

Fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV na assistência ao parto

Factors associated with submission to HIV rapid test in childbirth care

Maria Inês Couto de Oliveira¹
Katia Silveira da Silva²
Daniela Marcondes Gomes¹

Abstract Rapid HIV tests are used in maternity hospitals to prevent mother-to-child transmission. This study aimed to analyze factors associated with submission to the rapid HIV test (outcome). This is a cross-sectional study conducted in 2009 in 15 hospitals from the Rio de Janeiro's Unified Health System (SUS) by interviewing a representative sample of 835 pregnant women hospitalized for birth and by verifying medical records. Adjusted prevalence ratios were obtained by Poisson regression according to a hierarchical model, and variables associated with the outcome ($p \leq 0.05$) remained in the final model. According to medical records (MR), 79.6% of mothers were submitted to rapid HIV test and, according to interviews (INT), 55.7%. At the distal level, the lack of a partner (MR), having ≥ 6 residents at home (MR) and non-white skin color (INT) were associated with a higher prevalence of the outcome. At the intermediate level, not having a negative HIV serology from prenatal care (MR and INT) was associated with a higher prevalence of the outcome, as well as PHC prenatal care (MR) and lack of prenatal care (INT). At the proximal level, delivery in a hospital not certified as Baby-Friendly was associated with a higher prevalence of outcome (MR and INT).

Key words Program evaluation and health projects, HIV, AIDS serological diagnosis, Cross-sectional studies, Unified Health System

Resumo Os testes rápidos anti-HIV vêm sendo empregados nas maternidades com vistas à prevenção da transmissão vertical. O objetivo do estudo foi analisar os fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV (desfecho). Estudo transversal, conduzido em 2009, em 15 hospitais do SUS do Rio de Janeiro/RJ, mediante entrevista a amostra representativa de 835 parturientes internadas e consulta a prontuários. Razões de prevalência ajustadas foram obtidas por regressão de Poisson, segundo modelo hierarquizado, permanecendo no modelo final as variáveis associadas ao desfecho ($p \leq 0,05$). Segundo os prontuários (SP), 79,6% das mães foram submetidas ao teste rápido anti-HIV e, segundo as entrevistas (SE), 55,7%. No nível distal, a ausência de companheiro (SP), ter ≥ 6 moradores na residência (SP) e a cor da pele não branca (SE) se associaram a uma maior prevalência do desfecho. No nível intermediário, não dispor de sorologia negativa para o HIV do pré-natal (SP e SE) se associou a uma maior prevalência do desfecho, bem como a realização de pré-natal na rede básica (SP) e a não realização de pré-natal (SE). No nível proximal, o parto em hospital não certificado como amigo da criança se associou a uma maior prevalência do desfecho (SP e SE).

Palavras-chave Avaliação de programas e projetos de saúde, HIV, Sorodiagnóstico da AIDS, Estudos transversais, Sistema Único de Saúde

¹ Departamento de Epidemiologia e Bioestatística. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. R. Marquês de Paraná 303/3º/Prédio Anexo, Centro. 24030-210 Niterói RJ Brasil. marinesco@superig.com.br
² Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A Organização Pan Americana da Saúde estabeleceu como meta para o ano de 2015 a redução da transmissão vertical do HIV para menos de 2%, mas esta meta ainda não foi atingida no Brasil¹. Para a prevenção da transmissão vertical, a cobertura da testagem anti-HIV no pré-natal deveria atingir pelo menos 95% das gestantes¹. No entanto, em nosso país, a cada cinco gestantes apenas quatro são testadas no pré-natal². Este dado revela a importância da testagem rápida das mulheres na ocasião do parto.

O Ministério da Saúde recomendou o oferecimento do exame anti-HIV no primeiro trimestre de gestação, ou no início do pré-natal, com realização de novo exame no terceiro trimestre, sempre que possível^{3,4}, e que na entrada da mulher na maternidade seja oferecido o teste rápido anti-HIV, mediante aconselhamento, para todas as gestantes não testadas para HIV no pré-natal ou sem resultado disponível^{4,5}. Recomendou também que gestantes que se enquadrassem em algum critério de vulnerabilidade, como portadoras de DST e usuárias ou parceiras de usuários de drogas injetáveis em prática de sexo inseguro, fossem submetidas ao teste rápido, independentemente do tempo decorrido desde o último teste anti-HIV³. Os testes rápidos anti-HIV permitem a detecção de anticorpos contra o HIV em menos de 30 minutos, têm baixo custo, são altamente sensíveis e específicos e de simples aplicação e interpretação⁶.

A partir de 2010, o Ministério da Saúde passou a recomendar que gestantes sem resultado de teste HIV do último trimestre de gestação fossem submetidas ao teste rápido anti-HIV⁶. Foi preconizada ainda a ampliação do uso do teste rápido no pré-natal, em situações em que o diagnóstico da infecção pelo HIV não poderia ser realizado em tempo hábil para a adoção de medidas de redução da transmissão vertical do HIV⁶.

Estudos apontam um paradoxo em relação ao emprego do teste rápido anti-HIV nas maternidades: o uso excessivo convivendo ainda com oportunidades perdidas de diagnóstico e prevenção do HIV^{7,8}, sinalizando que as práticas assistenciais nem sempre seguem as recomendações ministeriais. Em revisão de literatura realizada para identificar fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV, foi encontrado apenas um artigo que investigou características da assistência hospitalar associadas à realização do teste, como a disponibilidade de carga horária de obstetras e neonatologistas por hora/nascimento

e a disponibilidade de teste rápido anti-HIV no prazo de validade⁹. É fundamental investigar que aspectos contribuem para a submissão ao teste rápido, além das indicações preconizadas, para que os recursos públicos sejam otimizados para a instituição oportuna de medidas profiláticas de controle da transmissão vertical. O objetivo deste estudo foi analisar fatores socioeconômicos e assistenciais associados à submissão de parturientes ao teste rápido anti-HIV.

Método

Estudo transversal oriundo da pesquisa "Avaliação da Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Município do Rio de Janeiro, a partir da percepção das mulheres quanto às questões de gênero, poder e cidadania envolvidas na assistência ao aleitamento materno"¹⁰. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e aprovada.

A população do estudo foi composta por parturientes internadas no segundo semestre de 2009, em hospitais com mais de 1000 partos/ano do Sistema Único de Saúde (SUS), no município do Rio de Janeiro. Estes hospitais concentravam 94% do total de partos realizados, em 2008, neste município, em unidades hospitalares do SUS. Destes quinze hospitais, sete eram Hospitais Amigos da Criança (HAC) e oito não eram credenciados na iniciativa (HNC)¹¹. Onze hospitais, cinco HAC e seis HNC faziam parte do Sistema de Gestação de Alto Risco, de referência materna e/ou fetal.

O tamanho da amostra foi determinado de forma estratificada, sendo os estratos os hospitais. Como não foi encontrado estudo semelhante para ser baseado o cálculo, optou-se por considerar uma prevalência arbitrária de 50% dos desfechos investigados pela pesquisa para o cálculo do tamanho amostral. Prevalência de 50% foi utilizada também como fator de ponderação para cada estrato, pois garante o maior tamanho de amostra possível para nível de erro e confiança controlados¹².

Para um nível de erro de 5% e de confiança de 99%, obteve-se um tamanho mínimo de 687 mães em alojamento conjunto, distribuídas entre os estratos segundo a quantidade de partos em 2008. O critério de inclusão na pesquisa foi a mulher ter tido filho nascido vivo há mais de 24 horas, e o critério de exclusão foi a mulher ter alguma contraindicação à amamentação, como so-

rologia reagente para o HIV, pois a amamentação ao nascimento foi um dos desfechos investigados na pesquisa¹⁰.

Foram utilizadas duas fontes de informação: as entrevistas das mães e a consulta aos prontuários maternos. Optou-se por não estabelecer um padrão ouro, pois foram encontrados prontuários com falhas de registro e mães com desconhecimento de informações. A comparação das duas fontes de informação apresentou uma acurácia de 61,9%: 406 mães haviam sido submetidas ao teste rápido segundo entrevistas e prontuários e 111 não foram testadas segundo as duas fontes de informação. Os dados divergentes apontaram 259 mães (31,0%) que afirmaram não terem sido submetidas ao teste rápido, ou que desconheciam a submissão, mas com registro em prontuário, e 59 (7,1%) com relato de submissão ao teste rápido, mas sem registro no prontuário.

As entrevistas foram conduzidas nas enfermarias de alojamento conjunto, entre agosto e dezembro de 2009. As entrevistadas foram selecionadas por sorteio sistemático, a partir da relação das mães internadas registradas no posto de enfermagem. Quando o sorteio selecionava uma mãe com bebê internado há mais de 48 horas em unidade neonatal, a mesma era também entrevistada, gerando uma amostra de 148 mães de bebês internados. Foram empregados questionários estruturados que continham perguntas sobre ca-

racterísticas da mãe, do domicílio, da assistência pré-natal e ao parto, e sobre o recém-nato. Para a coleta de informações dos prontuários maternos foi utilizado um formulário para registro de exames anti-HIV, realizados no pré-natal, e de teste rápido anti-HIV, realizado na maternidade. Todas as informações foram colhidas por entrevistadoras da área de saúde, capacitadas na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)¹¹ e previamente treinadas para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Foi elaborado um modelo teórico hierarquizado¹³ de determinação do desfecho que compreendeu características distais (maternas, reprodutivas e domiciliares), intermediárias (da assistência pré-natal), e proximais (da assistência ao parto), sendo a submissão ao teste rápido anti-HIV considerada o desfecho (Figura 1).

Foi realizada uma descrição das características sociodemográficas das mães (idade, cor da pele, escolaridade, trabalho remunerado, renda materna), reprodutivas e domiciliares (ter companheiro, paridade e número de moradores), da assistência pré-natal recebida (realização de pré-natal, local de realização do pré-natal, trimestre de início do pré-natal, número de consultas pré-natais, realização de exames anti-HIV no pré-natal, e dispor de sorologia negativa de algum exame anti-HIV do pré-natal) e da assistência ao parto (certificação como hospital amigo da

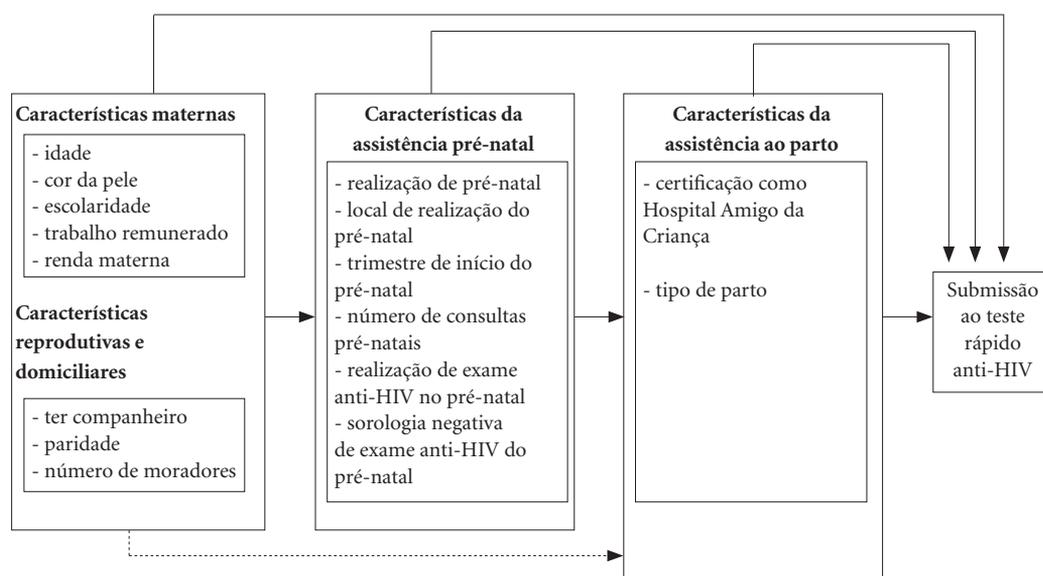


Figura 1. Modelo teórico de determinação da submissão ao teste rápido anti-HIV em hospitais com mais de 1000 partos/ano, no município do Rio de Janeiro, 2009.

criança e tipo de parto). Foi considerado que a mulher dispunha de sorologia negativa de pré-natal, quando esta havia sido submetida a um ou mais exames anti-HIV, em qualquer momento do pré-natal, conforme preconização vigente em 2009^{3,4}. O desfecho foi dicotomizado em duas categorias: 1.Submissão ao teste rápido anti-HIV; 2.Não submissão/desconhecimento quanto à submissão ao teste rápido anti-HIV, segundo as duas fontes de informação.

A análise dos dados foi conduzida por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences - SPSS*¹⁷. Num primeiro momento, foi realizada uma análise univariada para conhecimento da distribuição das variáveis de exposição e do desfecho a ser estudado. Em seguida foi conduzida uma análise bivariada entre cada variável de exposição e o desfecho, segundo as duas fontes de informação. Foram realizados testes de hipóteses de qui-quadrado e obtidas razões de prevalência (RP) brutas. Fatores de exposição que, na análise bivariada, estiveram associados ao desfecho com nível de significância observado menor ou igual a 20% no teste de qui-quadrado ($p\text{-valor} \leq 0,20$) foram selecionados para a análise multivariada. A hierarquização das variáveis permitiu avaliar o efeito dos grupos de variáveis de acordo com a proximidade com o desfecho. As razões de prevalência ajustadas foram obtidas por modelo de regressão de Poisson com variância robusta, devido à prevalência elevada do desfecho¹⁴. O modelo final, utilizado para estimar medidas de associação com seus respectivos intervalos com 95% de confiança, foi composto pelas variáveis de exposição que obtiveram nível de significância observado menor ou igual a 5% ($p\text{-valor} \leq 0,05$).

Resultados

Foi entrevistada uma amostra de 835 mães. Cerca de um quarto era adolescente, a mesma proporção declarou ter cor da pele branca, um terço apresentou ensino fundamental incompleto, e a metade exercia trabalho remunerado. A maioria das mães tinha companheiro e quase a metade era constituída de primíparas (Tabela 1).

A grande maioria das mães (95,3%) fez pré-natal, mas quase 30% foram acompanhadas por menos de 6 consultas, e menos de dois terços iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Fizeram exame anti-HIV no pré-natal 91,5% das parturientes. Segundo as entrevistas, 86,7% das mães dispunham de sorologia negativa do pré-natal e, segundo os dados do prontuário,

68,0%. Cerca de metade dos partos ocorreram em hospitais certificados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Tabela 2).

Segundo informações das entrevistas, 55,7% das mães foram submetidas ao teste rápido anti-HIV nos hospitais, sendo que o resultado deste teste foi conhecido antes do parto por somente 37,4% das mulheres submetidas ao mesmo. Segundo dados colhidos dos prontuários maternos, 79,6% das mães foram submetidas ao teste rápido anti-HIV no hospital.

Na análise bivariada, segundo as informações das entrevistas, as variáveis sociodemográficas associadas à testagem rápida anti-HIV ($p\text{-valor} \leq 0,20$) foram a cor da pele, a escolaridade e a paridade (Tabela 1). Entre os fatores intermediários, a realização de pré-natal, o trimestre de início do pré-natal, o número de consultas pré-natais, a realização de exame anti-HIV no pré-natal e dispor de sorologia negativa de exame anti-HIV do pré-natal foram variáveis associadas ao desfecho. Quanto à assistência ao parto, a sua ocorrência em hospital certificado como amigo da criança e o tipo de parto se associaram à submissão ao teste rápido anti-HIV (Tabela 2). Segundo os dados do prontuário, as variáveis distais: idade materna, cor da pele, presença de companheiro e número de moradores se associaram ao desfecho (Tabela 1). As variáveis intermediárias: realização de pré-natal, local de realização do pré-natal, trimestre de início do pré-natal, número de consultas pré-natais, realização de exame anti-HIV no pré-natal e sorologia negativa de exame anti-HIV do pré-natal, bem como as variáveis proximais: tipo de parto e ocorrência em hospital amigo da criança também se associaram à submissão ao teste rápido anti-HIV ($p\text{-valor} \leq 0,20$) (Tabela 2).

No modelo multivariado, segundo as informações das entrevistas, a cor da pele não branca (RP = 1,155) se associou a uma maior prevalência de submissão ao teste rápido anti-HIV, enquanto a escolaridade materna até o ensino fundamental incompleto (RP = 0,856) esteve associada a uma menor prevalência do desfecho. Tanto a não realização de pré-natal (RP = 1,289), quanto não dispor de sorologia negativa de exame anti-HIV realizado no pré-natal (RP = 1,226) e a ocorrência de parto em hospital não certificado como amigo da criança (RP = 1,286), se associaram a uma maior prevalência de testagem rápida anti-HIV no hospital (Tabela 3).

Segundo os dados do prontuário, na análise múltipla os fatores distais associados à submissão ao teste rápido anti-HIV foram a ausência de companheiro (RP = 1,127) e ter seis ou mais

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta da submissão ao teste rápido anti-HIV segundo o perfil sociodemográfico das mães internadas nos hospitais com mais de 1000 partos/ano. Município do Rio de Janeiro, 2009.

Características distais	Informação das entrevistas					Informação do prontuário		
	N	%	Prevalência (%)	RP bruta	p-valor	Prevalência (%)	RP bruta	p-valor
Idade								
20 a 46 anos	618	74%	56,8	1		78,5	1	
13 a 19 anos	217	26%	52,5	0,93	0,288	82,9	1,06	0,137
Cor da pele autorreferida								
Branca	219	26,2	50,2	1		83,1	1	
Não branca	616	73,8	57,6	1,15	0,069	78,4	0,94	0,117
Escolaridade								
≥ Ensino fundamental completo	555	66,5	57,5	1		79,3	1	
Ensino fundamental incompleto	280	33,5	52,1	0,91	0,151	80,4	1,01	0,713
Trabalho remunerado								
Sim	422	50,5	56,6	1		78,7	1	
Não	413	49,5	54,7	0,97	0,578	80,6	1,03	0,483
Renda materna								
≥ 1 salário mínimo	278	33,3	57,6	1		79,1	1	
< 1 salário mínimo	555	66,7	55,0	0,96	0,472	79,8	1,01	0,819
Companheiro								
Tem companheiro	723	86,6	56,0	1		78,1	1	
Não tem companheiro	112	13,4	53,6	0,96	0,635	89,3	1,14	<0,001
Paridade								
Primípara	399	47,8	52,1	1		79,8	1	
Não primípara	436	52,2	58,9	1,13	0,049	79,4	0,99	0,895
Número de moradores								
Até 5	625	74,9	54,6	1		77,8	1	
6 ou mais	210	25,1	59,0	1,08	0,246	85,2	1,10	0,010

moradores na residência (RP = 1,082). Os fatores intermediários associados ao desfecho foram a realização de pré-natal em serviço hospitalar (RP = 0,811) e a ausência de sorologia negativa de exame anti-HIV do pré-natal (RP = 1,335), enquanto o parto em hospital não credenciado como amigo da criança (RP = 1,286) foi a única variável proximal associada ao desfecho (Tabela 4).

Discussão

Chama a atenção o fato de mais da metade das mulheres terem sido submetidas ao teste rápido anti-HIV na admissão para o parto, segundo as duas fontes de informação. No entanto, este teste deveria ser utilizado pontualmente, apenas em mulheres com *status* sorológico desconhecido. Os testes rápidos anti-HIV implicam em gastos com material e consumo de tempo dos profissionais de saúde envolvidos na assistência

ao parto, em geral sobrecarregados. Este uso em demasia gera atrasos na devolução de seus resultados, prejudicando as ações de prevenção da transmissão vertical e postergando o aleitamento materno para além da primeira hora de vida^{7,15}. Estudos conduzidos em 2006, de caráter nacional e no mesmo município da presente investigação, encontraram, respectivamente, proporções de 18,9%¹⁶ e 28,5%⁷ de parturientes submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto, sugerindo que a submissão de mulheres a este teste em hospitais, muitas vezes de forma não criteriosa, vem crescendo no nosso país.

No presente estudo, na análise múltipla, foram identificados como associados à submissão ao teste rápido anti-HIV tanto fatores sociodemográficos, quanto relativos à assistência pré-natal e ao parto.

Segundo as entrevistas, mulheres de cor de pele não branca foram mais submetidas ao teste rápido. Em Estudo Sentinela, realizado no Brasil

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta da submissão ao teste rápido anti-HIV segundo a assistência pré-natal e ao parto das mães internadas nos hospitais com mais de 1000 partos/ano. Município do Rio de Janeiro, 2009.

Características intermediárias	Informação das entrevistas					Informação do prontuário		
	N	%	Prevalência (%)	RP bruta	p-valor	Prevalência (%)	RP bruta	p-valor
Realização de pré-natal (PN)								
Sim	796	95,3	54,1	1		78,6	1	
Não	39	4,7	87,2	1,61	<0,001	100	1,27	<0,001
Local de realização do PN								
Em unidade básica	523	65,7	53,7	1		84,9		
Em serviços hospitalares	273	34,3	54,9	1,02	0,743	66,7	0,79	<0,001
Início do PN								
1º trimestre	531	63,6	52,2	1		77,2	1	
2º ou 3º trimestre ou não fez pré-natal	304	36,4	61,8	1,19	0,005	83,9	1,09	0,016
Número de consultas de PN								
6 ou mais consultas	589	70,6	52,6	1		77,4	1	
0 a 5 consultas	245	29,4	62,9	1,19	0,005	84,9	1,10	0,008
Realização de exame anti-HIV no PN								
Sim	764	91,5	53,9	1		78,4	1	
Não ou não sabe ou não fez pré-natal	71	8,5	74,6	1,38	<0,001	93,0	1,19	<0,001
Sorologia anti-HIV do PN*								
Sorologia negativa de 1 ou mais exames	724	86,7	53,3	1		-	-	-
Não dispõe de sorologia negativa	111	13,3	71,2	1,34	<0,001			
Sorologia anti-HIV do PN**								
Sorologia negativa de 1 ou mais exames	568	68,0	-	-	-	71,1	1	
Não dispõe de sorologia negativa	267	32,0				97,8	1,37	<0,001
Características proximais								
Tipo de parto								
Normal	530	63,5	57,5	1		82,2	1	
Cesariana	305	36,5	52,5	0,90	0,157	75,1	0,91	0,019
Parto em hospital amigo da criança								
Sim	424	50,8	48,6	1		77,1	1	
Não	411	49,2	63,0	1,30	<0,001	82,2	1,07	0,067

*Fonte de informação: entrevista. **Fonte de informação: prontuários. de informação: prontuário.

em 2006, verificou-se que mulheres de raça preta e parda estavam sendo menos testadas na gravidez¹⁶, podendo assim sofrer discriminação positiva por ocasião da testagem hospitalar. Segundo a mesma fonte de informação, as mulheres de

baixa escolaridade apresentaram uma menor prevalência de submissão ao teste rápido anti-HIV. A baixa escolaridade das mulheres pode acarretar um menor conhecimento da submissão ao teste rápido anti-HIV, e a associação inversa

Tabela 3. Razão de prevalência ajustada da submissão ao teste rápido anti-HIV, pela informação das entrevistas, segundo características sociodemográficas das mães, da assistência pré-natal e ao parto em hospitais com mais de 1000 partos/ano. Município do Rio de Janeiro, 2009.

Características distais	RP ajustada	IC 95%	p-valor
Cor da pele autorreferida			
Branca	1		
Não branca	1,16	1,00-1,33	0,049
Escolaridade			
≥ Ensino fundamental completo	1		
Ensino fundamental incompleto	0,86	0,75-0,98	0,022
Características intermediárias			
Realização de pré-natal (PN)			
Sim	1		
Não	1,29	1,05-1,59	0,018
Dados da entrevista sobre sorologia anti-HIV do PN			
Sorologia negativa de 1 ou mais exames	1		
Não dispõe de sorologia negativa	1,23	1,02-1,47	0,031
Características proximais			
Parto em hospital amigo da criança			
Sim	1		
Não	1,29	1,14-1,45	<0,001

Tabela 4. Razão de prevalência ajustada da submissão ao teste rápido anti-HIV, pela informação dos prontuários, segundo características sociodemográficas das mães, da assistência pré-natal e ao parto em hospitais com mais de 1000 partos/ano. Município do Rio de Janeiro, 2009.

Características distais	RP ajustada	IC 95%	p-valor
Companheiro			
Tem companheiro	1		
Não tem companheiro	1,13	1,04-1,22	0,002
Número de moradores			
Até 5	1		
6 ou mais	1,08	1,01-1,16	0,031
Características intermediárias			
Local de realização do pré-natal (PN)			
Em unidade básica	1		
Em serviços hospitalares	0,81	0,74-0,88	<0,001
Dados do prontuário sobre sorologia anti-HIV do PN			
Sorologia negativa de 1 ou mais exames	1		
Não dispõe de sorologia negativa	1,34	1,26-1,41	<0,001
Características proximais			
Parto em hospital amigo da criança			
Sim	1		
Não	1,08	1,00-1,16	0,040

encontrada, não confirmada pelas informações do prontuário, poderia estar sinalizando um possível viés de informação. Estudos nacionais^{17,18} e

regionais¹⁹⁻²¹ identificaram uma menor testagem anti-HIV durante o pré-natal entre mulheres de baixa escolaridade.

Segundo dados do prontuário, mulheres sem companheiro e mães que residiam em domicílios com seis ou mais moradores foram mais submetidas ao teste rápido anti-HIV. Em estudo nacional, realizado entre 1999 e 2000, as mulheres solteiras apresentaram uma chance 60% maior de não realização do exame anti-HIV na gestação¹⁷. A menor testagem pré-natal entre mulheres sem companheiro pode ter influenciado a indicação do teste rápido no hospital. A variável número de moradores do domicílio necessita ser melhor explorada, pois não foram encontrados estudos que investigaram a sua associação com a testagem para o HIV.

Apesar da análise da submissão ao teste rápido anti-HIV segundo as duas fontes de informação ter apontado diferentes variáveis distais associadas ao desfecho, a cor não branca, a ausência de companheiro e o elevado número de moradores na residência sinalizam uma situação de vulnerabilidade da população mais submetida ao teste rápido anti-HIV, mesmo após ajuste para o status sorológico do pré-natal.

Como condições socialmente desfavoráveis também estão associadas a menor testagem pré-natal^{16,17,19,22,23}, poderia ser levantada a hipótese de que os profissionais de saúde, independentemente do conhecimento do resultado da sorologia pré-natal, submetem com maior frequência este grupo ao teste rápido no momento do parto.

Quanto às características intermediárias, a ausência de sorologia negativa para o HIV do pré-natal foi um fator associado ao desfecho segundo as duas fontes de informação, enquanto a ausência de pré-natal se associou a maior prevalência do desfecho, de acordo com as entrevistas. Estas são indicações do Ministério da Saúde¹ para a submissão ao teste rápido anti-HIV. No entanto, a magnitude de associação encontrada entre essas variáveis e o desfecho não foi alta, mostrando-se semelhante à magnitude da associação de outras variáveis estudadas.

Outra característica da assistência pré-natal associada ao desfecho foi o acompanhamento hospitalar, possivelmente pela maior disponibilidade do registro de exames pré-natais dessas mães, não implicando em nova testagem, o que poderia explicar a associação inversa encontrada pelos dados do prontuário.

A única variável proximal associada ao desfecho, segundo ambas as fontes de informação, foi o parto em Hospital Amigo da Criança. Estes hospitais passam por capacitação dos funcionários e por mudanças nas práticas hospitalares que contribuem para a qualificação da assistência

prestada, possivelmente contribuindo também para a observância às normas instituídas¹¹, implicando numa menor testagem hospitalar.

Devemos considerar algumas limitações do presente estudo. Trata-se de estudo transversal, onde as informações foram colhidas no período da internação para o parto, e nem sempre a relação temporal entre exposição e desfecho fica bem estabelecida. Uma indicação adequada do teste rápido anti-HIV ainda não referida é a parturiente se enquadrar em critério de vulnerabilidade (como ser portadora de doenças sexualmente transmissíveis, ser usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis em prática de sexo inseguro), mesmo quando testada na gestação³. Esta variável não foi incluída na análise, pela dificuldade de acesso à informação sobre que mulheres se enquadrariam neste perfil. No entanto, estas condições de vulnerabilidade são incomuns, portanto não explicariam os elevados percentuais encontrados de submissão ao teste rápido anti-HIV.

Outra questão a ser apontada é que não houve concordância em mais de um terço das informações referentes à submissão ao teste rápido anti-HIV, confrontando os dados das entrevistas e dos prontuários maternos. Esta inconsistência sugere ocorrência de registros incompletos²⁴ e possíveis falhas no aconselhamento das mães realizado pela equipe de saúde²⁵. O Ministério da Saúde preconiza que as mulheres sejam consultadas se querem ser submetidas ao teste rápido anti-HIV, mediante aconselhamento⁴. Pela maior proporção de mulheres testadas identificada nos prontuários em relação às entrevistas, provavelmente muitas parturientes sequer foram comunicadas da submissão ao teste, o que prejudica a autonomia da mulher e a orientação sobre as ações de prevenção do HIV e da transmissão vertical²⁵.

Conclui-se que os protocolos ministeriais de testagem anti-HIV durante a gestação e a internação hospitalar vigentes à época do estudo^{3,4} não estavam sendo seguidos a contento. A contribuição principal do presente estudo foi a identificação de uma gama de fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto, que compreendeu a não certificação do hospital como amigo da criança, o local de realização do pré-natal e características sociodemográficas, como a cor de pele, a presença de companheiro e o número de moradores do domicílio. Estas características não deveriam ser objeto de discriminação para testagem, que deveria ser pautada pelas indicações preconizadas,

como a não realização de pré-natal e a ausência de sorologia negativa de exame anti-HIV do pré-natal.

Recomenda-se a sensibilização e a qualificação da equipe de saúde envolvida na assistência ao parto, para que a sorologia anti-HIV seja solicitada quando procedente, e seja ágil o processo de entrega dos resultados, sendo garantida uma assistência adequada a todas as parturientes. A assistência primária também deve ser qualificada, com ênfase na captação precoce das gestantes

para o pré-natal e na ampliação do uso do teste rápido anti-HIV. Assim, a instituição oportuna das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV seria aprimorada, e tantas mulheres não necessitariam ser testadas na maternidade, resguardando-as de uma situação de estresse desnecessária ao aguardar o resultado do teste rápido anti-HIV, e propiciando a amamentação ao nascimento, que vem sendo postergada quando o resultado do teste rápido não sai antes do parto^{7,15}.

Colaboradores

MIC Oliveira foi a principal responsável pela concepção e desenho do estudo, pela análise e interpretação dos dados e pela redação do artigo. DM Gomes foi a responsável pela revisão de literatura sobre o tema e participou da análise e interpretação dos dados, bem como da redação do artigo. KS Silva participou na análise e interpretação dos dados e da revisão crítica do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação*. Brasília: MS; 2014.
2. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Jr PRB, Leal MC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. *BMC Infectious Diseases* 2015; 15:100.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: MS; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: MS; 2007. Série: Manuais nº 46.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS*. Brasília: MS; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes - manual de bolso. Programa Nacional de DST e Aids*. Brasília: MS; 2010.
7. Oliveira MIC, Silva KS, Gomes-Júnior SC, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. *Rev Saude Publica* 2010; 44(1):60-69.
8. Gomes DM, Oliveira MIC, Fonseca SC. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2015; 15(4):413-423.
9. Santos EM, Reis AC, Westman S, Alves RG. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". *Epidemiol Serv Saude* 2010; 19(3):257-269.
10. Oliveira MIC, Hartz ZMA, Nascimento VC, Silva KS. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2012; 12(3):281-295.
11. Figueiredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(3):459-463.
12. Cochran WG. Sampling techniques. Wiley Series. In: *Probability and statistics*. Hoboken: IE-Wiley; 1977. p. 50-64.
13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-227.
14. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):992-998.
15. Esteves TM, Daumas RP, Oliveira MI, Andrade CA, Leite I da C. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cad Saude Publica* 2015; 31(11):2390-2400.
16. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Souza Júnior PRB, Lemos KRV, Frias PG, Luhm KR, Holcman MM, Esteves MA. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. *Braz J Infect Dis* 2008; 12(3):167-172.
17. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saude Publica* 2008; 42(5):851-858.
18. Souza Junior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo sentinela parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):764-772.
19. Veloso VG, Portela MC, Vasconcellos MTL, Matzenbacher LA, Vasconcelos ALR, Grinsztejn B, Bastos FI. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. *Rev Saude Publica* 2008; 42(5):859-867.
20. Rosa H, Goldani MZ, Scanlon T, Silva AAM, Giugliani EJ, Agranonik M, Tomkins A. Barriers for HIV testing during pregnancy in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2006; 40(2):220-225.
21. 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 Saude Matern Infant* 2006; 6(Supl. 1):569-576.
22. Soares ML, MIC Oliveira, Fonseca VM, Brito AS, Silva KS. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1313-1320.
23. Ramos VOX, Lacerda HR, Ximenes RAA. Unawareness of HIV status in pregnancy, delay in testing and conflict between information on antenatal card and interview in Recife, Brazil. *Int J STD AIDS* 2009; 20:493-498.
24. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2012; 12(3):269-280.
25. Passos SCS, Oliveira MIC, Gomes-Júnior SCS, Silva KS. Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(2):278-287.

Artigo apresentado em 24/09/2015

Aprovado em 09/05/2016

Versão final apresentada em 11/05/2016