

CONHECIMENTO DE GESTANTES DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO RELACIONADO À PREVENÇÃO DE DST/AIDS
STD/AIDS PREVENTION-RELATED KNOWLEDGE BY PREGNANT WOMEN AT
A TEACHING HOSPITAL
CONOCIMIENTO DE GESTANTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RELACIONADO A LA PREVENCIÓN DE EST/SIDA

Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte^I
Thelma Spindola^{II}
Elizabeth Rose da Costa Martins^{III}
Marcio Tadeu Ribeiro Francisco^{IV}
Araci Carmen Clos^V
Raphael da Costa Pinto^{VI}

RESUMO: As doenças sexualmente transmissíveis (DST) representam importante problema de saúde pública, e suas complicações incluem a morbimortalidade materna e neonatal. No Brasil, dispõe-se de políticas públicas que visam eliminar e/ou reduzir riscos da transmissão vertical, como ações educativas na assistência pré-natal. Este estudo teve o objetivo de identificar o conhecimento das gestantes acerca das DST/AIDS e verificar as formas de prevenção adotadas. Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, realizada com 41 gestantes no pré-natal de um hospital universitário, no Rio de Janeiro, de setembro a novembro de 2010. Os dados foram analisados pela aplicação da estatística descritiva. Os resultados evidenciam que as gestantes carecem de informações sobre as DST e o método preventivo mais utilizado é o preservativo masculino. Conclui-se que as mulheres necessitam de esclarecimentos relacionados às DST e formas de prevenção, e que o acompanhamento pré-natal é o momento oportuno para a educação em saúde da clientela.

Palavras-chave: Doenças sexualmente transmissíveis; transmissão vertical de doença infecciosa; cuidado pré-natal; educação em saúde.

ABSTRACT: Sexually-transmissible diseases (STD) stand for an important problem in public health. Complications include maternal and neonatal morbidity and mortality. In Brazil there are public policies targeted at eliminating and/or reducing the risk of vertical transmissions, as educational actions on prenatal assistance. This study aimed at identifying pregnant women's awareness of STD/Aids as well as at assessing preventive methods adopted. It's a descriptive, exploratory, quantitative research, conducted with 41 pregnant women in a prenatal section of a teaching hospital, in Rio de Janeiro, RJ, Brazil, from September, 2010 to November, 2010. Data were analyzed by descriptive statistics. Results show that pregnant women lack information on STD and that male condoms turn out to be the most commonly used preventive method. Conclusions show that women need clarification on both STD and preventive methods, and that prenatal care is the timeliest moment to clientele's health education.

Keywords: Sexually transmitted diseases; infectious disease transmission vertical; prenatal care; health education

RESUMEN: Las enfermedades sexualmente transmisibles (EST) son un importante problema de salud pública, y sus complicaciones son la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En Brasil, tenemos políticas públicas destinadas a eliminar y/o reducir el riesgo de transmisión vertical, como las actividades educativas en la atención prenatal. Este estudio buscó identificar el conocimiento de las gestantes sobre EST/SIDA y verificar las formas de prevención adoptadas. Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo, realizado con 41 gestantes en prenatal de un hospital universitario de Rio de Janeiro, entre septiembre y noviembre de 2010. Los datos fueron analizados mediante la aplicación de la estadística descriptiva. Los resultados muestran que las mujeres embarazadas carecen de información sobre las EST y el método de prevención más utilizado es el preservativo masculino. Se concluye que las mujeres necesitan de aclaraciones relacionadas a las EST y métodos de prevención, y que la atención prenatal es un momento oportuno para la educación en salud de las clientes.

Palabras clave: Enfermedades sexualmente transmisibles; transmisión vertical de enfermedad infecciosa; atención prenatal; educación en salud

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é o conhecimento de gestantes acerca das doenças sexualmente transmissíveis (DST). As DST representam importante problema de

saúde pública. Estima-se que 12 milhões de novos casos sejam diagnosticados anualmente no Brasil, e suas complicações incluem doença inflamatória pélvica, es-

^IGraduando de Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: vinicius-fonte@hotmail.com

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: tspindola.uerj@gmail.com

^{III}Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: oigresrose@uol.com.br

^{IV}Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenador do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mtadeu@uva.br

^VMestra em Filosofia. Enfermeira. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: araciclos@yahoo.com.br

^{VI}Enfermeiro. Residente de Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: raphaelcosta@internnet.com.br

terilidade, gravidez ectópica, parto prematuro, infecções puerperais, dor crônica, aborto, doenças congênitas, oftalmia purulenta do recém-nato, baixo peso ao nascer e mortes perinatais, além de facilitar a infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)¹.

No Brasil, apenas a sífilis, *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) e a síndrome do corrimento uretral masculino constituem doenças de notificação compulsória². A redução da transmissão vertical é um componente importante da política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde. O acesso à assistência pré-natal, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado tornam-se estratégias fundamentais para o controle das doenças e da transmissão vertical³.

Com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal e garantir uma assistência humanizada à gestante, o Ministério da Saúde cria, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. O programa propôs estratégias para ampliar e qualificar o acesso às consultas pré-natais, além de instituir procedimentos mínimos a serem realizados, como: captação precoce das gestantes; ações educativas; oferta do teste anti-HIV e de exames de urina, glicemia e VDRL no 1º trimestre; retorno da puérpera para consulta puerperal⁴.

A atuação do enfermeiro na assistência pré-natal foi atualizada pela Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem. Cabe ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde, entre outras providências, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, acompanhamento da evolução do trabalho de parto e educação visando à melhoria de saúde da população⁵.

Considerando a atual vulnerabilidade da mulher às DST, a necessidade de ações educativas e preventivas no pré-natal se sustenta em questões culturais, sociais e econômicas que, muitas vezes, determinam a posição feminina de subordinação ao homem quanto ao uso do preservativo. O poder de gênero, a confiança nos relacionamentos estáveis e os aspectos biológicos, também, promovem o protagonismo feminino no rumo das DST¹.

O interesse pela temática emergiu das vivências nas consultas de enfermagem do pré-natal de um hospital universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro. Foi observado durante consultas realizadas, desconhecimentos e equívocos das gestantes quanto às formas de prevenção de DST e quanto à sintomatologia das doenças. Essa carência de informações favorece a demora em procurar unidades de saúde e, conseqüentemente, dificulta um diagnóstico precoce.

Considerando as complicações de morbimortalidade materna e infantil ocasionadas pelas DST, a vulnerabilidade feminina, as orientações do Ministério da Saúde e as vivências anteriormente citadas, definiu-se como problema a ser estudado - qual é o conhecimento das gestantes em relação às DST/AIDS e suas formas de prevenção?

Diante da problemática apresentada, foram delimitados os seguintes objetivos: Identificar o conhecimento das gestantes acerca das DST/AIDS e verificar as formas de prevenção por elas adotadas.

A relevância do estudo está relacionada à vulnerabilidade e o impacto da epidemia das DST/AIDS nas mulheres e as complicações para saúde materna e infantil. Os conhecimentos das gestantes sobre as DST e suas formas de prevenção, assim como o tratamento adequado e o pré-natal, promovem a redução das complicações e dos riscos na gestação, parto e puerpério.

REFERENCIAL TEÓRICO

Historicamente as DST sempre representaram um problema de saúde pública mundial, mas foi com o surgimento da pandemia de AIDS e mudanças no panorama político brasileiro que a sociedade civil se mobilizou para reivindicar políticas públicas que visassem conter o avanço da epidemia. Esse movimento social teve papel inegável nas articulações que culminaram com a criação do Programa Nacional DST/AIDS, atualmente Departamento Nacional DST, AIDS e Hepatites Virais, e com a implementação das ações de prevenção e assistência⁶.

Dados recentes apontam que, no Brasil, a epidemia de HIV/AIDS apresenta-se concentrada em alguns grupos populacionais (usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e mulheres profissionais do sexo) e com tendência à estabilização nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste e ao crescimento no Norte e Nordeste. Epidemiologicamente a epidemia vivencia um processo de feminização, pauperização, interiorização e juvenilização⁷.

Em 1985, para cada 26 casos de AIDS em homens havia um caso em mulher. Em 2010, trata-se de 1,7 homens portadores do vírus para cada mulher, sendo a principal forma de infecção os relacionamentos heterossexuais⁷. A situação de vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres deve-se a fatores biológicos e culturais, como: maior contato com secreções sexuais, desigualdades de gênero, dificuldades de negociar o uso do preservativo e crença na fidelidade do parceiro⁸.

No Brasil, as infecções por HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, juntamente com sífilis congênita e gestacional, são doenças de notificação compulsória, considerando que, se não tratadas, podem infectar o recém-nascido. O principal responsável pela ampliação do diagnóstico precoce e fomentador de intervenções necessárias para a prevenção desses agravos nas gestantes é a assistência pré-natal, cuja ação visa acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal⁹.

Durante a consulta pré-natal, a prática do aconselhamento desempenha um papel importante no

diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST. Sua ação contribui para a promoção de uma assistência integral, com vistas à avaliação de vulnerabilidades e riscos específicos às questões biológicas, psicossociais e culturais de cada usuária. O aconselhamento necessita do estabelecimento de uma relação de confiança para facilitar a expressão de dúvidas e anseios por parte das usuárias e adentrar na vida íntima das pessoas, tendo como finalidade propor questões que facilitem a reflexão e superação de dificuldades, adoção de práticas seguras e promoção da qualidade de vida¹⁰.

Ampliar a cobertura pré-natal faz parte dos requisitos para sanar esse problema de saúde pública, no entanto, são necessários esforços para capacitar os profissionais a fim de que atendam às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde¹¹. Como exemplo, o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita, lançado em 1993 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir sua incidência para um caso ou menos a cada 1000 nascidos vivos ainda, hoje, não atingiu tal meta¹². Segundo estimativa realizada pelo Estudo Sentinela Parturiente, persiste elevado o contingente de subnotificações de gestantes infectadas com sífilis e HIV⁷.

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo, em abordagem quantitativa¹³. Foi realizado em um hospital universitário, localizado no município do Rio de Janeiro, que oferece o serviço de pré-natal. Fizeram parte do estudo 41 gestantes atendidas no pré-natal da referida instituição, com idade igual ou superior a 18 anos, selecionadas ao acaso e conforme o comparecimento às consultas de rotina.

Para compor o estudo utilizaram-se as seguintes variáveis: relacionadas às características socioeco-nômicas (situação conjugal, ocupação, renda familiar e escolaridade); demográficas (idade e raça); história pregressa (presença de DST); características biológico-obstétricas e relativas ao conhecimento quanto às DST/AIDS e formas de prevenção.

Os dados foram coletados com auxílio de um formulário adaptado da Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade, realizada, em 2004 e 2008, pelo Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais – Ministério da Saúde¹⁴. O instrumento foi estruturado com 24 questões, sendo 13 perguntas fechadas, seis abertas e cinco mistas.

Foram respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo de estudo e aprovado com o número 39/2010; as participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos da investigação, tiveram os princípios éticos respeitados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu de setembro a novembro de 2010. Participaram da investigação todas

as gestantes que iniciaram o pré-natal na ocasião, sendo orientadas quanto aos procedimentos para captação de suas informações.

Finalizada a coleta, os dados foram tabulados e organizados com auxílio do *software Excel* versão 2007. Para análise e discussão dos resultados foi empregada a estatística descritiva que procura descrever e avaliar o fenômeno mediante a análise de suas variáveis, com apoio de referencial teórico apropriado¹³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil social

Os resultados evidenciam que houve variação na faixa etária que oscilou entre 19 e 38 anos e, média de 28 anos. Predominou o grupo etário de 22 a 25 anos - 12 (29,3%) gestantes, seguindo-se 11 (26,8%) que engravidaram com 34 anos ou mais, conforme mostra a Tabela 1. É preciso registrar que idade acima de 35 anos é um fator de alto risco na gestação. O aumento no número de mulheres que engravidam tardiamente é uma realidade no Brasil, como em todo mundo, sendo esse fenômeno atribuído ao aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho¹⁵. Neste estudo, 25 (61%) entrevistadas trabalham remuneradamente.

TABELA 1: Aspectos sociodemográficos de gestantes atendidas em pré-natal de hospital universitário. Município do Rio de Janeiro, 2010. (N=41)

Aspectos sociodemográficos	f	%
Faixa etária (anos)		
18 a 21	7	17,1
22 a 25	12	29,3
26 a 29	6	14,6
30 a 33	5	12,2
≥ 34	11	26,8
Cor		
Branca	17	41,5
Parda	15	36,6
Negra	9	21,9
Estado conjugal		
Casada	13	31,7
Solteira	13	31,7
União estável	13	31,7
Separada	2	4,9
Ocupação		
Trabalha	25	61
Do lar	15	36,6
Estudante	1	2,4
Renda familiar mensal (salário mínimo = R\$510,00)		
Até 1	3	7,3
2 a 3	19	46,4
4 a 5	9	21,9
Acima 6	10	24,4
Escolaridade		
Fundamental incompleto	4	9,8
Fundamental completo	6	14,6
Médio incompleto	6	14,6
Médio completo	19	46,4
Superior incompleto	3	7,3
Superior completo	3	7,3

Com relação à cor, a maioria das participantes se autodeclararam branca de acordo com a Tabela 1. Contudo, quando comparado esse dado com a escolaridade, foi observado que a população parda mostrava-se mais instruída, seguida das brancas e negras. Vale destacar que tal resultado diverge da realidade brasileira, devido aos aspectos históricos e culturais que determinam menores condições econômicas, de tempo de estudo e de acesso aos serviços de saúde para a população negra/parda¹⁶. O profissional de saúde, portanto, deve avaliar melhor suas clientes, a fim de oferecer da melhor forma possível uma assistência de qualidade e equânime. Cabe ainda salientar que, para instituir um ambiente acolhedor e resolutivo nas demandas individuais, o profissional deve utilizar-se de linguagem compreensível.

Em relação ao estado conjugal, a maioria - 26(63,4%) - é casada ou possui união estável. O aumento da infecção pelo HIV em mulheres através de relações sexuais heterossexuais, denota uma condição de vulnerabilidade para este grupo. De acordo com pesquisas desenvolvidas, tem sido considerado pouco provável que as mulheres de parceria fixa pensem na possibilidade de contaminar-se com DST/HIV, pois não se consideram *promíscuas* e creem na fidelidade conjugal. A não utilização de preservativos também está associada à imprevisibilidade das relações, crença na diminuição do prazer, nível de conhecimento limitado sobre o uso do preservativo e questões reprodutivas, dificuldades em negociar o uso da camisinha, poder de gênero, dependência emocional e financeira entre parceiros, tempo de relacionamento e vontade de ter filhos^{17,18}.

A construção das diferenças entre gênero ocorre, principalmente, pela família através do processo de socialização e na disseminação de saberes, normas e condutas comportamentais. Estudo demonstra as dificuldades de adolescentes e pais em dialogar sobre sexualidade, por vergonha ou acreditando que a abordagem desse tema possa induzir precocemente à atividade sexual¹⁹.

No caso das gestantes, a participação de acompanhante nas consultas pré-natal é um direito e favorece a assistência humanizada, maior segurança à gestante e ao feto. Saber oportunizar a presença do parceiro/acompanhante nas consultas de pré-natal torna-se uma estratégia educativa, para introduzir conversas sobre sexualidade e prevenção, discutindo a temática não apenas com a gestante, mas com todos os envolvidos no seu círculo social²⁰.

Quanto à renda mensal familiar, predominou a faixa que vive com 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1020,00 – R\$ 1530,00), 19(46,4%). Esse dado é preocupante, considerando a vertente epidemiológica de pauperização. A população mais pobre sofre pela dificuldade de acesso a serviços básicos e/ou de qualidade, como educação e saúde, acarretando uma situação de vulnerabilidade social.

É importante ressaltar que o empoderamento feminino e ascensão social, adquiridos pelos movimentos de igualdade de gênero, contribuem para a redução da vulnerabilidade feminina à infecção pelas DST/AIDS. O nível de escolaridade pode estar relacionado com maior utilização do preservativo, contudo, os aspectos sociais e culturais de poder de gênero ainda conduzem as mulheres a situações de vulnerabilidade, com baixa utilização do preservativo^{21,22}.

Quanto à sexarca, foi obtida uma média de 17 anos, com mínima de 12 e máxima de 28 anos. Esse dado diverge do contexto brasileiro, onde a primeira relação sexual ocorre cada vez mais precocemente, com média de 15 anos para o sexo feminino²³. No Brasil, vive-se outra vertente epidemiológica, a juvenalização, podendo estar associada a uma maior liberdade sexual, à facilidade dos contatos íntimos e aos estímulos vindos dos meios de comunicação, propiciando contatos sexuais precoces^{7,17,24}. É necessário, portanto, pensar que as atividades educativas devem acompanhar a realidade onde estão inseridas, promovendo para os jovens informações quanto à sexualidade, reprodução e formas preventivas e contraceptivas. Outra importante mudança é desconstruir a imagem do preservativo apenas como método preventivo, e inseri-lo em concepções de prazer através da erotização²⁴.

Conhecimento DST/AIDS

Observa-se que a maioria das gestantes citou o preservativo como forma de prevenção das DST utilizado na vida pessoal. As demais mulheres não se previnem ou não sabem informar formas preventivas das DST, conforme expõe a Tabela 2. Torna-se inquietante não apenas a falta de conhecimento sobre o assunto por parte das entrevistadas, mas o comportamento que assumem de não adoção de práticas preventivas. Estudo demonstra que a falta de conhecimento das mulheres sobre o tema e ausência de diálogos podem favorecer a utilização incorreta do preservativo²².

TABELA 2: Conhecimento das gestantes atendidas em pré-natal de um hospital universitário quanto às DST/AIDS e sua prevenção e transmissão. Município do Rio de Janeiro, 2010. (N=41)

Conhecimentos	f	%
Formas de prevenção as DST utilizados na vida pessoal		
Preservativo	25	60,9
Não se previne	7	17
Único parceiro	7	17
Não sabe informar	4	9,7
Não compartilhar seringas e agulhas	1	2,4
Uso de anticoncepcional	1	2,4
Uso individual de alicate de unha	1	2,4
Formas de infecção pelo HIV		
Relação sexual sem preservativo	37	90,2
Compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas	23	56
Transfusão de sangue	19	46,3
Contato com sangue contaminado	5	12,1
Alicate de unha e objetos perfurocortantes	4	9,7

Cabe salientar que algumas entrevistadas acreditam que único parceiro seja uma forma de prevenção das DST/AIDS, de fato a tríade de prevenção (abstinência sexual, único parceiro e camisinha) seria uma medida efetiva na redução da transmissão sexual, contudo, não há como quantificar possíveis relações extraconjugais, sendo este dado impreciso²⁵. Dados indicam que o número de infecção pelo HIV em mulheres é predominantemente por transmissão heterossexual⁸.

O uso do anticoncepcional hormonal foi identificado como forma preventiva para DST por uma participante do estudo. Essa informação errônea acaba gerando uma situação de vulnerabilidade, considerando que muitas mulheres abandonam o uso do preservativo para utilizar outros métodos contraceptivos²⁶.

Com relação ao conhecimento da sigla DST, 31 (75,6%) responderam corretamente, no entanto, 3 (7,3%) responderam erroneamente ou de forma incompleta. Esse dado reforça a necessidade de o profissional de saúde reconhecer sua clientela, expressar-se de forma clara e incitar a usuária a revelar suas dúvidas e anseios.

Quando perguntadas se já haviam contraído alguma DST, 34 (82,9%) negaram e 7 (17,1%) afirmaram ter tido alguma DST em algum momento da vida. O HPV foi citado por 3 (42,9%) gestantes acometidas por DST, seguido de candidíase - 2 (28,6%) e, respectivamente, gardnerella e Hepatite C - 1 (14,3%). O HPV é umas das DST com maior percentual de incidência em todo mundo, as lesões provocadas pelo vírus na parede uterina, além de favorecer o risco de câncer de colo de útero, facilita a infecção pelo HIV²⁷. As DST são consideradas um problema de saúde pública em todo o mundo, devido à morbimortalidade materno-infantil e aumento da suscetibilidade à infecção pelo HIV.

Quanto aos conhecimentos sobre sinais e sintomas decorrentes de DST, 11 (26,8%) entrevistadas relataram que não sabiam informar, o que sugere uma procura de atendimento hospitalar tardio e uma provável piora no quadro clínico. Os sinais/sintomas mais conhecidos decorrentes de uma DST, apontados por 9 (21,9%) gestantes, foram a perda de peso e corrimento vaginal; 8 (19,51%) citaram verrugas e 7 (17,07%) prurido. É interessante o fato de uma entrevistada citar apatia como sintoma de DST, pois não se trata de uma sintomatologia específica, contudo, o diagnóstico de uma DST pode provocar respostas psicológicas. A perda de peso pode estar associado às imagens veiculadas pela mídia, dos indivíduos acometidos pelo HIV, no início da epidemia. Observou-se, também, o desconhecimento de uma entrevistada ao citar plaquetopenia, como alusão ao quadro de imunodepressão ocasionado pelo HIV.

Entre as formas de contaminação por HIV apontadas pelas gestantes, 37 (90,2%) citaram as relações sexuais sem preservativo, contudo, apenas 25 (60,9%) relataram utilizar a camisinha como forma preventiva, de acordo com a Tabela 2. Estudo nacional, também, demonstra

bom nível de conhecimento quanto ao uso do preservativo, porém na prática seu uso não ocorre com a mesma frequência¹⁴. Pensar em ações que visem maior aderência às práticas sexuais seguras faz parte das estratégias de educação em saúde. A erotização do preservativo, pedindo que o parceiro auxilie para sua colocação, treinar o uso em seu próprio corpo ou em objetos lúdicos, utilizar marcas com aromas e texturas, minimizar os incômodos com tamanhos adequados ou aplicação de lubrificantes a base de água podem auxiliar na prevenção²⁴.

Ainda pode-se observar a presença de informações equivocadas entre as gestantes, o beijo foi citado quatro vezes, contato com pele não íntegra - trê e assento de banheiro público e objetos de uso pessoal foram mencionados uma vez, sendo essas inverdades propulsoras de atitudes discriminatórias aos portadores do HIV e a disseminação de falso conhecimento.

Merece destaque a não menção da amamentação e da transmissão vertical como formas de vias de transmissão do HIV. Segundo o Estudo Sentinela Parturiente de 2004, estima-se uma prevalência de 12.256 gestantes infectadas pelo HIV. Diferente da transmissão em outros grupos populacionais, a simples suspeita de exposição das gestantes e dos recém-nascidos deve ser notificada e investigada, em virtude dos benefícios do tratamento no prognóstico da criança⁷.

Em relação ao conhecimento sobre os tipos de DST, o HIV apareceu como mais citado por 33 (80,4%) entrevistadas, seguido pela sífilis - 20 (48,7%), Gonorréia 16, HPV e Candidíase 7 e em menores proporções cancro mole, herpes e Hepatite B e C. O reconhecimento do HIV deve-se à intensa mobilização mundial para seu combate.

Em relação às atividades educativas por profissionais de saúde para a prevenção de DST, 25 (61%) afirmaram ter recebido orientações preventivas e 16 (39%) negaram. Como a pesquisa foi realizada na primeira consulta pré-natal, pode-se, apenas, alertar que desconhecimentos e equívocos quanto às DST/AIDS ainda permeiam o saber de mulheres/gestantes que adentram a consulta pré-natal. Entre as gestantes que afirmaram ter recebido esclarecimentos, 14 (56%) receberam de médicos, 10 (40%) de enfermeiros e 6 (24%) de demais profissionais da área da saúde. As orientações mais citadas foram o uso do preservativo, manter parceiro único e exame ginecológico de rotina. Algumas orientações podem ser interpretadas como autoritárias, onde o profissional é o detentor do saber e o paciente/cliente é o ser passivo. Pelos registros das gestantes podemos observar duas formas distintas de receber a informação.

Outro dado revela que 20 gestantes, aproximadamente 50%, não receberam orientações sobre DST/AIDS durante o pré-natal. Vale lembrar que as sorologias para sífilis e HIV são exigências de procedimentos mínimos, que devem ser ofertadas na assistência pré-natal, conforme orientação do Ministério da Saúde. Para realização destes exames é imprescindível

dível que sigam orientações, como o aconselhamento pré-teste.

Cabe lembrar que as atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro, com base na lei e regulamentação do exercício profissional, devem sobrevir do registro de enfermagem como a prática da sistematização da assistência. As atividades de educação em saúde fazem parte deste cuidado, e necessitam de constante reavaliação, para que, no decorrer da assistência pré-natal, o profissional identifique as carências onde possa estar atuando. Entretanto, estudo constatou que os enfermeiros priorizam os registros de aspectos físicos e biológicos em detrimento dos psicossociais²⁸.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como propósito identificar o conhecimento das gestantes quanto às formas de transmissão e prevenção acerca das DST/AIDS. Os resultados apontam que existem entrevistadas que não sabiam o significado da sigla DST. Apesar de o preservativo ser o método preventivo mais utilizado, parcela expressiva de gestantes não sabia informar corretamente as formas preventivas ou não se preveniam. A maioria das entrevistadas recebeu orientações sobre DST no pré-natal, mas parte significativa nunca participou de ações educativas com profissionais de saúde.

As situações expostas favorecem não apenas a vulnerabilidade individual e social vivenciadas pelas mulheres, mas também a programática. Diante do exposto, é preciso reforçar que o processo educativo é uma atividade imprescindível durante o pré-natal, não apenas como uma assistência que vise a prevenção das DST/AIDS e outras patologias, mas como uma ação que busca emancipar o indivíduo, tornando-o protagonista da própria saúde.

O número de entrevistadas foi uma limitação do estudo, entretanto, houve redução das atividades de assistência pré-natal, na instituição pesquisada, quando os dados foram coletados. A pesquisa, entretanto, sinaliza que existem gestantes que iniciam o pré-natal com desconhecimentos quanto às DST e suas formas de transmissão e prevenção, reforçando a importância das constantes abordagens educativas, já que a temática ainda é carregada por preconceito. Os resultados obtidos não podem ser generalizados devido à reduzida amostra.

O desenvolvimento de novas investigações para avaliar as ações educativas de prevenção às DST/AIDS no pré-natal se sustenta na vulnerabilidade feminina à infecção, na presença de lacunas do conhecimento das gestantes, nas dificuldades dos profissionais em fomentar ações educativas resolutivas. Sugere-se, também, que outros estudos avaliem os conhecimentos das mulheres quanto às DST/AIDS ao término da gestação.

REFERÊNCIAS

1. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev esc enferm USP* 2009; 43:401-6.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. [Internet]. Brasília (DF); 2011. [citado em 03 ago 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
3. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery*. 2012; 16:312-9.
4. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28:789-800.
5. Governo Federal (Br). Decreto-lei nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7498/86 sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial - República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 1987 jun; p. 8853-5.
6. Mendonça PME, Alves MA, Campos LC. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/AIDS no Brasil. *RAE-eletrônica*. 2010; [citado em 10 jan 2012] 9(1): (Art. 6). Disponível em: www.scielo.br/pdf/raeel/v9n1/v9n1a7.pdf.
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Epidemiologia da AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. 2011; 10(12):1-18.
8. Santos NJS, Barbosa, RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EM. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (Supl):321-33.
9. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília (DF): Gráfica do MS; 2005.
10. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis*. Brasília (DF): Gráfica do MS; 2006.
11. Shimizu HE, Lima MG. Dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62:387-92.
12. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-São Paulo. Programa Estadual de DST/AIDS-São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. *Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo*. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 [citado 15 ago 2012]; 45:812-5. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400026&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400026.

13. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos da metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
14. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP). Brasília (DF): Gráfica do MS; 2008.
15. Parada CMGL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Esc Anna Nery*. 2009; 13:385-92.
16. Lopez, LC. Uma Análise das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. *Saude soc.* [online]. 2011; 20:590-603.
17. Barreto ACM, Santos RS. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2009; 13:809-16.
18. Ribeiro KCS, Silva J, Saldanha AAW. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. *J bras doenças sex transm.* 2011; 23:84-9.
19. Fonseca AD, Gomes VLO, Teixeira KC. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2010; 14:330-7.
20. Pierre LAS, Clapis MJ. Planificación familiar en Unidad de Salud de la Familia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010 [citado em 10 jan 2012] 18(6): [08 pantallas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_17.pdf
21. Santos TL, Abud ACE, Inagaki ADM. Vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres com alta escolaridade. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:502-5.
22. Sousa LB, Cunha DFF, Ximenes LB, Pinheiro AKB, Vieira NFC. Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres acerca do uso do preservativo. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:147-52.
23. Hugo TDO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC, et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27:2207-14.
24. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43:551-7.
25. Allen C, Mbonye M, Seeley J, Birungi J, Wolff B, Coutinho A, et al. ABC for people with HIV: responses to sexual behavior recommendations among people receiving antiretroviral therapy in Jinja, Uganda. *Culture, Health & Sexuality*. 2011; 13:529-43.
26. Wand H, Ramjee G. The effects of injectable hormonal contraceptives on HIV seroconversion and on sexually transmitted infections. *Aids (London)*. 2012; 26:375-80.
27. Pogetto MRB, Silva MG, Parada CMGL. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, em um município do interior paulista, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(3):[07 telas]. [citado em 10 jan 2012] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_07.pdf
28. Neves RS, Shimizu HE. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63:222-9.