

Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do sul do Brasil

Marília Alessandra Bick ¹

Tamiris Ferreira ²

Clécia de Oliveira Sampaio ³

Stela Maris de Mello Padoin ⁴

Cristiane Cardoso de Paula ⁵

¹⁻⁵ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima, nº 1000. Prédio 26, 3º andar, sala 1336. Bairro Camobi. Santa Maria, RS, Brasil. CEP: 97.105-900. E-mail: cris_depaula1@hotmail.com

Resumo

Objetivos: caracterizar o perfil social e clínico de gestantes infectadas pelo HIV, os fatores associados à prevenção da transmissão vertical, e analisar a qualidade das informações disponíveis nas fichas de notificação do SINAN e prontuários clínicos de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV em um serviço especializado, em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul.

Métodos: estudo documental retrospectivo realizado em prontuários de 110 mães com HIV e seus filhos nascidos no período entre junho/2014 a março/2017. Para análise foram considerados a frequência absoluta dos dados e o percentual.

Resultados: a caracterização das mulheres infectadas representa o cenário brasileiro, com adultas jovens, escolaridade baixa e ocorrência de situação de emprego não remunerado. A maioria das mães realizou o tratamento durante a gestação e o acompanhamento pré-natal com intenção de aplicar as medidas profiláticas recomendadas pelos protocolos nacionais. Identificou-se maior ocorrência de incompletude dos dados nos fatores de prevenção da transmissão vertical.

Conclusões: identifica-se o comprometimento da qualidade da assistência direcionada a população, exposta em grande parte a condições sociais desfavoráveis. A ocorrência de incompletude dos dados mostra que ainda não há uma cultura, entre os profissionais de saúde, que assegure o preenchimento adequado das informações e favoreça a transferência destes entre os serviços.

Palavras-chave HIV, Transmissão vertical de doença infecciosa, Sistemas de informação em saúde, Brasil



Introdução

No Brasil, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2017 foram notificados, à Coordenação Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids do Ministério da Saúde, 882.710 casos de Aids. Destes, 576.245 ocorreram em homens e 306.444 em mulheres. Entre os anos de 1980 a 2002 observou-se aumento do número de casos em mulheres, o que incidiu no processo de feminização da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no período constante entre 2003 a 2008, no qual para cada 15 homens havia 10 mulheres infectadas.¹ Este processo revela o paradigma da natureza feminina no Brasil, que considera: destino à maternidade, passividade no relacionamento, desigualdades de gênero e a (in)disponibilidade de métodos preventivos controlados pelas mulheres brasileiras.^{2,3}

O Estado do Rio Grande do Sul apresenta, desde o ano 2000, as maiores taxas de detecção de HIV em gestantes, que em 2016 revelava uma taxa 2,2 vezes maior do que a nacional, com 5,6 casos em cada mil nascidos vivos.¹ A categoria de exposição vertical decorre basicamente de três momentos: a gestação, o parto e após o nascimento, pelo aleitamento materno.⁴ Para esses momentos há evidência da efetividade da profilaxia,^{5,6} em que o Brasil é considerado referência mundial quanto às políticas públicas de enfrentamento da epidemia.

O controle da transmissão vertical representa um desafio às políticas públicas, as quais são dependentes de informações acerca de dados epidemiológicos de qualidade. No Brasil a fonte destes dados é a notificação compulsória de casos de HIV/Aids no Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN).^{1,7} Entretanto, é reconhecido o elevado percentual de informações ignoradas ou não preenchidas em prontuários clínicos ou registros eletrônicos.⁸⁻¹⁰ Considerando as Fichas de Notificação Individual (FIN) e os dados dos sistemas de informação em saúde, há métodos aplicados para avaliar a completude destes, de modo a constituir estratégias para qualificar o processo, corrigir inadequações nos instrumentos além de incompletudes e inconsistências nos dados, sustentando a necessidade de treinamento permanente dos operadores e a revisão de documentos técnicos referentes à classificação de variáveis, entre outras.^{1,11}

O SINAN é um sistema de responsabilidade do Ministério da Saúde e controlado pela Secretaria de Vigilância à Saúde tem como finalidade o registro e o processamento de dados acerca dos agravos de notificação no território nacional, permitindo a rea-

lização do diagnóstico situacional, e indicando os possíveis fatores de risco e a situação epidemiológica do país, por meio da publicação de boletins e anuários. A alimentação dos dados do SINAN pode ser realizada tanto nas unidades de saúde quanto nas secretarias de saúde.⁷ A Portaria GM/MS nº 201 de 03 de novembro de 2010 é responsável por monitorar e regular a alimentação do sistema e, a Portaria GM/MS nº 1.378 de 09 de julho de 2013, pelo financiamento das ações da Vigilância em Saúde. Para isso, deve ser realizado o preenchimento das FIN pelos profissionais para cada usuário que apresentar alguma ocorrência de notificação de interesse da região ou compulsórias, as quais são apresentadas pela Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007.^{7,12,13}

A notificação da infecção pelo HIV em gestantes, parturientes ou puérperas e da criança exposta ao risco da transmissão vertical deve ser realizada por meio da FIN e enviadas semanalmente às secretarias de saúde pelo sistema. Nestes casos, a cada gestação de mulher infectada pelo HIV, uma nova notificação de gestante HIV é realizada. Quando uma criança nasce é preenchida uma FIN daquela exposta ao HIV. Para cada notificação uma cópia deve ser anexada ao prontuário clínico,¹⁴ o qual se constitui de um conjunto de documentos padronizados, destinados a registrar todas as informações dos cuidados prestados ao usuário no serviço hospitalar. O estudo documental pode direcionar a atenção à prática dos profissionais e à planificação dos gestores dos serviços de saúde, uma vez que apresenta a realidade local e a importância do preenchimento adequado destes instrumentos.^{11,15} Ao considerarmos o HIV, a adequabilidade das políticas direcionadas a essa população depende da disponibilidade e qualidade dos dados de caracterização das famílias, disponíveis nos serviços.^{1,4}

A exposição aos fatores de risco sociais, como pobreza, e clínicos, dos quais se destacam a desnutrição e as doenças infecciosas, comprometem o desenvolvimento infantil irrestrito, considerando que os primeiros mil dias de vida (desde a gestação até segundo ano completo) se constituem como um marco na evolução física, cognitiva, emocional e cultural da criança.¹⁶ Esses fatores estão relacionados ao desfecho clínico da criança exposta ao HIV.

Parte-se do pressuposto de que o registro fidedigno dos dados epidemiológicos é fundamental para a investigação da condição sorológica e para organização de ações e de políticas de prevenção da transmissão vertical do HIV, as quais são indispensáveis para permitir a promoção da saúde das

crianças. Desse modo, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil social e clínico de gestantes infectadas pelo HIV e os fatores associados à prevenção da transmissão vertical, bem como analisar a qualidade das informações disponíveis nas fichas de notificação do SINAN e prontuários clínicos de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV, em um serviço especializado, no interior do Rio Grande do Sul.

Métodos

Desenvolveu-se um estudo documental retrospectivo no serviço de arquivo médico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul. Como critérios de inclusão, foram consideradas todas as crianças nascidas verticalmente expostas ao HIV durante o período entre junho de 2014 a março de 2017. Foram excluídas as crianças notificadas tardiamente (fora do período de coleta de dados) e as gestações com desfecho de aborto ou natimorto.

Segundo dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), no período preestabelecido para este estudo, foram notificados no SINAN 126 casos de gestantes com HIV. Destas, 16 foram excluídas: 14 abortos, um bebê natimorto, e uma notificação duplicada (considerada apenas uma vez). Deste modo, o resultado foi uma população elegível de 110 crianças verticalmente expostas ao HIV.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro de 2016 a março de 2017, por meio dos prontuários clínicos de crianças expostas e gestantes infectadas pelo HIV e das respectivas fichas de notificação do SINAN. O acesso aos prontuários deu-se no serviço de arquivo do HUSM, ao qual compete o controle (liberação, recebimento, arquivamento e organização dos documentos e resultados de exames) do acervo de aproximadamente 370 mil prontuários clínicos, além do suporte às pesquisas documentais desenvolvidas na instituição. Este suporte é organizado com solicitação presencial e prévia dos prontuários requeridos, com limite diário de dez por coletor. A sala de consulta aos prontuários atende a cinco pessoas por turno, devido à infraestrutura física. A solicitação para esta pesquisa demandou planejamento da lista da população elegível e elaboração de cronograma da equipe de coletores. A lista foi composta pelo número do registro hospitalar e nome da mãe, e este mesmo registro sobre a criança. Cada coleta documental gerava um código de instrumento de pesquisa, de acesso comum à equipe.

Para tanto, a equipe de coletores foi composta por três mestrandas e três bolsistas de iniciação científica, integrantes do grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) da Universidade Federal de Santa Maria. A pesquisadora responsável promoveu treinamento prévio e supervisão da equipe.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir do protocolo de investigações de casos de transmissão vertical do HIV, e incluiu dados de caracterização social e clínica materna e da criança, antecedentes epidemiológicos da mãe, dados de pré-natal, parto, nascimento e puerpério, além de conclusão da investigação da transmissão vertical do HIV. O instrumento foi inserido no programa *Epi Info*TM (versão 7.1.0.6) para coleta de dados em meio eletrônico (*tablet*) e, posteriormente, para a construção do banco de dados, dispensando a dupla digitação independente. O pré-teste permitiu a adequação das variáveis, evitou os vieses de respostas e esclareceu as dúvidas dos coletores. Além disso, foram registradas as orientações no manual de coleta documental do projeto de pesquisa matricial “Avaliação da capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV” (CAPFAM I). O banco de dados foi submetido à análise estatística, a qual considerou a frequência absoluta e percentual dos dados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 50609615.1.0000.5346, parecer 1.963.382), e elaborado nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A caracterização social das gestantes mostrou predomínio das gestações na faixa etária entre 26 a 35 anos (51,8%), e 2,7% de incompletude nos prontuários. A escolaridade das gestantes segue a tendência nacional (45,5%) com ensino fundamental incompleto, expresso na ficha de notificação do SINAN como 1ª a 4ª série; este campo apresentou 9,1% de incompletude dos dados. Quanto à ocupação, 59,4% foram identificadas como do lar/donas de casa. A parceria sexual foi considerada fixa para 72,7%, com incompletude de 14,6%. Além disso, a condição sorológica do parceiro esteve registrada em apenas 61,9% dos prontuários, dos quais 18,2% desconheciam a sorologia. Contudo, houve incompletude de 38,1%: esse dado representa a maior incompletude presente na caracterização social das gestantes infectadas (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta as variáveis clínicas das

Tabela 1

Caracterização social e completude dos dados de gestantes infectadas pelo HIV (n=110). Santa Maria, RS, 2017.

Variáveis	N=110	%	Incompletude	
			n	%
Faixa etária (anos)			3	2,7
16-25	35	31,8		
26-35	57	51,8		
36-45	15	13,7		
Escolaridade			10	9,1
Sem escolaridade	1	0,9		
Ensino Fundamental Incompleto	50	45,5		
Ensino Fundamental Completo	3	2,7		
Ensino Médio Incompleto	11	10,0		
Ensino Médio Completo	27	24,5		
Ensino Superior	8	7,3		
Ocupação			9	8,2
Do lar	65	59,4		
Estudante	4	3,6		
Nível Técnico	5	4,5		
Profissional Liberal	4	3,6		
Serviços Indústria ou Comércio	10	9,0		
Serviços de Limpeza ou Domestica	13	11,7		
Município de Residência			1	0,9
Santa Maria	81	73,7		
Outros municípios da região	28	25,4		
Zona de Residência			3	2,7
Urbana	86	78,2		
Periurbana	13	11,8		
Rural	8	7,3		
Parceria Sexual			16	14,6
Parceiro fixo	80	72,7		
Múltiplos parceiros	14	12,7		
Condição sorológica do parceiro			42	38,1
Infectado	29	26,4		
Não infectado	19	17,3		
Sorologia desconhecida	20	18,2		

gestantes infectadas pelo HIV. O preenchimento da ficha de notificação individual da gestante ocorreu no 3º trimestre para 61% delas. Além disso, a tabela evidencia a incompletude dos dados em 27,2%.

Quanto ao uso de drogas injetáveis, 36,4% apresentaram incompletudes dos dados em prontuários, e apenas 2,7% estavam identificadas como usuárias. A incompletude do tempo de diagnóstico ocorreu em 21,7%, e quanto aos preenchidos houve prevalência de mulheres com 1 a 5 anos (34,5%), seguida por 25,4% com menos de um ano de infecção.

O acompanhamento pré-natal não foi realizado por 3,6% das gestantes, e em 13,6% houve incom-

pletude nos prontuários; das demais, 65,6% acessaram o serviço do pré-natal de alto risco no HUSM. O diagnóstico do HIV foi realizado no pré-natal para 30% das mulheres, 5,4% dos diagnósticos foram identificados durante o parto e 1,8% após o nascimento da criança. A maioria em acompanhamento durante a gestação (80%) recebeu antirretrovirais para tratamento e prevenção da transmissão vertical. Neste campo, houve 6,4% de incompletude. A carga viral materna mais próxima da data do parto foi detectável em 38,2% das gestantes, e apresentou incompletude de 29,1%. A ausência da contagem de carga viral ou de preenchimento deste dado nos

Tabela 2

Caracterização clínica e completude dos dados de gestantes infectadas pelo HIV, (n=110). Santa Maria, RS, 2017.

Variáveis	N=110	%	Incompletude	
			n	%
Notificação individual da gestante			25	27,2
1º Trimestre	5	4,5		
2º Trimestre	8	7,3		
3º Trimestre	67	61,0		
Uso de drogas injetáveis			40	36,4
Sim	3	2,7		
Não	67	60,9		
Tempo de diagnóstico (anos)			24	21,7
< 1	28	25,4		
1-5	38	34,5		
6-10	11	10,0		
11 anos ou mais	13	12,0		
Acompanhamento Pré-Natal			15	13,6
Serviço especializado	72	65,6		
Atenção Primária	16	14,5		
Serviço Particular	3	2,7		
Quando foi realizado o diagnóstico de infecção pelo HIV			3	2,7
Antes do pré-natal	66	60,1		
No pré-natal	33	30,0		
Parto	6	5,4		
Puerpério	2	1,8		
Uso de antirretrovirais para tratamento na gestação			7	6,4
Sim	88	80,0		
Não	15	13,6		
Carga viral			32	29,1
Indetectável	36	32,7		
Detectável	42	38,2		
Intercorrências clínicas			69	62,9
Alterações metabólicas	4	3,6		
Infecção urinária	5	4,5		
Infecção vaginal	7	6,4		
Alterações psicológicas	4	3,6		
Problemas respiratórios	6	5,4		
Reação aos antirretrovirais	2	1,8		
Uso de álcool ou drogas	13	11,8		
Coinfecções			81	73,7
Hepatite C	5	4,5		
Papiloma Vírus Humano	3	2,7		
Sífilis	20	18,2		
Tuberculose	1	0,9		
Complicações obstétricas			79	72,0
Ameaça de abortamento	6	5,4		
Crescimento intrauterino restrito	5	4,5		
Diabetes gestacional	6	5,4		
Hipertensão arterial	8	7,3		
Parto pré-termo	6	5,4		

prontuários pode dificultar a investigação dos casos de transmissão vertical do HIV, considerando que a vigência de carga viral indetectável é um fator protetor à transmissão vertical.

Em contrapartida, intercorrências clínicas, complicações obstétricas e coinfeções podem prejudicar a prevenção da transmissão vertical. Verificou-se maior ocorrência de uso de álcool e drogas para 11,8% com 62,9% de incompletude, 7,3% de hipertensão arterial com 73,7% de incompletude e sífilis para 18,2% com 72% de incompletude, respectivamente. As coinfeções foram os dados da caracterização clínica das gestantes que apresentaram maior incompletude, com 73,7% de dados ausentes.

Os fatores relacionados ao parto, ligados à prevenção da transmissão vertical, são apresentados

na Tabela 3. A via de parto foi cesárea eletiva para a maioria das gestantes (66,4%). Houve rotura de membranas para 17,3% das gestantes e 14,5% de incompletude. Dos prontuários analisados, houve 10% de incompletude acerca de episiotomia; entretanto, esta prática ainda foi comum em 9,1% dos partos. Apenas 80% dos prontuários apresentaram registro de uso de antirretrovirais para profilaxia durante o parto, com 10% de incompletude. O uso de inibidor farmacológico de lactação esteve registrado em 82,7% dos prontuários, mas ocorreu 14,5% de incompletude de dados. Quanto a realização do teste rápido anti-HIV em momentos próximos ao parto, encontrou-se 46,4% de incompletude; além disso, considerando os prontuários em que havia informações, a testagem não foi realizada para 28,2% das gestantes.

Tabela 3

Fatores associados à prevenção da transmissão vertical do HIV no parto e incompletude dos dados (n=110). Santa Maria, RS, 2017.

Variáveis	N=110	%	Incompletude	
			n	%
Tipo de parto			4	3,6
Vaginal	26	23,6		
Cesárea eletiva	73	66,4		
Cesárea de emergência	7	6,4		
Rotura de membranas			16	14,5
Sim	19	17,3		
Não	75	68,2		
Episiotomia			11	10,0
Sim	10	9,1		
Não	88	80,9		
Uso de antirretrovirais antes do parto			11	10,0
Sim	88	80,0		
Não	10	9,1		
Uso de inibidor de lactação			16	14,5
Sim	91	82,7		
Não	3	2,8		
Teste rápido antes do parto			51	46,4
Positivo/reagente	21	19,1		
Negativo/não reagente	5	4,5		
Não realizado	31	28,2		
Indetectável	2	1,8		

Tabela 4

Fatores associados à prevenção da transmissão vertical do HIV às crianças expostas ao HIV e incompletude dos dados (n=110). Santa Maria, 2017.

Variáveis	N=110	%	Incompletude	
			n	%
Início da profilaxia oral na criança			11	10,0
Sim	98	89,1		
Não	1	0,9		
Início profilaxia oral com quantas horas de vida			20	18,2
< 1 hora	3	2,7		
1 a 2 horas	36	32,7		
2 a 4 horas	42	38,2		
> 4 horas	9	8,2		
Recebeu aleitamento materno			8	7,3
Sim	5	4,5		
Não	97	88,2		
Recebeu aleitamento cruzado			17	15,5
Sim	1	0,9		
Não	92	83,6		
Tempo de uso de antirretrovirais na criança (semanas)			21	19,1
3-5	78	70,9		
6	11	10,0		
1º exame carga viral na criança			33	30,0
Detectável	3	2,7		
Inconclusivo	2	1,8		
Indetectável	61	55,4		
Negativo/Não reagente	1	0,9		
Positivo/Reagente	10	9,1		
2º exame carga viral na criança			39	35,5
Detectável	2	1,8		
Indetectável	58	52,7		
Positivo/Reagente	1	0,9		
Evolução do caso			94	85,4
Infectada	3	2,7		
Não infectada	11	10,0		
Perda de seguimento	2	1,8		

Quanto aos fatores relacionados à criança e que estão associados à transmissão vertical do HIV, o recebimento da profilaxia oral ocorreu em 89,1% dos casos. O tempo de recebimento após o nascimento da criança foi de 2 a 4 horas para 38,2%, de menos de 1 hora de vida para 2,7%, e para 18,2% dos prontuários houve incompletude de dados. O registro de oferta de aleitamento materno foi de 4,5% e aleitamento cruzado 0,9%; ainda assim, a incompletude de dados apresentou 7,3% e 15,5%, respectivamente.

Prevaleceu o tempo total de uso de antirretrovirais na criança de 3 a 5 semanas para 70,9%, porém, com 19,7% de incompletude. Os resultados dos primeiros exames para confirmação da condição

sorológica se apresentaram como indetectáveis para 55,4% das crianças, além de 30% de prontuários com incompletude de quantificação de carga viral. Já a segunda carga viral apresentou 1,8% de crianças com resultado detectável e 0,9% positivo/reagente, mas com grande ocorrência de incompletude de dados para 35,5%. A evolução do caso foi a variável com maior ocorrência de incompletude, com 85,4%; quanto às demais crianças, 10% foram consideradas não infectadas, 2,7% receberam diagnóstico de HIV e 1,8% perderam o seguimento neste ambulatório. Estes dados estão apresentados na Tabela 4.

Discussão

A caracterização materna reflete nos dados de outros estudos nacionais, nos quais a faixa etária da maioria das gestantes infectadas corresponde ao ápice do período reprodutivo.^{6,10,17} Desde o ano 2000 a maior ocorrência de notificações no SINAN corresponde às gestantes com idades entre 20 a 24 anos.¹

Os níveis de escolaridade também seguem a tendência nacional, com predomínio de mulheres com ensino fundamental incompleto. Esse menor grau de instrução é indicativo do pouco acesso às informações para prevenção da transmissão vertical. Além disso, ocorrência de ocupação não remunerada é equivalente a estudos que apresentam a problemática da situação social das gestantes com HIV.^{3,17,18} Ainda assim, a rede social da gestante parece ser fortalecida pela presença de parceiro fixo, uma vez que estudos apresentam o companheiro como um facilitador da adesão às recomendações para profilaxia da transmissão vertical.^{19,20}

Na caracterização clínica, a incompletude dos dados foi pouco prevalente, o que pode ser justificado pela maior ocorrência de registros nas consultas das mulheres durante a gestação. Acerca da avaliação das ações de prevenção do HIV durante o pré-natal, além de grande ocorrência de incompletude dos dados, prevaleceu a notificação no 3º trimestre de gestação, o que pode representar a perda de um momento de evitar a transmissão vertical, em razão do descumprimento das recomendações sobre a testagem anti-HIV que deve ser realizada no 1º e no 3º trimestres.⁴

A alta ocorrência de incompletude nos registros relacionados aos fatores de intercorrências, coinfeções e complicações obstétricas problematiza a relação da atenção fragmentada, que não considera as correlações existentes entre estes e a diminuição da efetividade do cumprimento das medidas de prevenção da transmissão vertical. A sífilis foi a principal coinfeção registrada, e é apontada como uma das mais recorrentes no país; além disso, quando estas duas infecções ocorrem em conjunto, há favorecimento da transmissão vertical do HIV. Assim, a realização de testes rápidos em todas as gestantes torna-se necessária para garantir a saúde e reduzir a mortalidade materna e infantil.^{1,21}

Neste estudo, a precaução com a própria saúde é confirmada, pois as mulheres apresentam maior adesão ao tratamento, consideram fácil mantê-lo, não apresentam problemas de saúde, além de evitar o consumo álcool. O consumo de álcool e drogas também é citado na literatura como aspecto redutor da adesão ao TARV, o que possibilita o aumento da

carga viral.^{22,23} Apesar da manutenção do acompanhamento clínico e da TARV, os dados mostram que grande parte das gestantes apresentaram carga viral detectável, ou seja, uma ampliação do fator de risco para a transmissão vertical do HIV. Um estudo também realizado no Sul do Brasil, que analisou a prevalência e fatores associados à transmissão vertical do HIV, corrobora estes resultados e aponta a falha na terapia antirretroviral e a alta carga viral materna como principais fatores de risco para a transmissão vertical do vírus.²⁴

A literatura aponta a relação existente entre o comparecimento às consultas de pré-natal e a melhoria da adesão aos antirretrovirais.⁶ Consequentemente, a adesão à profilaxia da transmissão vertical também depende de estratégias que integrem cuidado realizado durante o pré-natal ao atendimento no serviço especializado, possibilitando maior satisfação e segurança das mulheres para com os profissionais e os serviços de saúde.²⁵

Os resultados encontrados indicam uma preferência pela realização do pré-natal no mesmo serviço em que as mulheres estão vinculadas para o tratamento do HIV. Além disso, o diagnóstico tardio realizado no parto ou puerpério, com apenas 7,2%, esteve abaixo do encontrado em outro estudo também realizado no Brasil, com 22,2% dos casos diagnosticados no mesmo período.²¹ O acesso inadequado ao pré-natal pode facilitar a ocorrência da infecção na criança, decorrente principalmente da baixa adesão materna ao tratamento antirretroviral, o que resulta em 65% de casos de transmissão vertical ocorridos durante o trabalho de parto ou no parto.⁴

Quanto aos fatores que se relacionam com a prevenção da transmissão vertical durante o parto, a maior ocorrência de cesáreas eletivas representa o cumprimento de recomendação para profilaxia. Neste caso, recomenda-se a via vaginal apenas nos casos de mulheres com carga viral indetectável e adesão adequada aos antirretrovirais.⁴

Corroborando resultados, um estudo realizado no interior de Minas Gerais também indica a prevalência de escolha da via cesárea para o parto.²⁶ O tempo de rotura de membranas neste estudo foi superior a 4 horas em apenas 6,3% (n=7) dos casos, semelhante ao encontrado na região sul do Brasil (10,8%). A ocorrência da rotura por um período superior a 4 horas aumenta a possibilidade de transmissão vertical do HIV.²⁶ Igualmente a episiotomia, que ocorre em 9,1% dos casos, aumenta o potencial de transmissão vertical do HIV, e por isso, indica-se a realização de cesariana quando se desconhece a condição sorológica da gestante.²⁷

A importância da profilaxia antirretroviral do

HIV durante o trabalho de parto é justificado pela maior exposição da criança ao sangue materno, e a prática possibilita a prevenção de até 90% dos casos de transmissão vertical.⁴ Esta recomendação foi seguida na maioria dos casos deste estudo, entretanto, uma pesquisa realizada em Santa Catarina apresenta uma redução do uso do medicamento entre o pré-natal e o parto, indicando o descumprimento das recomendações de profilaxia.⁸ A realização do teste rápido é recomendada apenas para as gestantes que não possuem diagnóstico prévio de HIV e, considerando essa recomendação, 28,2% não foram testadas. Entretanto, em 46,4% dos prontuários, não foram encontrados registros do teste.

Quanto aos cuidados direcionados aos recém-nascidos, 89% deles receberam profilaxia oral ao nascer, sendo que 73,6% seguiram a recomendação ministerial, a qual aconselha o recebimento desta nas primeiras 4 horas após o nascimento da criança. Um estudo aponta o cumprimento das recomendações de profilaxia ao recém-nascido, entretanto, com administração do antirretroviral realizada nas primeiras 24 horas de vida para 91% das crianças.⁶ Além disso, não são conhecidos os efeitos preventivos do uso do ARV após as 48 horas de vida da criança.⁴ A ocorrência de incompletude em 18,2% dos prontuários representa dificuldade de compreensão dos profissionais acerca da importância de manter atualizados os registros clínicos dos pacientes, principalmente, em casos de necessidade de investigação da exposição vertical ao HIV.

Sendo a criança integralmente dependente de um cuidador e em se tratando da exposição ao HIV que transpassa as necessidades habituais, são necessários esforços conjuntos dos cuidadores destas crianças, bem como dos profissionais de saúde que as atendem, para garantir a prevenção da transmissão vertical do vírus.²⁸ Sabe-se que o cuidador somente poderá cumprir de maneira adequada todas as recomendações quando estiver conscientizado da possibilidade real de infecção, e de sua responsabilidade para garantir os cuidados diferenciados de acompanhamento, profilaxia medicamentosa, vacinação e alimentação.¹⁷

Quanto à alimentação das crianças expostas ao HIV, em âmbito nacional recomenda-se a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea infantil, uma vez que essa medida previne em 30% a ocorrência de infecção pelo vírus. Além disso, desaconselha-se a prática do aleitamento cruzado, em razão do desconhecimento da condição sorológica da mulher que o realiza.⁴ Um estudo realizado em Fortaleza, no estado do Ceará, vai ao encontro das recomendações ministeriais, e aponta a

não ocorrência de oferta de leite humano às crianças verticalmente expostas ao HIV.¹⁷ Em contraponto, o estudo em tela apresentou a ocorrência de alguns casos de oferta de aleitamento materno e amamentação cruzada, além da incompletude dos prontuários acerca desta informação.

Neste estudo, 70,9% dos casos seguiram a recomendação ministerial de profilaxia medicamentosa à criança, que aconselha a administração de ARV por um período mínimo de quatro semanas. Entretanto, foi encontrado um alto índice de dados incompletos nos prontuários. É relevante salientar aqui o aumento do potencial do fator de proteção da profilaxia antirretroviral ao recém-nascido, quando cumprida de acordo com essas recomendações.⁴

Ademais, o acompanhamento da criança exposta até a confirmação do seu diagnóstico deve ser prioridade da vigilância epidemiológica. Entretanto, a ocorrência de perda de seguimento, o que prejudica o encerramento do caso, é bastante alta, como apresentado em um estudo realizado em Porto Alegre.²¹ Esta descontinuação no acompanhamento ambulatorial pode estar relacionada com a maior ocorrência de incompletude dos dados de prontuários referentes à investigação laboratorial das crianças expostas.

A quantificação de carga viral 1 e 2 não foi registrada em 30% e 35,5% dos prontuários respectivamente. Além disso, a evolução do caso da criança, ou seja, o encerramento da investigação sorológica da mesma, está ausente em 85,4% dos prontuários. Contrapondo-se a estes dados, um estudo também realizado no Rio Grande do Sul apresentou um percentual de mais de 70% de encerramento da investigação sorológica da criança e apenas 17,2% de casos registrados como perda de seguimento, os quais não apresentam dados suficientes para tal.²⁹ Os dados ausentes representam fator de preocupação aos serviços de saúde, uma vez que se desconhece a condição de infecção ou não destas crianças. A implementação de acompanhamento das crianças expostas junto de busca ativa às perdas de seguimento ambulatorial, de modo a monitorar a ocorrência fidedigna dos casos, pode qualificar a atenção à saúde desta população.

A caracterização social das gestantes infectadas pelo HIV indica similaridade com outros estudos realizados em âmbito nacional no Brasil, prevalecendo de penúria e estigmatização. As características clínicas mostraram que as dificuldades socioeconômicas muitas vezes são superadas pelas gestantes, de modo a garantir a proteção de seus filhos. A partir da análise dos dados, foi possível identificar que a completude das informações das gestantes apresenta resultado satisfatório, com pouca

ocorrência de informações não preenchidas. Entretanto, o seguimento do cuidado à criança exposta, bem como o desfecho do diagnóstico de infecção devido à exposição ao HIV materno, indica a baixa qualidade no preenchimento dos prontuários.

Ressalta-se que os dados não são exclusivos das fichas do SINAN, uma vez que estas apresentaram, em sua maioria, completude insatisfatória, com ausência de informações necessárias para avaliação da aplicação das medidas profiláticas da transmissão vertical; portanto, considerou-se também as fichas disponíveis em prontuários clínicos do serviço. Este fator aponta para o considerável número de subnotificações de dados e ausência de comunicação entre os sistemas e serviços de saúde. A efetividade das

políticas brasileiras de prevenção do HIV depende integralmente da completude de dados referentes a investigação dos casos. Deste modo, é necessário conscientizar os profissionais de saúde acerca da relevância da sua atuação na prevenção da transmissão vertical do HIV, o que irá aprimorar a qualidade da saúde da população.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da CAPES, CNPQ e FAPERGS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol HIV Aids. Brasília, DF; 2017.
2. Costa R, Silva RRA. Factors related to feminization of the epidemic of aids: an informational study. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7 (8): 5340-44.
3. Villela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. *Avanços e permanências da resposta à epidemia*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22 (1): 87-96.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília, DF; 2015.
5. Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Silveira MF, Tavares LL, Silva LCF, Silva SFM, Saraceni V. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32 (9): 1-10.
6. Lima ACMA, Costa CC, Teles LMR, Damasceno AKC, Oriá MOB. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27 (4): 311-8.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde pública. Unidade Técnica de Gestão do Sinan. Manual de Operação: SINAN. Brasília, DF; 2015.
8. Ayala ALM, Moreira A, Francelino G. Características socioeconômicas e fatores associados à positividade para o HIV em gestantes de uma cidade do sul do Brasil. *Rev APS*. 2016; 19 (2): 210-22.
9. Gloyd S, Wagenaar BH, Woelk GB, Kalibala S. Opportunities and challenges in conducting secondary analysis of HIV programmes using data from routine health information systems and personal health information. *J Int AIDS Soc*. 2016; 19 (5 suppl. 4): 1-6.
10. Meirelles QB, Lopes AKB, Lima KC. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. *Rev Panam Salud Publica*. 2016; 40 (6): 427-34.
11. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Cienc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (11): 4467-78.
12. Caetano R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. In: Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informações em saúde: Falando sobre os sistemas de informação sobre saúde no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF; 2009.
13. Laguardia J, Domingues CMA, Carvalho C, Lauerman CR, Macário E, Glatt R. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2004; 13 (3): 135-46.
14. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza PRJ, Leal MC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. *BMC Infect Dis*. 2015; 15 (100): 1-11.
15. Maia ABB, Barbosa AB, Silva MNP, Branco LMGC, Rodrigues LMC, Melo TMT. Compilação técnico-científica acerca da auditoria e gestão de qualidade: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2017; 11 (Supl. 3): 1489-94.
16. Cunha AJLA, Leite AJM, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr*. 2015; 91 (6 Suppl. 1): 44-51.
17. Freitas JG, Cunha GH, Lemos LA, Barroso LMM, Galvão MTG. Alimentação de crianças nascidas expostas ao vírus da Imunodeficiência humana. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3): 617-25.
18. Galvão MTG, Cunha GH, Lima ICV. Mulheres que geram filhos expostos ao vírus da imunodeficiência humana: representações sociais da maternidade. *Rev Eletr Enf*. 2014; 16 (4): 804-11.

19. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Souza IEO, Aldrighi JD. Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69 (2): 275-81.
20. Pacheco BP, Gomes GC, Xavier DM, Nobre, CMG, Aquino DR. Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. *Esc Anna Nery.* 2016; 20 (2): 378-83.
21. Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Rev Panam Salud Publica.* 2016; 40 (6): 435-42.
22. Melo VH, Botelho APM, Maia MMM, Correa JMD, Pinto JA. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36 (12): 555-61.
23. Rego SEM, Rego DMS. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59 (1): 70-73.
24. Rosa MC, Lobato RC, Gonçalves CV, Silva NMO, Barral MFM, Martinez AMB, Hora VP. Avaliação dos fatores associados à transmissão vertical de HIV-1. *J Pediatr.* 2015; 91 (6): 523-8.
25. Kleinubing RE, Paula CC, Padoin SMM, Silva CB, Ferreira T, Cherubim DO. Estratégias de cuidador à saúde de gestantes vivendo com HIV: Revisão integrativa. *Ciencia y Enfermeria.* 2016; 22 (2): 63-90.
26. Souza CP, Piantino CB, Queiroz CA, Maia MAC, Fortuna CM, Andrade RD. Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional. *J Res Fundam Care.* 2016; 8 (2): 4526-37.
27. Kakehasi FM, Ferreira FGF, Pinto JA, Carneiro SA. Vírus da imunodeficiência humana adquirida/HIV no período neonatal. *Rev Med Minas Gerais.* 2014; 24 (2): 241-47.
28. Padoin SMM, Paula CC. Programa aids, educação e cidadania: perspectivas para a 2ª década de extensão. *Rev Saúde.* 2012; 1 (38): 51-62.
29. Torres SR, Luz AMH. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007; 28 (4): 505-11.

Recebido em 23 de Agosto de 2017

Versão final apresentada em 28 de Maio de 2018

Aprovado em 20 de Setembro de 2018