HIV em Fortaleza-CE. *Rev Rene* 2007; 8(3):86-93.
 9. Succi RCM, Costa TFD. Infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida em grávidas admitidas para o parto no município de Belém-Pará. *J Bras Aids* 2006; 7(2):53-9.
 10. Cavalcante MS, Silveira ACB, Ribeiro AMS, Ramos Júnior AN. Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008; 8(4):473-9.
 11. Gir E, Canini SRMS, Prado MA, Carvalho MJ, Duarte G, Reis, RK. A feminização da AIDS: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV-1. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2004; 16(3):73-6.
 12. Morimura MCR, Mendes MDC, Souza AI, 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 Matern Infant.* 2006; 6(Supl 1):569-76.
 13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência à mulher portadora do HIV durante o parto e puerpério. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
 14. França Junior I, Calazans G, Zucchi EM. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 (Suppl.1):84-97.
 15. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERE. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):105-11.
 16. Cavalcante MS, Ramos Junior NA, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(2):131-8.
 17. Goldberg D, Logan L. Unlinked anonymous testing indicates antenatal HIV testing in England and Scotland is being successfully implemented. *EuroSurveill* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 jun 6]; 10(20): Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2707>.
 18. Araújo LM, Nogueira LT. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade, Teresina. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(4):396-9.
 19. Carvalho CML, Braga VAB, Silva MJ, Galvão MTG. Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/AIDS no Brasil. Refletindo sobre as políticas públicas. *Rev Rene* 2008; 9(3):125-34.

RECEBIDO: 02/03/2009

ACEITO: 23/06/2009