

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNA JULIANA BRENTANO KUHN

FERRAMENTAS DE GESTÃO DO CUIDADO DE GESTANTES VIVENDO COM  
HIV: UMA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Porto Alegre, 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FERRAMENTAS DE GESTÃO DO CUIDADO DE GESTANTES VIVENDO COM  
HIV: UMA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Dissertação do Programa de Mestrado  
Profissional em Saúde da Família da  
Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre.

Mestranda: Bruna Juliana Brentano Kuhn

Orientadora: Carine Raquel Blatt

Porto Alegre, 2023.

### Catálogo na Publicação

Kuhn, Bruna Juliana Brentano

Ferramentas de gestão do cuidado de gestantes vivendo com HIV : uma estratégia de prevenção da transmissão vertical / Bruna Juliana Brentano Kuhn. -- 2023.

106 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2023.

Orientador(a): Carine Raquel Blatt.

1. Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas, HIV-1. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Pré-natal. 4. Gerenciamento da Prática Profissional. I. Título.

BRUNA JULIANA BRENTANO KUHN

FERRAMENTAS DE GESTÃO DO CUIDADO DE GESTANTES VIVENDO COM  
HIV: UMA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Aprovado em 24 de abril de 2023.

Banca Examinadora

---

Profa. Dr<sup>a</sup> Alísia Helena Weis

---

Profa. Dr<sup>a</sup> Caren Bavaresco

---

Profa. Dr<sup>a</sup> Daniela Cardoso Tietzmann

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido, Marcos, pelo amor, apoio e parceria nas duplas e triplas jornadas, viabilizando a dedicação necessária para a conclusão deste mestrado;

Aos meus pais, Claudete e Inácio, por todo incentivo ao estudo desde a infância;

À minha orientadora, Carine Raquel Blatt, por ter me guiado a todo momento, me acolhendo nas dificuldades e incentivando sempre que necessário;

À Ivone e Fábria, pela confiança em me designar ao cuidado das gestantes de nosso SAE, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e acendendo o interesse no tema;

À minha colega, Me Simone, pelo apoio e disponibilidade, desde a inscrição à dissertação;

Aos demais colegas do SAE pela parceria e incentivo;

Aos demais colegas da saúde de Novo Hamburgo, por terem permitido, apoiado e participado da pesquisa;

Aos meus colegas do mestrado, pela parceria ao longo de todo curso, divisão de angústias e torcida.

Faça o teu melhor, na condição que você tem,  
enquanto você não tem condições melhores,  
para fazer melhor ainda.

Mário Sérgio Cortella

## RESUMO

O risco de transmissão vertical reduz a quase zero mediante profilaxia da gestante e do bebê, cuidados no parto e supressão da amamentação. Diante disso, em 2018, Novo Hamburgo-RS desenvolveu e implantou uma planilha de monitoramento de gestantes HIV a fim de garantir atenção integral ao pré-natal e identificar em tempo hábil fragilidades no acompanhamento, no entanto, a planilha é centralizada no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e as unidades de Atenção Primária a Saúde (APS) recebem sinalizações de pendências. Visando o controle efetivo e prevenção da transmissão vertical de HIV, o presente estudo propõe elaborar ferramentas que permitam o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na APS. Métodos: estudo misto dividido em 4 etapas. Etapa 1: avaliação da implantação do monitoramento de gestantes HIV no município de 2016 a 2020, Etapa 2: levantamento de informações e demandas através de questionário aos enfermeiros da rede; Etapa 3: desenvolvimento de fluxograma e planilha para o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV e Etapa 4: validação das ferramentas através de grupo focal e avaliação de juízes. Resultados: na etapa 1, 142 gestações foram analisadas, identificou-se uma melhora nos indicadores de adesão à TARV e via de parto adequado após 2018. Na etapa 2, 11 enfermeiros participaram e ficou evidente a carência de recursos humanos capacitados e a falta de comunicação entre setores como questões chaves no atendimento de gestantes HIV. Na etapa 3, o fluxograma foi elaborado partindo do diagnóstico no pré-natal até o nascimento da criança na maternidade, e a planilha foi composta com informações necessárias para a identificação da gestante, monitoramento de adesão e características do parto, importantes para a sinalização e seguimento da criança exposta. Na etapa 4, participaram do grupo focal para a validação do fluxograma 7 pessoas e para a validação da planilha 9 pessoas. Considerações: a implantação efetiva das ferramentas exige um comprometimento com a melhoria contínua do processo, através da educação permanente e continuada dos profissionais atuantes. Produtos: um fluxograma e uma planilha para o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV no município de Novo Hamburgo. Além disso, os resultados desta pesquisa serão publicados em um artigo científico.

**Descritores:** Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas, HIV-1, Atenção Primária à Saúde, Pré-natal, Gerenciamento da Prática Profissional.

## ABSTRACT

The risk of vertical transmission is reduced to almost zero through prophylaxis of the pregnant woman and the baby, through the care during childbirth and the suppression of breastfeeding. Considering this, in 2018, the city of Novo Hamburgo-RS developed and implemented a worksheet for monitoring HIV pregnant women in order to guarantee comprehensive prenatal care and identify follow-up weaknesses in a timely manner; However, the worksheet is centralized in the Specialized Services, while the Primary Health Care (PHC) receives signs of any pendencies. Aiming at the effective control and prevention of vertical transmission of HIV, this study proposes the development of technologies that allow the management of HIV pregnant women care in PHC. Methods: mixed study divided into 4 steps. Step 1: evaluation of the implementation of HIV pregnant women monitoring in the city from 2016 to 2020; Step 2: survey of the information and demands through a questionnaire with the nurses of the network; Step 3: development of a flow chart and worksheet for managing HIV pregnant women care and Step 4: validation of the tools through a focus group and evaluation by judges. Results: in step 1, 142 pregnancies were analyzed and an improvement was identified in the indicators of adherence to ART and adequate method of delivery after 2018. In step 2, 11 nurses participated and expressed the lack of trained human resources and the lack of communication between departments as critical points in the HIV pregnant women care. In step 3, the flowchart was elaborated starting from the prenatal diagnosis until the birth of the child, and the spreadsheet was composed with information necessary for the identification of the pregnant woman, monitoring of adherence and characteristics of the delivery, allowing the identification and follow-up of the exposed child. For step 4, 7 people from the focus group participated in validating the flowchart and 9 in validating the worksheet. Considerations: the effective implementation of the tools requires a commitment to the continuous improvement of the process through permanent and continuous education of the working professionals. Products: a flow chart and a worksheet for managing the care of HIV pregnant women in the city of Novo Hamburgo. In addition, the results of this research will be published in a scientific article.

**Key-words:** Infectious Disease Transmission, Vertical; HIV-1; Primary Health Care; Practice Management.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1. Angústias e desafios no atendimento e na condução do pré-natal de gestantes HIV manifestados pelos enfermeiros.....</b>	<b>38</b>
<b>Quadro 2. Sugestões dos enfermeiros para facilitar e melhorar o atendimento de gestantes HIV na Atenção Primária a Saúde. ....</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 3. Sugestões dos enfermeiros para melhorar o fluxo de atendimento de gestantes HIV no município. ....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 4. Observação dos enfermeiros de como ocorre a comunicação entre os serviços e sugestões para melhorar a comunicação entre os serviços que atendem gestantes HIV no município.....</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 5. Avaliação dos juízes e percentual de aprovação de cada item da planilha de monitoramento de gestantes HIV.....</b>	<b>46</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1. Grau de dificuldade em cada etapa do pré-natal de uma gestante soropositiva de acordo com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Novo Hamburgo (n=11) .....</b>	<b>39</b>
<b>Tabela 2. Qualidade de comunicação relatada entre outras ESF/UBS, SAE e Centro Obstétrico/Maternidade de acordo com a percepção dos enfermeiros (n=11). .....</b>	<b>41</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CASE	Centro de Atendimento Socioeducativo
CV	Carga Viral
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade Gestacional
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LNC	Lista de Notificação Compulsória
ONG	Organização Não Governamental
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia pós Exposição
PN	Pré-natal
PrEP	Profilaxia pré Exposição
PVHIV	Pessoas que Vivem com HIV
RN	Recém-nascido
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>18</b>
3.1 A INFECÇÃO PELO HIV .....	18
3.2 NOTIFICAÇÃO .....	19
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS.....	19
3.4 ASSISTÊNCIA ÀS PVHIV, GESTANTES HIV E CRIANÇAS EXPOSTAS..	22
3.5 AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....	25
3.6 AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS PVHIV .....	28
<b>4. MÉTODOS</b> .....	<b>30</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.3 ETAPAS DA PESQUISA .....	31
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>48</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A – Coleta de dados da 1ª etapa</b> .....	<b>65</b>
<b>APÊNDICE B – Coleta de dados 2ª etapa</b> .....	<b>66</b>
<b>APÊNDICE C – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Questionário 2ª etapa</b> .....	<b>67</b>
<b>APÊNDICE D – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Método Delphi</b> .....	<b>69</b>
<b>APÊNDICE E – Termo de compromisso de utilização de dados</b> .....	<b>71</b>
<b>APÊNDICE F – Anuência municipal</b> .....	<b>72</b>
<b>APÊNDICE G – Anuência estadual</b> .....	<b>73</b>
<b>APÊNDICE H – Fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS de Novo Hamburgo PRÉ-VALIDAÇÃO</b> .....	<b>74</b>
<b>APÊNDICE I – Planilha de monitoramento de gestantes HIV</b> .....	<b>75</b>

<b>APÊNDICE J – Fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS de Novo Hamburgo – AJUSTES GRUPO FOCAL.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE K – Fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS de Novo Hamburgo – PÓS VALIDAÇÃO.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO A – Parecer CEP .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO B – Artigo .....</b>	<b>83</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é transmitido através de vias sexual, sanguínea (transfusões, compartilhamento de agulhas, acidentes percutâneos, gestação e parto) e aleitamento materno. Quando não tratado em tempo oportuno, resulta no desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a qual favorece a ocorrência de infecções oportunistas que podem provocar internações hospitalares, sequelas irreversíveis e óbito (BRASIL, 2019a). Além do prejuízo à saúde física, o HIV compromete a qualidade de vida das pessoas, gerando impactos psicológicos e sociais, sobretudo quando a infecção se dá ainda na infância (BRASIL, 2019a; MELO, 2016).

No Brasil, de 1980 até junho de 2020 mais de 1 milhão de pessoas receberam o diagnóstico de HIV, e até 31 de dezembro de 2019 haviam sido notificados 349.784 óbitos relacionados à AIDS. Porto Alegre (RS) é a capital com a maior taxa de mortalidade por HIV/AIDS do Brasil, em 2019 foram registrados 22 óbitos a cada 100.000 habitantes, cinco vezes maior que a taxa nacional de 4,1 óbitos/100.000 habitantes (BRASIL, 2020a).

A maioria dos casos de HIV ocorrem na faixa etária de 25 a 39 anos e, em 2019 a faixa etária com maior prevalência foi 20 a 29 anos, períodos sexualmente ativos e reprodutivos. Destaque para o aumento da incidência em homens jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, que foi de, respectivamente 64,9% e 74,8% entre 2009 e 2019. Nas mulheres, neste mesmo período, houve redução em todas as faixas etárias, concentrando a maior incidência de 2019 na faixa etária de 40 a 44 anos, com 20,5 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2020a).

A taxa de detecção de HIV em gestantes aumentou 21,7% na última década, atingindo em 2019 as taxas de 2,8, 9,0 e 17,6 casos por mil nascidos vivos, no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, respectivamente (BRASIL, 2020a). O crescimento dos casos de HIV em gestante, sobretudo de baixa escolaridade, são também reflexo da ampliação e qualificação do pré-natal, mas demanda a adoção de estratégias que previnam a reprodução deste aumento aos casos de transmissão vertical (FEITOSA et. al., 2020).

A transmissão vertical (TV) – termo utilizado para infecções que são transmitidas de mãe para filho, durante gestação, parto e/ou amamentação – foi responsável por 84% das infecções HIV em crianças de 0 a 14 anos nas últimas

décadas (UNAIDS, 2013). No Brasil, 99,6% das ocorrências de HIV em crianças menores de 13 anos são consequências de transmissão vertical (BRASIL, 2019c). O risco de o feto contrair o HIV intraútero é de 35%, intraparto o risco sobe para 60 a 70% (SILVA et. al., 2010). A adesão da gestante HIV à Terapia Antirretroviral (TARV) reduz o risco de transmissão vertical para 0,5-1,0%, razão pela qual o foco no pré-natal qualificado representa a estratégia mais importante na prevenção da transmissão vertical de HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (BRASIL, 2019a).

Uma pesquisa realizada, entre 2002 e 2003, com 291 crianças – 112 expostas e 179 infectadas pelo HIV – num hospital universitário de São Paulo, concluiu que o custo ambulatorial anual médio de uma criança exposta ao HIV era de R\$ 948,63, enquanto que o custo anual estimado para o tratamento da criança infectada pelo HIV/aids foi de R\$ 8.092,71 (MARQUES, et. al. 2004), evidenciando que além dos impactos biológicos, sociais e psicológicos, a infecção pelo HIV também representa impacto econômico ao SUS.

Para combater a transmissão vertical, o Ministério da Saúde recomenda o acompanhamento de gestantes soropositivas em pré-natal de alto risco concomitante ao pré-natal realizado na ESF e encaminhamento ao serviço especializado em casos de imunossupressão grave e outras infecções (BRASIL, 2019). No município de Novo Hamburgo, todas as gestantes HIV são encaminhadas para acompanhamento com médico infectologista no SAE (Serviço de Atendimento Especializado) e mantém rotina de pré-natal em ESF, o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ocorre somente a critério médico (NOVO HAMBURGO, 2018).

Devido ao rastreio protocolar de HIV em gestantes, muitos diagnósticos ocorrem durante o pré-natal, provocando sentimento de culpa, tristeza e ansiedade frente ao risco de adoecimento e óbito do filho, à possível indicação de cesariana e à impossibilidade de amamentar, frustrações que repercutem em uma resistência inicial à terapia antirretroviral. Neste contexto, a atuação do enfermeiro – protagonista da APS – é fundamental para a oferta de um acompanhamento humanizado, que além de executar ações de prevenção da transmissão vertical, contemple as questões psicossociais da gestante, do parceiro e da família, estabelecendo vínculo, orientação, monitoramento e cuidado da gestante, puérpera e recém-nascido, incentivando a adesão terapêutica e enfrentamento efetivo da AIDS antes e após o parto (CARTAXO et.al., 2013).

A adesão à TARV e os resultados das cargas virais durante o pré-natal norteiam o manejo da parturiente e do recém-nascido e são determinantes para o desfecho do caso. Para gestantes em uso regular de ARV e supressão sustentada de carga viral – sem outros motivos que exijam parto cesárea – o parto vaginal é a via indicada, enquanto que nos casos que carga viral desconhecida ou superior a 1.000 cópias no final da gestação há indicação de cesárea eletiva. A oferta de profilaxia intravenosa em parturientes com carga viral elevada ou desconhecida é fundamental para reduzir o risco de transmissão vertical durante o nascimento (BRASIL, 2019a).

A inibição farmacológica da lactação deve ocorrer imediatamente após o parto em todas as mulheres soropositivas. Em substituição à amamentação, o governo federal fornece fórmulas lácteas para as crianças até o sexto mês de vida, no Rio Grande do Sul a secretaria estadual complementa o fornecimento de fórmulas até completude de um ano de vida. A profilaxia com solução oral à criança exposta deve iniciar ainda na sala de parto e seguir diariamente até o 28º dia de vida (BRASIL, 2019a).

As crianças expostas devem ser acompanhadas e realizar exames para diagnosticar ou descartar a transmissão vertical, devendo coletar cargas virais ao nascer, com 14 dias, 6 semanas e 12 semanas de vida, e um anti-HIV a partir dos 12 meses de vida (BRASIL, 2020b). A exclusão definitiva da infecção se dá com a apresentação de duas cargas virais indetectáveis após a suspensão da profilaxia oral, desenvolvimento neuropsicomotor adequado sem indícios de imunossupressão e uma sorologia anti-HIV não reagente após o primeiro ano de vida. Diante da certeza de que a criança não está sendo amamentada e permanece assintomática, a exclusão da infecção pode ser presumida a partir de duas cargas virais indetectáveis após o término da profilaxia da criança (BRASIL, 2020b).

Considerando o acesso universal a TARV e a eficácia do tratamento para a supressão da carga viral, a ocorrência de transmissão vertical costuma estar relacionada a vulnerabilidades sociais importantes, como negação do diagnóstico, recusa ao tratamento, não realização de pré-natal, situação de rua e uso de drogas. Logo, uma criança soropositiva provavelmente estará inserida em um meio familiar que pode não suprir os cuidados necessários para a manutenção de sua saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2019a; SCHAURICH; MEDEIROS; MOTTA, 2007).

Sem o tratamento adequado, metade das crianças infectadas por HIV não atinge os 2 anos idade (FOWLER et.al., 2010). Diante disso, a eliminação de novas

infecções de HIV em crianças se tornou estratégia fundamental para conter a propagação da doença e atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (REDMOND; MCNAMARA, 2015). No Brasil, a prevenção da transmissão vertical também é uma das principais estratégias estruturais do Mandala de Prevenção Combinada contra o HIV e, considerando o potencial que a qualidade da assistência em saúde tem em prevenir a transmissão vertical de HIV, trata-se um indicador importante de eficiência das políticas e serviços de saúde pública (BRASIL, 2018).

O Brasil vem obtendo êxito no controle da transmissão vertical, a taxa de detecção de HIV em crianças menores de 5 anos reduziu 47,2% em 10 anos – passando de 3,6 casos/100.000 habitantes em 2009 para 1,9 casos/100.000 habitantes em 2019 – com destaque para a região sul que apresentou declínio de 69,7% neste mesmo período. Porém, capitais como Belém (PA), Recife (PE) e Porto Velho (RO) ainda apresentam taxas elevadas: 8,3, 7,5 e 7,4 casos/100.000 habitantes respectivamente, e Porto Alegre possui aproximadamente 7 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2020a).

A taxa de detecção de HIV em crianças menores de 5 anos, junto com as taxas de detecção e mortalidade por AIDS na população geral e a primeira contagem de Linfócitos T-CD4 produzem um índice composto de avaliação, o qual é aplicado periodicamente a todos os municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes. No boletim epidemiológico de 2019, Novo Hamburgo-RS estava em segundo lugar no país (BRASIL, 2019b), já no boletim de 2020 o município caiu para a sexta posição (BRASIL, 2020a), com destaque para a redução da taxa média de detecção de AIDS em crianças menores de 5 anos, de 10,9 em 2019 – período de avaliação 2017-2019 (BRASIL, 2019b) – para 6,4 em 2020 – com período de avaliação de 2018-2020 (BRASIL, 2020a).

Novo Hamburgo é um dos 15 municípios gaúchos prioritários no combate à AIDS (RIO GRANDE DO SUL, 2018a) e, com vistas a ter um maior controle sobre a adesão terapêutica das gestantes HIV do município, em janeiro de 2018 o SAE implantou o monitoramento sistematizado de gestantes HIV, através de uma planilha de registro de retiradas de medicamento antirretroviral, resultados de carga viral e consultas realizadas durante a gestação. Além da planilha, o serviço estabeleceu canais de comunicação direta com unidades da APS e maternidades, sob o intuito de captar precocemente novos casos de HIV em gestante e incluí-los no monitoramento.

Tais ferramentas estão relacionadas ao gerenciamento do cuidado, uma das atribuições mais significativas do enfermeiro. Articular gerência e assistência, visando a implementação de estratégias e o desenvolvimento do trabalho coletivo que favoreçam a integralidade do cuidado, é prática constante na formação curricular e na atuação do enfermeiro (FERMINO, et. al., 2017). Diante disso, o presente estudo pretende elaborar e validar ferramentas para o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Elaboração de tecnologias para o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar o desfecho do monitoramento de gestantes HIV no município de Novo Hamburgo-RS.

Desenvolver um fluxograma de atendimento e monitoramento de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde.

Desenvolver uma planilha de monitoramento de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde.

Validar a planilha de monitoramento e o fluxograma de atendimento e monitoramento de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo trará uma breve revisão teórica sobre aspectos da infecção pelo HIV e transmissão vertical, da vigilância e notificação dos agravos, da história de gestão e Política Nacional de DST/AIDS, a fim de subsidiar a compreensão sobre a relevância clínica e epidemiológica da prevenção da transmissão vertical.

#### 3.1 A INFECÇÃO PELO HIV

O HIV faz parte da família retrovírus e ataca o sistema imunológico do indivíduo. Logo após a infecção, o vírus invade o linfócito T-CD4 – uma célula de defesa – integra o seu RNA ao DNA do hospedeiro e a partir disso se replica, multiplicando a carga viral e reduzindo a contagem de linfócitos T-CD4, cujo declínio lento e progressivo evolui, na ausência de tratamento, para o quadro de AIDS. A lacuna temporal entre a infecção pelo HIV e o estabelecimento da AIDS é chamada de período de latência, período longo em que, apesar da redução progressiva da imunidade, o indivíduo não apresenta sintomas (AGUIAR; TANURI, 2013).

No entanto, a ausência de sintomas em nada interfere com a transmissibilidade, que pode ocorrer em qualquer momento através de relação sexual desprotegida, compartilhamento de seringas e outros instrumentos contaminados com sangue e/ou fluídos corporais. Além disso, a transmissão também pode ocorrer pelo aleitamento materno e, para o feto, durante a gestação, caso não sejam tomadas as devidas precauções. O desconhecimento sobre o estado sorológico atrasa o início do tratamento e da supressão de carga viral, aumentando o risco de transmissão a outras pessoas (BRASIL, 2018).

Os investimentos científicos contribuíram para a evolução do diagnóstico e da terapia antirretroviral, fundamental para o controle da infecção e melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (BRITO et.al., 2001). Atualmente, com um esquema medicamentoso simplificado, com poucos efeitos adversos e de dispensação gratuita, o tratamento para o HIV mostra-se muito mais acessível, gerando uma perspectiva importante de redução de novos casos e mortalidade por HIV/AIDS (TANCREDI, 2010).

Dados da UNAIDS (2020), evidenciam resultados positivos frente os anos de investimento mundial de combate à AIDS. Em 2000, haviam cerca de 24 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no mundo, e menos de 2,5% tinham acesso a

TARV e, 1,4 milhões de mortes relacionadas à AIDS ocorreram, enquanto que em 2019, 38 milhões de PVHIV 66,8% com acesso à TARV 690.000 mortes relacionadas à AIDS, o que representa uma queda de quase 70% na taxa de mortalidade. Os dados também são favoráveis no que diz respeito à incidência de HIV, houve uma queda de 37% de novas infecções por HIV entre 2000 e 2019, a queda amplia para 70% quando observados apenas os menores de 15 anos, no mesmo período.

### 3.2 NOTIFICAÇÃO

No Brasil, a frequência de algumas doenças é monitorada a partir da notificação obrigatória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A AIDS teve sua notificação compulsória definida em 1986, pela Portaria nº 542, de 22 de dezembro (BRASIL, 1986a). Em seguida, foram incluídos à Lista de Notificação Compulsória (LNC) os eventos de Infecção pelo HIV em gestantes, parturientes ou puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV, conforme Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000). Permitindo, a partir de então, gerar e monitorar indicadores de transmissão vertical.

Por último, no ano de 2014, a Portaria nº 1.271, de 6 de junho incluiu a infecção pelo HIV na LNC. Desde então, todas as pessoas diagnosticadas com HIV passaram a ser notificadas e, no caso do desenvolvimento da AIDS ocorrer após a primeira notificação, uma nova notificação deve ser emitida. Da mesma forma, a cada gestação de mulher que vive com HIV, uma nova notificação deve ser realizada (BRASIL, 2014).

### 3.3 POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS

Criada em 1999, a Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/AIDS foi concebida em um período importante da construção da democracia brasileira, reforma sanitária e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios de integralidade, universalidade, equidade, justiça e participação social foram reproduzidos e consolidados na prática da política. A participação social, em especial – marcada pela reivindicação e mobilização de profissionais da saúde, agentes soropositivos, militantes e ONGs (Organizações não Governamentais) – foi determinante na conquista dos direitos das pessoas que vivem com HIV no Brasil (BARROS; SILVA, 2017).

Toda política pública parte de demandas existentes e a dimensão do agravo HIV/AIDS no país justificou e tornou pertinente a iniciativa de uma política específica.

A política se fundamentou no alto número de novos casos de AIDS, cujas características epidemiológicas sofreram grandes mudanças na década de 90 conforme mencionado anteriormente, sendo que a feminização, a pauperização, a heterossexualização e interiorização da doença levantaram preocupações sobre a disseminação desenfreada da infecção entre toda a população, o que caracterizou a AIDS como um problema de saúde pública (BRASIL, 1999).

Entre outras abordagens sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a política tem como objetivos principais a redução da incidência de HIV/AIDS e a melhor assistência aos portadores do vírus HIV, a criação de programas e a implementação de ações que promovam o cuidado integral às pessoas que vivem com HIV/AIDS, no intuito de garantir acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento, sem ferir a dignidade e os direitos do indivíduo (BRASIL, 1999).

Ao promover ações preventivas e educativas, reduzindo o número de pessoas infectadas, conquista-se um menor número de adoecimentos, internações hospitalares e tratamentos, o que, conseqüentemente, possibilita mais qualidade de vida para a população e menos custo para o Estado, assim como o acesso a tratamento e acompanhamento às pessoas que vivem com HIV permite o controle da infecção, tanto no sentido de reduzir adoecimentos e garantir maior qualidade de vida e cidadania, quanto no intuito de prevenir a transmissão do vírus às parcerias sexuais, novamente representando benefícios para a saúde da população e para o governo (BRASIL, 1999; TANCREDI, 2010). Logo, a política impacta positivamente no cenário da saúde pública brasileira.

A política também trouxe a relevância da promoção de ações articuladas entre serviços de saúde pública e privada, ONGs e demais segmentos da sociedade, como mídia. Dentre as diretrizes da política, podemos destacar a promoção de ações preventivas e a descentralização de testagem e aconselhamento mediante capacitação profissional, o incentivo de estudos científicos e epidemiológicos para maior conhecimento e controle do vírus no país, monitoramento de outras ISTs, o acesso universal com atenção integral à pessoa que vive com HIV, com monitoramento e estímulo à adesão antirretroviral, visando à redução da morbimortalidade relacionada à AIDS (BRASIL, 1999; BRASIL, 2018).

Para tanto, propôs-se educação em saúde à população, ampliação de unidades com oferta de testagem e aconselhamento, educação permanente aos profissionais atuantes, fortalecimento da rede e estruturação de serviços especializados,

promovendo atendimentos de atenção integral à saúde com pessoa que vive com HIV, monitorando casos de gestantes e crianças e incentivando a adesão medicamentosa (BRASIL, 1999).

Atualmente, as propostas de combate a AIDS baseiam-se na prevenção combinada do HIV, a qual propõe diversas intervenções comportamentais e estruturais sobre os fatores relacionados à cadeia de transmissão do HIV e outras ISTs:



Figura 1: Mandala de Prevenção Combinada.  
Fonte: DIAHV/SVS/MS (BRASIL, 2018a).

Além da recomendação básica de usar preservativo, a mandala da prevenção combinada indica também o tratamento de todas as pessoas vivendo com HIV, uma vez que a supressão de carga viral reduz consideravelmente a sua transmissibilidade; a testagem regular para HIV e outras ISTs visa o diagnóstico precoce, permitindo maior controle sobre a infecção; a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) utilizada como medida emergencial após situação de risco para contaminação do HIV; a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), sendo esta uma proposta de prevenção com uso de medicamentos àqueles que têm exposição recorrente; a prevenção da transmissão vertical, fundamental para a saúde infantil e expectativa de vida dessa população exposta; a imunização para Hepatite B e HPV (Papilomavírus); o diagnóstico e

tratamento de ISTs e hepatites virais, rompendo a cadeia de transmissão (BRASIL, 2018).

A oferta da PEP também contribui para aproximar a população e o serviço especializado, momento oportuno para aconselhamento e testagem, cujas ações, quando convincentes tornam a pessoa ouvinte multiplicadora de informações dentro de seu círculo social. A política traz ainda um componente de desenvolvimento institucional e gestão do programa, o que possibilita a implementação de linhas estratégicas para cada objetivo principal, novamente conferindo coerência e solidez às ideias defendidas, com detalhamento de estratégias e processos (BRASIL, 2018).

Nesse âmbito, a perspectiva de gestão inclui a formação e a capacitação de recursos humanos tanto no setor público quanto privado; produção de dados epidemiológicos que venham a subsidiar a formulação, execução e avaliação das ações, desenvolvimento de sistemas e instrumentalização, com suporte administrativo e financeiro que garantam a execução eficiente, oportuna e perpétua da política; alinhamento de práticas entre os serviços de saúde, incluindo cooperação técnica internacional e, sobretudo, o aprimoramento dos processos mediante metodologias integradas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, visando a sustentabilidade das ações (BRASIL, 2018).

É notável a preocupação em estabelecer planos e processos tangíveis com impactos significativos e sustentados a longo prazo, característica observada em todas as propostas da política (BRASIL, 1999). A política, pioneira no mundo, representa o marco dos 30 anos de enfrentamento da AIDS no Brasil e a conquista da união entre sociedade civil, Estado e academia, os quais conseguiram estruturar uma estratégia nacional de resposta à pandemia do HIV, baseada nos direitos humanos e nos princípios do SUS (GRECO, 2016).

#### 3.4 ASSISTÊNCIA ÀS PVHIV, GESTANTES HIV E CRIANÇAS EXPOSTAS

Após o diagnóstico de HIV, seja por teste rápido ou exame laboratorial, a pessoa precisa ser acompanhada continuamente de forma ambulatorial. Nos casos em que ainda não há imunossupressão adquirida, coinfeções importantes nem falhas terapêuticas que exijam supervisão especializada, o acompanhamento pode ocorrer por equipe multiprofissional em ESF. Enquanto que os casos com maior complexidade precisam ser acompanhados por equipe multiprofissional com médico especialista em um SAE (RIO GRANDE DO SUL, 2018b).

A retirada de medicação ocorre pelo paciente ou qualquer outro previamente autorizado pelo próprio em Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM), comumente localizada junto a algum SAE. No Brasil, existem 692 serviços cadastrados como SAE, os municípios que não contam com esse tipo de atendimento especializado podem encaminhar os pacientes ao serviço mais próximo (BRASIL, 2021a). O paciente também tem direito e autonomia de decidir em qual serviço quer ser atendido, visto que em razão do estigma e do preconceito pelos quais as PVHIV são submetidas, muitas optam pelo acompanhamento mais distante do local onde residem ou trabalham (RIO GRANDE DO SUL, 2018b).

Os exames de acompanhamento como carga viral e contagem de linfócitos T-CD4 podem ser solicitados por médicos ou enfermeiros e são processados por laboratórios especializados, a coleta pode ocorrer em qualquer serviço que tenha vinculação logística com estes. Laboratórios privados também podem oferecer o exame. Outros exames gerais de função renal, hepática e sorologias são realizados em qualquer laboratório de análises clínicas, público ou privado, a cada seis meses e/ou a critério médico (BRASIL, 2018).

A periodicidade recomendada para coleta de CV é de oito semanas quando em início ou troca de tratamento, suspeita de resistência viral ou a critério médico e 6 meses quando em tratamento regular e supressão de CV. A contagem de linfócitos T-CD4 é realizada sempre que necessário em PVHIV que não estão em tratamento e semestralmente em pacientes em uso de ARV, que se enquadrem em um dos critérios a seguir: CV detectável, presença de sinais ou sintomas de imunossupressão e último ou penúltimo resultado de T-CD4 inferior a 350 células. Nos demais casos, em que o paciente está em tratamento, assintomático, mantém a CV indetectável e dois últimos T-CD4 são superiores a 350 células, não há indicação de realização periódica (BRASIL, 2018).

O exame de genotipagem é realizado em PVHIV com CV superior a 500 cópias nos seguintes casos: pré-tratamento quando parceiro fonte sabidamente em uso prévio de ARV, gestantes, crianças menores de 12 anos e coinfeção com Tuberculose; e durante o tratamento para confirmação de falha virológica. A solicitação é exclusiva do profissional médico e a coleta ocorre em um SAE e então é enviada para análise em laboratório de referência nacional (BRASIL, 2018).

No caso de gestantes o Ministério da Saúde recomenda o acompanhamento em pré-natal de alto risco concomitante ao pré-natal realizado na ESF e

encaminhamento ao serviço especializado em casos de imunossupressão grave e outras infecções (BRASIL, 2019). No município de Novo Hamburgo, todas as gestantes HIV são encaminhadas para acompanhamento com médico infectologista no SAE e mantém rotina de pré-natal em ESF, o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ocorre somente a critério médico (NOVO HAMBURGO, 2018)

Àquelas que engravidam sem estar em uso de ARV, recomenda-se que o início ocorra no segundo trimestre de gestação, visto que é tempo oportuno para evitar a transmissão vertical e, considerando o maior risco de aborto no primeiro trimestre é prudente evitar que a gestante e família associem o aborto à TARV, o que poderia prejudicar a adesão terapêutica futura. Durante a gestação, recomenda-se a realização de pelo menos três exames de CV: na primeira consulta de pré-natal, duas a quatro semanas após início da TARV e após a 34<sup>a</sup> semana. O médico tem autonomia de solicitar o exame com maior frequência a fim de melhor controle sobre a eficácia terapêutica, sobretudo quando há suspeita de má adesão da gestante à TARV (BRASIL, 2019a).

Os resultados dos exames são determinantes no manejo da parturiente e do recém-nascido. Para gestantes em uso regular de ARV e supressão sustentada de CV – sem outros motivos que exijam parto cesárea – o parto vaginal é a via indicada, enquanto que nos casos que CV desconhecida ou superior a 1.000 cópias no final da gestação há indicação de cesárea eletiva e se CV detectável mas inferior a 1.000 cópias, a via vaginal pode ser escolhida – nas duas situações a realização de profilaxia intraparto com AZT (Zidovudina) intravenoso é fundamental para reduzir o risco de transmissão vertical durante o nascimento (BRASIL, 2019a).

No Brasil, a inibição farmacológica da lactação deve ocorrer imediatamente após o parto em todas as mulheres soropositivas. Em substituição à amamentação, o governo federal fornece fórmulas lácteas para as crianças até o sexto mês de vida, no Rio Grande do Sul a secretaria estadual complementa o fornecimento de fórmulas até completude de um ano de vida. A profilaxia com AZT xarope à criança exposta deve iniciar ainda na sala de parto e seguir diariamente até o 28<sup>o</sup> dia de vida. No caso de mãe com CV desconhecida ou superior a 1.000 cópias após a 34<sup>a</sup> semana de gestação, a profilaxia deve ser complementada com outros antirretrovirais (BRASIL, 2019a).

O PCDT vigente orienta duas coletas de CV nas crianças expostas: entre o primeiro e o segundo mês e aos 4 meses, e coleta de anti-HIV após os 18 meses de

vida para determinação de alta (BRASIL, 2019a). No entanto, em novembro de 2020 o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis lançou nota técnica com atualizações sobre o diagnóstico de HIV em crianças, na qual orienta quatro coletas de CV: ao nascer, com 14 dias, 6 semanas e 12 semanas de vida, a nota técnica também orienta a antecipação do anti-HIV para 12 meses (BRASIL, 2020b).

Assim, a exclusão definitiva do diagnóstico se dá com a apresentação de duas CVs indetectáveis após a suspensão da profilaxia de AZT xarope, desenvolvimento neuropsicomotor adequado sem indícios de imunossupressão e uma sorologia anti-HIV não reagente após o primeiro ano de vida. Diante da certeza de que a criança não está sendo amamentada e permanece assintomática, a exclusão da infecção pode ser presumida a partir de duas CVs indetectáveis após o término da profilaxia com AZT (BRASIL, 2020b).

No que se refere ao controle da epidemia e à prevenção da transmissão vertical do HIV, o monitoramento e a vigilância dos casos são práticas bastante necessárias e incentivadas pelo Ministério da Saúde. Os periódicos boletins epidemiológicos norteiam as gestões sobre o cenário geral e local, e o SINAN permite gerar relatórios municipais a qualquer tempo com todas as informações fornecidas no ato da notificação, o que viabiliza o reconhecimento dos casos a serem acompanhados.

Além disso, há o Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV/AIDS (SIMC), um sistema específico que cruza informações de diversos sistemas e permite a visualização dos *gaps* de tratamento e carga viral, os quais listam respectivamente, os pacientes diagnosticados que ainda não iniciaram TARV e aqueles que após seis meses do início ou troca terapêutica seguem com CV detectável. Esses indicadores auxiliam no direcionamento da gestão do serviço e na busca ativa de pacientes faltosos. O acesso ao Sistema também é permitido aos coordenadores estaduais, regionais e municipais de IST/aids e Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2021b).

### 3.5 AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação é tida como o confronto entre pressupostos e idealizações com os resultados da prática propriamente dita, diante desse conceito compreende-se a estreita relação entre avaliação dos serviços de saúde, planejamento e gestão, assim como a importância desses fatores para a produção de saúde, uma vez que a

avaliação gera informação e conhecimento sobre as condições de saúde e de serviços, subsidiando a tomada de decisões (FURTADO, 2012; FURTADO; DA SILVA, 2015).

Donabedian definiu os sete pilares da qualidade: “eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade” (apud FURTADO; DA SILVA, 2015, p.44), devido à forte influência de Donabedian na história do processo de avaliação e melhoria da qualidade de serviços de saúde, a avaliação do sistema de saúde considera os sete pilares, admitindo a relação de dependência entre estrutura, processo e resultado, no qual uma estrutura adequada tende a permitir um bom processo, e ambos favorecem a obtenção de resultados positivos (CASTANHEIRA et. al., 2016; FURTADO; DA SILVA, 2015).

A Trilogia de Juran – composta por Planejamento, Controle e Melhoria da Qualidade – no qual a avaliação insere-se na fase de controle, tem aplicação fundamental na administração da qualidade de qualquer tipo de produto ou serviço, o não uso implica em erros, desperdícios e retrabalho, elevando os custos do sistema. Considerando que nos serviços de saúde os usuários são a razão de existir da instituição e que o serviço é consumido durante a sua produção, o uso dos pressupostos da tríade é requisito básico para a prestação de um serviço adequado (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2012).

O uso de evidências objetivas é imprescindível para a mensuração da qualidade de serviços, replanejamento e gestão do serviço, promovendo a melhoria contínua. Não sendo apenas uma ação avulsa e esporádica, mas uma rotina imperativa, tanto no âmbito técnico, quanto social, pois a avaliação isolada não gera impactos e progressos, haja vista que se trata de um dos vários elementos necessários para a institucionalização da cultura avaliativa e cooperação entre os sujeitos, representando sim, uma ferramenta valiosa quando sob a responsabilidade de uma gestão qualificada e engajada na melhoria dos processos (NEDEL, 2011; CASTANHEIRA et. al., 2016).

Na saúde, a avaliação surge vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, a partir de indicadores – especialmente direcionados ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientaram as políticas sanitárias – atualmente utilizados para estabelecimento de diagnóstico situacional, monitoramento de processos e avaliação dos resultados para novos planejamentos (BRASIL, 2010; TANAKA, 2011).

O processo de avaliação permite a definição do diagnóstico situacional, o estabelecimento de metas e a formulação de planejamento estratégico condizente com a realidade e perspectivas atuais, corroborando o processo de mudança das práticas, pois evidencia as necessidades, fragilidades e potencialidades de um sistema, seja no processo de trabalho ou nos resultados em si, em nível micro e/ou macro (SANINE, 2014; CASTANHEIRA et. al., 2016). Macinko e Harzheim (2007) afirmam que a utilização de uma ferramenta objetiva de avaliação permite a identificação de prioridades, a ordenação das mesmas e a mensuração do alcance das ações realizadas.

Para uma avaliação adequada faz-se necessária a existência de um sistema de informação ativo que contemple as características relevantes, uma base de dados fidedigna e completa é um dos principais instrumentos para avaliação e gerenciamento, gerando impactos positivos na saúde ao viabilizar a melhoria da gestão, qualidade da assistência e satisfação dos usuários em relação ao SUS (PERES; LEITE, 2012).

Considerando o cenário da saúde pública brasileira, a avaliação dos serviços é indispensável para a gestão destes, haja vista o processo de descentralização de responsabilidades e recursos, a complexidade do perfil epidemiológico do país, o qual apresenta desafios e demandas diferenciados e, a necessidade de controlar e gerir os custos públicos (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A avaliação contínua de serviços e usuários é estimada a tal ponto que cada esfera da federação possui um departamento de vigilância epidemiológica, que através de ações e pesquisas proporciona dados e identifica qualquer alteração nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, seja ela individual ou coletiva, com a finalidade de adotar novas medidas eficazes de prevenção ou controle de doenças e agravos. Nessa perspectiva, os indicadores com dados provenientes dos próprios serviços mostram-se uma alternativa potencialmente útil, eficaz e barata para estimar a qualidade dos sistemas (BRASIL, 2008a; NEDEL, 2011).

A avaliação é uma das funções essenciais do profissional enfermeiro (BRASIL, 1986b; 2012b) e fundamentais da saúde pública, pois está atrelada à busca pela maior equidade e acesso aos serviços, eficiência na gestão de recursos, qualidade e efetividade na prestação do serviço propriamente dita e, também, à sustentabilidade financeira do sistema de saúde, revelando-se um recurso indispensável para construção e fortalecimento da APS, haja vista a crescente expansão da ESF e a

necessidade de garantir a qualidade desse serviço, sendo possível – através da avaliação – identificar o grau de qualificação da APS no qual estão inseridas as equipes atuantes (MACINKO; HARZHEIM, 2007; BRASIL, 2008b; NOVAES; DE SOÁREZ, 2015).

Um estudo de caso, que entrevistou 29 enfermeiros gerentes de Unidades de Saúde da Família (USF) de Caxias do Sul (RS), apontou, dentre outras questões referentes a relações humanas e carência de insumos, a dificuldade de o profissional analisar dados epidemiológicos e traduzir essas informações locais em planejamentos e intervenções adequadas, como um dos principais empecilhos para a gestão eficiente das unidades de ESF (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Diante disso, a habilidade avaliativa mostra-se essencial na gerência do enfermeiro, uma vez que subsidia a tomada de decisões. Sendo o enfermeiro o responsável pela administração do serviço de saúde, este deve ter acesso a informações sobre planejamento, execução e supervisão de intervenções assistenciais e de gestão, incluindo a capacidade de avaliação dos resultados desse serviço, de modo que, a partir do diagnóstico real, estabeleça-se metas, objetivos e planos de ação no sentido de melhorar a qualidade do serviço de saúde (PERES; LEITE, 2012; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Razões que ressaltam o dever do enfermeiro de apropriar-se de conhecimento e meios para praticar uma gestão baseada em evidências e ser um incentivador da institucionalização da avaliação, incluindo-a na rotina dos serviços de modo que ela seja capaz de influenciar os comportamentos e decisões, assumindo uma cultura prática de gestão de melhoria contínua (DA CRUZ; REIS, 2011; FELISBERTO et. al., 2010; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

### 3.6 AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS PVHIV

Os serviços de atendimento especializado em HIV têm papel fundamental no que se refere o acesso ao tratamento, a adesão à TARV e a supressão da carga viral. A relevância desses serviços no controle da epidemia, na morbimortalidade e qualidade de vida das PVHIV exige um nível aceitável de qualidade na assistência, sendo fundamental a utilização de mecanismos de monitoramento e avaliação que contribuam para o aprimoramento dos serviços (RIBEIRO et. al., 2020).

Diante disso, em 2000 o Ministério da Saúde apoiou a Equipe de Pesquisa Qualiaids a desenvolver e implantar o Qualiaids, um questionário validado e

constantemente revisado e atualizado, cujo objetivo é conhecer as características e avaliar a qualidade organizacional de três grandes dimensões: assistência direta ao paciente, gerência da assistência e disponibilidade de recursos. Recomenda-se a autoaplicação periódica do instrumento pelos gerentes de todos os serviços que assistem PVHIV em nível ambulatorial (QUALIAIDS, 2017).

O último inquérito Qualiadis, conduzido entre 2016 e 2017 a 1.066 serviços de assistência à PVHIV de todo o país, demonstrou um desempenho de padrão esperado em atividades assistenciais como aconselhamento, testagem, atendimento de enfermagem a pacientes novos e suprimento de antirretrovirais. No entanto, o domínio de gerenciamento técnico do trabalho mostrou-se insatisfatório, sinalizando a necessidade de investir na qualificação das gerências para melhor articulação do monitoramento do trabalho assistencial, da coordenação da equipe e da participação dos usuários (QUALIAIDS, 2017).

Aplicação de pesquisa de satisfação aos usuários também é um instrumento importante para avaliação do serviço e orientação da gestão. Gomes et. al. (2019), ao aplicar um questionário a 65 PVHIV assistidos em Fortaleza (CE) em 2018, identificaram que 20% já sofreram algum tipo de discriminação em razão de sua sorologia dentro de algum serviço de saúde. Além de apontar fragilidades e pontos a melhorar, a pesquisa de satisfação também faz reconhecer o bom atendimento; uma pesquisa realizada em 2013, a 106 PVHIV vinculadas ao serviço de infectologia de Florianópolis-SC, identificou altos percentuais de satisfação sobre acesso, disponibilidade de recursos, atenção ao cuidado e relações interpessoais dentro do serviço (MEIRELLES et. al., 2018).

Todos os tipos de avaliação têm sua relevância e sua limitação, sendo necessário alinhar a metodologia com os objetivos do que se pretende avaliar, podendo inclusive associar a avaliação de indicadores clínico-epidemiológicos, de gestão, estrutura e processos com a satisfação de usuários. Entende-se que a avaliação é fundamental para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão, mas não é absolutamente suficiente para determinar políticas e mudanças, retomando a importância do planejamento participativo e a análise adequada das informações disponíveis (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

## 4. MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico realizado em quatro etapas: análise de dados epidemiológicos (Etapa 1), levantamento de informações e demandas (Etapa 2), desenvolvimento de ferramentas (fluxograma e planilha eletrônica) (Etapa 3) e validação das ferramentas (Etapa 4). Estas etapas serão descritas posteriormente.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade de Novo Hamburgo possui 250 mil habitantes, está situada no Vale do Rio dos Sinos, há 40 km da capital Porto Alegre, e compõe a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde. Por muitos anos considerada a Capital Nacional do Calçado, hoje apresenta uma economia industrial mais diversificada. Na saúde, o município conta com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dezenove Unidades de Saúde da Família (USF), sendo duas de inauguração recentes, 2019 e 2020. Estes serviços promovem uma cobertura de 58,7% de ESF e 99% da APS, conforme dados disponíveis no e-gestor (BRASIL, 2021c).

Para a população de rua, há atendimentos diversos no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP) e uma unidade móvel que funciona como consultório de rua e que, também, se envolve em outras atividades de saúde do município. No campo da saúde mental, há seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos quais um é infantil, além de um ambulatório Álcool e Drogas (AD).

O município também comporta uma unidade prisional no sistema semiaberto e um Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE), além de diversas clínicas de reabilitação química, nas quais há atuação dos serviços de saúde municipais. Quanto aos serviços especializados, há um Centro de Especialidades Médicas (pré-natal de alto risco, gastroenterologia, oftalmologia, cardiologia, diabetologia), um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) que atende a população HIV, Hepatites virais e demais doenças infectocontagiosas, um Serviço de Tisiologia e uma Casa de Vacina.

Quanto ao serviço de Vigilância em Saúde, há profissionais lotados em diferentes esferas das vigilâncias: ambiental, sanitária, do trabalhador e epidemiológica. A equipe da vigilância epidemiológica dispõe de um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um médico.

Para os casos de urgência, é possível receber atendimento SUS em duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), na emergência do Hospital Municipal e na emergência SUS pediátrica de um hospital privado. O município conta com três hospitais, um público e dois privados, sendo que um destes disponibiliza leitos de filantropia na pediatria e na oncologia. Todos dispõem de maternidade e UTI Neonatal, portanto há comunicação direta entre SAE e hospitais para o fornecimento de insumos (testes rápidos, antirretrovirais e fórmulas lácteas) e recebimento de relatórios sobre ocorrência de partos e uso dos insumos.

Ao final de 2017, e mais consolidado a partir de 2018, o SAE implantou um monitoramento sistematizado dos casos de gestantes HIV. Uma planilha eletrônica – com informações sobre dados da gestante, unidade vinculada, data provável do parto (DPP), início de tratamento e datas das retiradas mensais de antirretroviral, resultado de carga viral e comparecimento em consultas – passou a ser rotineiramente alimentada e monitorada no SAE, a fim de servir como base para busca ativa em tempo oportuno e melhorar a adesão da gestante HIV ao pré-natal, evitando a transmissão vertical, além de fornecer um histórico de informações pertinentes e de fácil acesso durante o parto e acompanhamento da respectiva criança. Embora a planilha seja de acesso exclusivo do SAE, a busca ativa é compartilhada com APS, Programa Amigos do Bebê e Conselho Tutelar, de acordo com a necessidade de cada caso.

Para a efetividade do monitoramento, o diagnóstico oportuno e a captação precoce de gestante HIV são fundamentais, para isso o SAE realizou uma aproximação com as unidades da APS, a fim de sensibilizar os enfermeiros sobre a importância do rastreio de HIV em gestantes e parceiros, assim como apresentar a proposta de monitoramento e compartilhamento de cuidado, orientando a comunicar o SAE por telefone e e-mail oficial todo novo caso de gestante HIV, da mesma forma, o SAE também comunica a unidade de referência sobre a gestação de pacientes HIV, no entanto identifica a importância das unidades da APS terem maior acesso às informações da planilha.

#### 4.3 ETAPAS DA PESQUISA

##### Etapa 1 - Análise de dados epidemiológicos

A primeira etapa foi um estudo analítico com delineamento longitudinal com coleta de dados retrospectivos, afim de avaliar o impacto da implantação do

monitoramento de gestantes HIV no município de Novo Hamburgo. Estudo analítico é o tipo de pesquisa quantitativa que envolve avaliação mais aprofundada das informações coletadas na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno (FONTELLES et. al., 2009). Estudos longitudinais se dão sob sequência temporal conhecida entre uma exposição e o fato evolutivo, refletindo a sequência dos fatos, sendo retrospectivo o estudo longitudinal que parte de registros do passado, indo daquele momento até o presente (HOCHMAN et. al., 2005).

O período analisado nesta etapa corresponde aos partos de gestantes HIV ocorridos de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2020 no município, as informações sobre o desfecho dos casos das respectivas crianças expostas foram consideradas até o encerramento do período de coletas.

A amostra incluiu todas as gestantes HIV, cuja unidade notificadora e/ou local de parto registrado em notificação SINAN seja Novo Hamburgo, bem como o desfecho clínico das respectivas crianças expostas. Para fins deste estudo, foram incluídos somente partos ocorridos entre 2016 e 2020. Foram excluídos os casos de gestante HIV que evoluíram para aborto ou não possuem informação do parto registrados no SINAN.

A coleta de dados partiu da lista de gestantes HIV – cujo pré-natal e/ou parto ocorreu no município de Novo Hamburgo – obtida através do SINAN. A partir da lista buscou-se informações sobre pré-natal, parto e desfecho clínico da criança exposta em prontuários físicos, eletrônicos e sistemas nacionais de informação: SINAN, SISCEL e SICLOM.

Foram considerados como desfechos nas crianças o resultado do anti-HIV negativo após 12 meses de vida e anti-HIV negativo após 12 meses de vida e/ou duas cargas virais indetectáveis após 6 semanas de vida.

Os dados foram coletados e listados em questionário estruturado, conforme Apêndice A, e tabulados em planilha Excel, a fim de identificar a evolução histórica e correlação entre os indicadores.

O benefício desta etapa é o conhecimento sobre o perfil da população pesquisada e a identificação dos possíveis fatores e características que podem contribuir para a ocorrência da transmissão vertical, para partir disso compreender os pontos críticos e o foco da atenção no acompanhamento de pré-natal de mulheres que vivem com HIV.

Os riscos desta etapa envolvem a exposição e a quebra de sigilo sobre a identidade de pessoas que vivem com HIV. Para minimizar os riscos, os dados foram fornecidos do sistema diretamente para a pesquisadora e a atividade de coleta e análise dos dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora, não tornando acessível as informações a terceiros. Os dados enviados para estatística não incluíram informações que poderiam sugerir ou facilitar a identificação das mulheres e das crianças.

Os resultados das variáveis qualitativas foram apresentados através de frequências absoluta e relativa e das quantitativas em média, desvio-padrão e mediana. A normalidade foi verificada pelo teste K-S. Para a comparação da idade na gestação e IG quanto a realização e o resultado TARV foi aplicado teste Mann-Whitney. Para as demais associações foram aplicados os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, quando adequado. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas no software estatístico SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

## Etapa 2 - Levantamento de informações e demandas

A segunda etapa foi uma pesquisa de campo descritiva com o objetivo de identificar a percepção dos enfermeiros da APS do município sobre o atendimento de pré-natal de gestantes soropositivas, identificando fragilidades e sugestões.

A pesquisa de campo visa a coleta de dados para responder problemas existentes, a abordagem descritiva observa, registra e descreve as características de uma determinada situação ocorrida em uma amostra ou população, sem analisar o mérito de seu conteúdo (FONTELLES et. al., 2009).

Esta etapa foi realizada através da aplicação de um questionário semiestruturado (Apêndice B) utilizando a plataforma *google forms* direcionado aos e-mails oficiais de todas as unidades de APS e Consultório de Rua do município, para participação voluntária de todo e qualquer enfermeiro presente na unidade. Os resultados foram tabelados na própria plataforma.

Foram incluídos todos os enfermeiros atuantes, no período da coleta de dados, nas unidades de APS e Consultório de Rua do município que aceitaram participar da pesquisa, mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) inserido no início do questionário do *google forms*. Não foram incluídos critérios de exclusão.

As respostas descritivas foram tratadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, orientada por Minayo. Iniciando pela organização e leitura dos materiais para identificação do corpo principal dos dados e definição de marcadores que orientassem a reflexão final. Seguindo para a classificação e agregação das informações em categorias, definidas com base nos elementos mais relevantes nas respostas dos participantes e concluindo com a análise e interpretação de dados fundamentadas pela literatura (MINAYO, 1992). As respostas objetivas foram analisadas por estatística simples, apresentadas através de soma e percentual.

Os benefícios desta etapa estão no desenvolvimento de um diagnóstico situacional que considera o olhar dos profissionais envolvidos no acompanhamento de pré-natal de mulheres que vivem com HIV.

Os riscos que envolvem esta etapa são o constrangimento dos profissionais em responder perguntas, bem como a possível omissão de informações pelo receio de represálias. Para minimizar os riscos, foi esclarecido no TCLE o caráter anônimo e a finalidade puramente construtiva e evolutiva da pesquisa.

### Etapa 3 – Elaboração das ferramentas

Na terceira etapa – com base nos protocolos disponíveis, nos dados da primeira etapa e a partir da observação da realidade e sinalização de necessidades pelos profissionais na segunda etapa – foram elaboradas as ferramentas do estudo, sendo elas um fluxograma de atendimento de gestantes HIV no município e uma planilha de monitoramento de gestantes HIV na APS.

A elaboração das ferramentas foi realizada pelas autoras do estudo e seguiu os princípios do método Lean, o qual visa a identificação e a resolução dos problemas, otimizando a utilização dos recursos e priorizando a potencialização dos resultados com o envolvimento das equipes em busca da melhoria contínua (ARAÚJO, 2009).

### Etapa 4 – Validação das ferramentas

Na quarta etapa validou-se a planilha de monitoramento e o fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS desenvolvidos previamente.

Para a validação da planilha de monitoramento foi utilizado o método Delphi e, para a validação do fluxograma de atendimento foi utilizado o por grupo focal, conforme descrito a seguir.

A validação da planilha de monitoramento foi realizada pelo método Delphi (FARO, 1997). Os participantes receberam a planilha por e-mail e fizeram o julgamento sobre a relevância de cada item, em conformidade com a escala likert, apresentando variações de 1 a 5, sendo 1 “Muito irrelevante”, 2 “irrelevante”, 3 “Pouco relevante”, 4 “Relevante” e 5 “Muito relevante” (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para analisar a validade de cada item utilizamos o IVC (índice de validade de conteúdo), que mensura o percentual de juízes que concordam com cada domínio. Por meio da soma de concordância dos itens marcados com “4” ou “5” pelos especialistas, fica estabelecido um ponto de corte menor do que 80% para remoção do item (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Foram selecionados 15 juízes com os seguintes requisitos: ser profissional da saúde de nível superior; ter atuação direta com assistência, gestão e/ou pesquisa com pré-natal. Sendo composto por:

- 7 profissionais da assistência direta: 3 atuantes em ESFs, 2 em UBSs, 1 do SAE e 1 do Consultório de Rua;
- 1 profissional da Universidade;
- 7 profissionais da gestão: vigilância em saúde, atenção básica, saúde da mulher, planejamento familiar, saúde do homem, saúde da criança.

A seleção se deu por conveniência, o convite foi enviado por e-mail e o aceite através da concordância com TCLE enviado eletronicamente (Apêndice D). Diante da negativa de participação, os pesquisadores foram incentivados a indicar substitutos equivalentes em qualquer tempo, desde que não ocorra prejuízo do andamento e vigência do projeto. Foram excluídos aqueles que não realizaram a avaliação completa dentro do prazo de 30 dias.

As avaliações ocorreram de forma individual e anônima. Havendo necessidades de alteração, de acordo com o método, seria realizada uma segunda rodada, na qual seria enviado aos juízes a planilha modificada para nova avaliação. Os autores das sugestões não seriam identificados na nova planilha.

O benefício desta etapa é a avaliação individual da ferramenta, sem o viés da discussão. Os riscos desta etapa incluem a o constrangimento em responder perguntas, a troca de informações informal entre os juízes e a falta de interesse, não participação dos juízes, de modo que o número de juízes efetivos pode ser menor que 15 e, havendo ausência de representatividade em assistência, universidade e/ou gestão, os resultados poderiam ser prejudicados.

Para minimizar os riscos foi esclarecido no TCLE e no corpo do e-mail a metodologia do processo e a relevância do mesmo para o desenvolvimento da pesquisa, incentivando que o selecionado participe da pesquisa. Além disso, o e-mail foi reenviado aos juízes que não haviam respondido a pesquisa após 14 dias.

O fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS foi validado através de concordância em um grupo focal. Grupo focal é uma técnica qualitativa de pesquisa, na qual a coleta de dados ocorre através da interação dos sujeitos em grupo ao se discutir um tópico específico proposto pelo pesquisador (GONDIM, 2002).

O fluxograma seria validado através de um grupo focal composto um representante do Conselho Municipal de Saúde e profissionais técnicos do SAE, APS, Consultório de Rua, Vigilância Epidemiológica, NUMESC, diretoria de saúde, Universidade, gerência de APS das unidades administradas pela prefeitura, gerência das unidades de APS da Fundação de Saúde de Novo Hamburgo, gerência das unidades de APS da empresa Solução em Gestão e um representante de cada uma das seguintes políticas: Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Criança e do Adolescente.

Para fins de disponibilidade e adesão, foi utilizado um espaço na reunião do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, o qual já possui composição semelhante, e convidados os demais representantes. Foram excluídos os profissionais que se recusaram a participar ou não se fizeram presentes.

A discussão foi gravada e mediada pela pesquisadora e se deu em duas etapas: leitura e análise individual; leitura e discussão coletiva. Após a leitura, aceite e assinatura do TCLE, uma cópia da proposta de fluxograma foi entregue para cada participante ler individualmente e fazer anotações, posteriormente, a pesquisadora iniciou a leitura coletiva do fluxograma, durante a leitura os participantes fizeram apontamentos e discutiram ajustes necessários sobre cada item, a leitura só seguia quando houvesse concordância unânime sobre a manutenção ou alteração de cada item.

As contribuições foram relacionadas a deixar claro a importância de realizar abertura de pré-natal sem juízo de valor, a inclusão da testagem das demais ISTs, a abordagem da anticoncepção pós-parto e a simplificação das informações, visando maior clareza e evitando a especificidade excessiva que pode tornar o fluxograma facilmente obsoleto após qualquer alteração em notas técnicas.

O benefício desta etapa é a discussão coletiva sobre ferramenta, entre diversos atores envolvidos, interessados ou conhecedores do tema, permitindo a avaliação da ferramenta por diversos olhares e reflexões. Os riscos desta etapa incluem o constrangimento e pouca manifestação de alguns participantes. Para minimizar os riscos foi esclarecido no TCLE e na introdução do grupo a metodologia do processo e a importância da participação de todos o desenvolvimento da pesquisa, durante o grupo a pesquisadora mediou a discussão, encorajando a participação dos omissos.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando a resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012), os pesquisadores se comprometem com o sigilo das informações coletadas (Apêndice E), sendo os dados da pesquisa armazenados por um período de cinco anos, após este período, os dados serão incinerados pelo pesquisador responsável.

Em conformidade à lei de acesso à informação nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011), o projeto de pesquisa deste estudo passou pela aprovação e liberação da Secretaria Municipal de Saúde do referido município e do setor estadual do SINAN, que avaliaram o projeto e assinaram o Termo de Anuência (Apêndices F e G) autorizando a continuidade da pesquisa. Posteriormente o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA conforme Anexo A

## 5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados conforme a etapa desenvolvida.

### Etapa 1 – Análise de dados epidemiológicos

Os dados coletados nesta etapa foram redigidos na forma de artigo intitulado “Características de pré-natal e impacto do monitoramento de gestantes soropositivas em Novo Hamburgo-RS: 2016 a 2020” que será submetido para a revista Contexto & Saúde e pode ser visualizado anexo B.

### ETAPA 2 – Levantamento de informações e demandas

Na etapa de levantamento de informações e demandas, participaram 11 enfermeiros da APS, dos quais 1 atua no consultório de rua, 2 atuam em UBS e 8 em ESFs do município. Dentre os enfermeiros, 7 atuam há mais de 10 anos em APS, 2 entre 5 e 9 anos, 1 entre 2 e 5 anos e 1 há menos de dois anos, todos afirmaram realizar ou acompanhar pré-natais em sua unidade atual e 7 (63,6%) já realizaram pré-natal de gestante soropositiva para HIV.

O convite encaminhado às unidades se estendeu a todos os enfermeiros, no entanto, a pesquisa obteve menos de 20% de respondentes.

No quadro 1 é apresentado as respostas dos enfermeiros agrupadas por categoria sobre quais são as angústias e maiores desafios no atendimento e na condução do pré-natal de gestantes HIV:

**Quadro 1. Angústias e desafios no atendimento e na condução do pré-natal de gestantes HIV manifestados pelos enfermeiros.**

<b>Categoria</b>	<b>Falas dos enfermeiros</b>
<b>Adesão</b>	<p>Enf 1: Um fator desafiador é a adição a substâncias e, quase sempre, não há continuidade do PN.</p> <p>Enf 2: Adesão ao tratamento da usuária.</p> <p>Enf 6: A adesão dela e do companheiro as consultas de PN, adesão e manutenção do tratamento e seguimento com o bebê.</p> <p>Enf 7: No meu caso, que além do HIV, elas são usuárias de SPAs e estão em situação de rua, a maior dificuldade é de manter o uso correto do TARV.</p> <p>Enf 10: Adesão da paciente e do parceiro.</p>

	Enf 11: O entendimento da paciente e constância do tratamento.
<b>Descoberta do diagnóstico</b>	<p>Enf 1: Na verdade, tudo depende de como a gestante encara sua situação. Se aceita sua condição de saúde, normalmente, o pré-natal ocorre de forma tranquila (independente se soube sobre ser soropositiva previamente ou na abertura da gestação em curso).</p> <p>Enf 3: O maior desafio é o momento do diagnóstico, pois muda muito a vida da gestante e sua percepção da própria gestação, são os medos da gestação misturados aos do HIV.</p> <p>Enf 4: Reação da gestante.</p>
<b>Uso de substâncias psicoativas</b>	<p>Enf 1: Um fator desafiador é a adição à substâncias e, quase sempre, não há continuidade do PN.</p> <p>Enf 7: No meu caso, que além do HIV, elas são usuárias de SPAs e estão em situação de rua, a maior dificuldade é de manter o uso correto do TARV.</p>
<b>Conhecimento e orientação profissional</b>	<p>Enf 8: Não conduzi paciente gestante com HIV, mas acredito que minha maior angústia seria a falta de qualificação nos municípios para a condução de gestantes com patologias, não somente risco habitual. É muito raro abordarem em qualificações para além da sífilis. Desde fisiopatologia, a condução, orientações e novas evidências.</p> <p>Enf 9: Cuidados e prevenção para não haver transmissão vertical.</p>

Fonte: dados da pesquisa.

Sobre o grau de dificuldade em cada etapa do pré-natal de uma gestante soropositiva, os enfermeiros se manifestaram conforme a Tabela 1.

**Tabela 1. Grau de dificuldade em cada etapa do pré-natal de uma gestante soropositiva de acordo com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Novo Hamburgo (n=11)**

	Alto	Médio	Baixo	Nenhum	Indiferente, não me envolvo
Realizar teste rápido	0	0	1	10	0
Revelar diagnóstico	1	4	0	6	0
Notificar SINAN	1	1	2	6	1
Registrar HIV+ na caderneta	0	0	1	9	1
Orientar sobre pré-natal e tratamento	0	2	5	3	1
Orientar sobre parto	0	3	5	3	0
Orientar sobre acompanhamento do RN	1	3	4	3	0
Acompanhar adesão da gestante à TARV	1	4	2	3	1
Interpretar exames de carga viral	2	1	3	4	1

Fonte: dados da pesquisa.

Os enfermeiros foram instigados a dar sugestões para facilitar e/ou melhorar o atendimento de gestantes HIV na APS, conforme categorias pode ser descrito no Quadro 2.

**Quadro 2. Sugestões dos enfermeiros para facilitar e melhorar o atendimento de gestantes HIV na Atenção Primária a Saúde.**

<b>Categoria</b>	<b>Exemplos de falas</b>
<b>Educação continuada</b>	<p>Enf 1: Maior capacitação dos médicos da atenção básica.</p> <p>Enf 4: Capacitações para relembrar fluxos</p> <p>Enf 6: Capacitação</p> <p>Enf 8: Qualificação para enfermeiros na Atenção Básica, principalmente porque além de ser necessário, os médicos muitas vezes baseiam suas condutas no que os enfermeiros orientam, especialmente sobre exames, acompanhamento e rede que deve ser acionada (...) Qualificação das recepções para quando pegarem exames ou marcações, terem sigilo adequado e não realizar comentários em sala de espera, desde citar serviço que vai ser referenciada, repetindo o que já fora orientado em consulta.</p>
<b>Recursos humanos</b>	<p>Enf 2: Aumento do número de funcionários nas unidades de saúde</p> <p>Enf 6: tempo para esse manejo, pois a APS está mega sobrecarregada com tantas atribuições. Ideal que a equipe fosse ampla, sem carência de profissionais.</p>
<b>Articulação em rede</b>	<p>Enf 3: Que a parceria no atendimento de profissional especializado/infectologista no atendimento destas gestantes e a APS é extremamente necessária, onde o PN é realizado na APS e as questões relacionadas tratamento e acompanhamento do HIV na gestação são avaliados pelo profissional que tenha experiência com manejo medicamentoso do HIV em gestantes.</p> <p>Enf 5: Ter retornos no SAE, não recebemos contra referência, quando encaminhamos nossos pacientes.</p> <p>Enf 7: No caso das mulheres em situação de rua, ter o acesso facilitado em qualquer unidade de saúde.</p> <p>Enf 8: Mais presença da Vigilância Epidemiológica também, para avaliar com a USF como está o tratamento da gestante ao longo do pré-natal, sendo um setor parceiro para melhorar os desfechos.</p> <p>Enf 9: Melhorar a qualidade na comunicação entre as UBS e CO especialmente na contra referência.</p> <p>Enf 10: Acredito que seja importante cuidado compartilhado SAE-USF durante o pré-natal, assim como fazemos com gestantes que estão no alto risco. Garantir os Registros adequados no prontuário e cartão da gestante por todos os profissionais envolvidos também é fundamental.</p>
<b>Recursos tecnológicos</b>	<p>Enf 8: Sistematização de controle de consultas, exames e outros, sugerido pela Política de Saúde da Mulher do município.</p>

Fonte: dados da pesquisa.

No quadro 3 podem ser visualizadas as respostas dos enfermeiros sobre melhorarias no fluxo de atendimento de gestantes HIV na APS, 3 não fizeram sugestões.

**Quadro 3. Sugestões dos enfermeiros para melhorar o fluxo de atendimento de gestantes HIV no município.**

<b>Categoria</b>	<b>Exemplos de falas</b>
<b>Articulação em rede</b>	<p>Enf 1: Não há comunicação entre os serviços de saúde - já tive experiência de trabalhar com o CAPS + consultório de rua em alguns casos e foi bem produtivo. Minha experiência com o SAE sempre foi muito positiva - tive todos os questionamentos respondidos, auxílio em todas as demandas, o fluxo de agendamento de consultas é rápido e eficiente. Mas entre outros serviços da rede, não existe fluxo.</p> <p>Enf 5: Pôr em prática a contrarreferência dos serviços envolvidos, pois, para sabermos o que está acontecendo com nossos pacientes, não só gestantes HIV (pois não atendi nenhuma até o momento aqui na instituição), mas outros pacientes que são encaminhados ao SAE, principalmente quando estes não aderem ao tratamento ou não comparecem aos atendimentos agendados pela USF no SAE, no momento do diagnóstico com os TR.</p> <p>Enf 7: Melhor comunicação entre a rede</p> <p>Enf 8: Reuniões de rede quando necessário, qualificações continuadas de enfermeiras. Centro Obstétrico mais aberto para discussão de casos (muitas vezes enfermeiras respondem somente sim ou não, pouco orientativas ou abertas ao diálogo e corresponsabilização). O SAE sempre se mantém orientando e educando, o que facilita a horizontalidade do cuidado.</p> <p>Enf 9: Retorno das contrarreferências</p> <p>Enf 10: Acredito que seja importante cuidado compartilhado SAE-USF durante o pré-natal (assim como fazemos com gestantes que estão no alto risco) além de uma padronização da comunicação com o CO.</p>
<b>Testes rápidos</b>	<p>Enf 8: Garantir que os testes rápidos sejam realizados de forma promissora e em tempo adequado para as gestantes, conforme estabelecido pelo MS. Uma vez que o município libera mais exame laboratorial mesmo sem teste rápido reagente, pode ocorrer de profissionais deixarem de testar para aguardar resultado desses exames laboratoriais.</p>
<b>Educação continuada</b>	<p>Enf 4: Capacitação de todos os profissionais quando iniciam na unidade.</p>
<b>Recursos humanos</b>	<p>Enf 2: Aumento do número da equipe para atendimento.</p>

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 2. Qualidade de comunicação relatada entre outras ESF/UBS, SAE e Centro Obstétrico/Maternidade de acordo com a percepção dos enfermeiros (n=11).**

Serviço	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim	Muito ruim	Nunca aconteceu
Outras ESF/UBS	2	3	4	0	0	2
SAE	4	5	1	0	1	0
Centro obstétrico/ Maternidade	1	3	4	1	1	1

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: ESF: Estratégia de Saúde da Família, UBS: Unidade Básica de Saúde, SAE: Serviço de atendimento Especializado.

Na Tabela 2 podem ser visualizadas as respostas sobre a qualidade da comunicação e no Quadro 4 as de sugestões para a melhoria da comunicação entre os serviços, conforme descrito no Quadro 4.

**Quadro 4. Observação dos enfermeiros de como ocorre a comunicação entre os serviços e sugestões para melhorar a comunicação entre os serviços que atendem gestantes HIV no município.**

<b>Como é</b>
<p>Enf 1: Sei que a comunicação via telefone e documentos se torna difícil com o tanto de demanda que temos diariamente. A carteira de gestante nem sempre é bem preenchida e não há espaço suficiente para todos os registros.</p> <p>Enf 2: Contatos telefônicos, registro dos atendimentos.</p> <p>Enf 3: as vezes precisamos realizar o agendamento ou encaminhar paciente e acabamos tendo uma demora no atendimento telefônico.</p> <p>Enf 4: Boa</p> <p>Enf 6: Linhas telefônicas sempre ocupadas, ou profissionais atarefados.</p> <p>Enf 7: Eu acho que a comunicação falha muitas vezes, principalmente com o centro obstétrico.</p> <p>Enf 8: Ocorre por telefone.</p> <p>Enf 9: Via sistema.</p> <p>Enf 10: Além de garantir os registros adequados no prontuário e cartão da gestante, eu faria contato telefônico e por e-mail tanto com o SAE quanto com o CO.</p>
<b>Sugestões</b>
<p>Enf 1: Sugiro melhorar a ferramenta que já estamos em uso, que é o prontuário eletrônico. Ali poderiam conter dados importantes como principais exames e resultados (TR, CV e CD4), a medicação usada atualmente, etc. Mas é importante que o preenchimento seja fácil e objetivo, como ocorre hoje no item controle gestacional.</p> <p>Enf 3: Deveríamos ter uma comunicação/telefone que só fosse utilizado somente para contato entre a rede,</p> <p>Enf 5: Pôr em prática o documento de contra referência, ou ao menos comunicar para as equipes da atenção básica as alterações nos atendimentos, ou se o paciente não adere ao tratamento.... etc</p> <p>Enf 8: Sugiro mais uso de e-mail a fim de proteção dos serviços e profissionais envolvidos, bem como registro no prontuário sobre os contatos. Também sugiro criação de gmail para as USF, para que planilhas de testagem rápida sejam preenchidas online, o que torna melhor o controle mês a mês dos casos, entre USF e SAE. Atualmente as folhas de testagem preenchidas não ficam de visualização comum na USF, nem SAE (acredito), então além de não haver mais essa possibilidade de vigilância, ainda há o risco de extravio. Poderia ser feito planilha de testagem, bem como a de pedidos de materiais, somente em aba diferente. Inclusive, o sistema G-MUS não colabora para esse monitoramento. Não é possível gerar relatório de testados, de positivos, nem de números.</p>

Fonte: dados da pesquisa.

### ETAPA 3 – Elaboração das ferramentas

O fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS elaborado pelas autoras pode ser visualizado no Apêndice H “Fluxograma de atendimento de gestantes HIV no município de Novo Hamburgo – PRÉ VALIDAÇÃO”.

O fluxograma descreve o caminho a ser percorrido por uma mulher soropositiva que inicia pré-natal ou uma gestante que recebe o diagnóstico de HIV no município, orientando a condução do atendimento na APS, no SAE e no centro obstétrico. O conteúdo foi baseado em protocolos e no fluxo de atendimento já recomendado no município (NOVO HAMBURGO, 2018), mas a oficialização através de uma ferramenta objetiva e de fácil visualização é fundamental para nortear os profissionais a conduzir os casos de uma forma mais assertiva.

A planilha de monitoramento de gestantes HIV pode ser visualizada no Apêndice I “Planilha de monitoramento de gestantes HIV no município de Novo Hamburgo – PRÉ VALIDAÇÃO”.

A planilha contém informações necessárias para identificação da gestante e de seu território, e informações determinantes sobre o pré-natal e tratamento de HIV, incluindo data provável de parto, retirada de medicamentos e resultados de cargas virais. Na parte final da planilha há campos de preenchimento sobre o parto, como data, local e via de parto, realização de profilaxia, e condição do RN ao nascer. A proposta é que a planilha seja útil para o monitoramento ativo do pré-natal, subsidiando tomada de decisão e busca ativa oportunas para prevenção da transmissão vertical, bem como gerar um banco de dados sobre o pré-natal da criança exposta de surge e também precisará de seguimento.

### ETAPA 4 – Validação das ferramentas

O grupo focal ocorreu no dia 13/07/2022, quarta-feira, das 08:30 às 10:30h, na sala de reuniões do 5º andar da prefeitura, com a seguinte composição: uma farmacêutica representante do NUMESC e atuante no SAE, um médico obstetra atuante em maternidade privada do município, a coordenadora da saúde da criança e do adolescente, a coordenadora da atenção básica, a coordenadora das unidades básicas de saúde da FSNH, um enfermeiro da vigilância em saúde e uma professora da Universidade Feevale, os demais convidados não se fizeram presentes.

O conteúdo do fluxograma foi discutido e readequado até haver concordância unânime em cada item. Os ajustes foram pontuais, incluindo planejamento de anticoncepção e reforço da testagem de outras ISTs no atendimento de pré-natal e simplificando informações sobre a profilaxia do RN, os ajustes podem ser observados no Apêndice J “Fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS de Novo Hamburgo – AJUSTES GRUPO FOCAL”.

Além do conteúdo, aos participantes foi solicitada a avaliação de estrutura e cores do fluxograma, o que foi aprovado por unanimidade sem alterações. O fluxograma final pode ser visualizado na Figura 2.

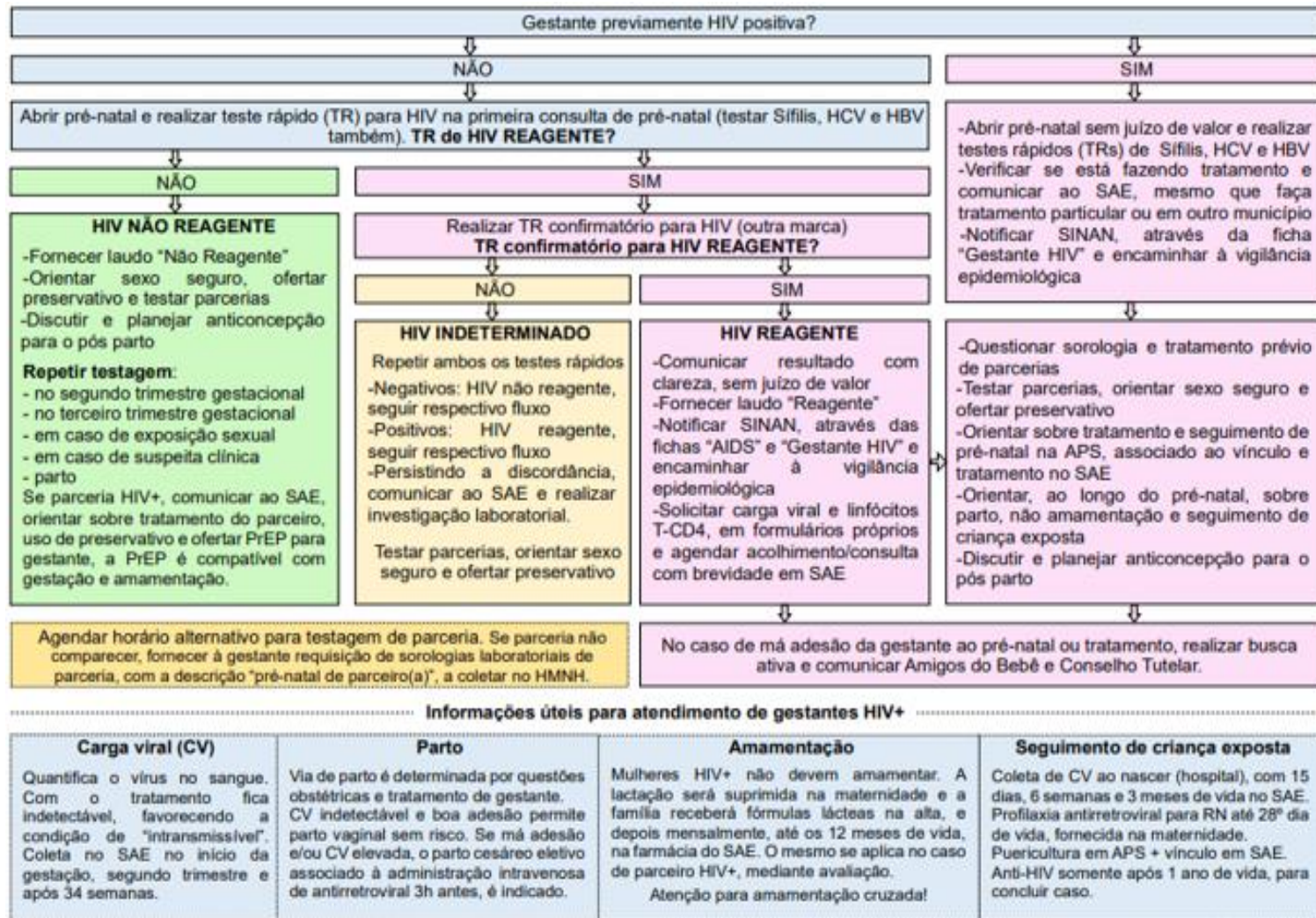


Figura 2: Fluxograma de atendimento de gestantes HIV no município de Novo Hamburgo – pós validação.

Fonte: dados da pesquisa.

A planilha de monitoramento foi validada por 9 juizes, sendo eles representantes da universidade (n=1), da vigilância epidemiológica (n=1), das políticas de saúde da criança (n=1), de planejamento familiar (n=1) e da gerência atenção básica em saúde (n=1), um farmacêutico do SAE (n=1) e enfermeiros assistenciais do consultório de rua (n=1) e unidades de APS (n=2).

A validação ocorreu em uma única etapa pois nenhum item teve aprovação inferior a 80%, conforme Quadro 5. Houve uma sugestão de incluir a informação “gestação planejada?”, no entanto, visando a eficiência e concisão da planilha, e a existência do campo “observações” para detalhamento de cada caso, o item não foi incluído. A planilha de monitoramento pode ser visualizada no apêndice I “Planilha de monitoramento de gestantes HIV – PÓS-VALIDAÇÃO”.

**Quadro 5. Avaliação dos juizes e percentual de aprovação de cada item da planilha de monitoramento de gestantes HIV.**

Item	Muito irrelevante	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	IVC %
Nome da gestante	0	0	0	1	8	100
Data de nascimento da gestante	0	0	0	3	6	100
Data provável do parto	0	0	0	0	9	100
Município de residência	0	0	1	4	4	88,9
Unidade de saúde vinculada	0	0	0	2	7	100
Data 1ª consulta de pré-natal	0	0	1	4	4	88,9
Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal	0	0	0	3	6	100
Notificação SINAN (nº e data)	0	0	1	2	6	88,9
Diagnóstico de HIV (prévio à gestação, 1º trim, 2º trim, 3º trim, parto)	0	0	0	1	8	100
Início de TARV - terapia antirretroviral (prévio à gestação, 1º trim, 2º trim, 3º trim, parto, não realizou)	0	0	0	1	8	100

Datas das retiradas de antirretrovirais durante a gestação (9 campos)	0	0	0	4	5	100
Cargas Virais HIV - datas e resultados (4 campos)	0	0	0	2	7	100
Informações sobre parceiro (campo livre)	0	0	0	5	4	100
Classificação de risco de transmissão vertical (baixo, alto)	0	0	1	1	7	88,9
PARTO - IG no parto	0	0	1	6	2	88,9
PARTO - local do parto (HMNH, Regina, Unimed, outro)	0	0	1	6	2	88,9
PARTO - Via de parto (cesárea, vaginal)	0	0	0	3	6	100
PARTO - AZT intraparto (sim, não)	0	0	0	1	8	100
PARTO - Desfecho da gestação (vivo, natimorto, aborto)	0	0	0	0	9	100
PARTO - Data do desfecho da gestação	0	0	1	0	8	100

Fonte: dados da pesquisa.

## 6. DISCUSSÃO

O tema da adesão ao tratamento e/ou ao pré-natal foi apontado como maior desafio por seis enfermeiros. A não adesão a TARV durante a gestação é determinante para a transmissão vertical. Um estudo realizado em 2008 no Rio de Janeiro, entrevistou 40 mulheres soropositivas que pariram sem realizar a profilaxia antirretroviral adequada, a fim de identificar os fatores relacionados a má adesão. Os resultados apontaram que a não aceitação da gestação, sentimentos depressivos, falta de parceiro e de apoio familiar, contexto social adverso, insatisfação no atendimento e cultura de descrédito em relação ao pré-natal foram determinantes para a não adesão terapêutica (DARMONT et.al., 2010).

Corroborando com esses dados, uma pesquisa bibliográfica que buscou artigos de 2005 a 2014 identificou uma carência nas produções científicas voltadas às dificuldades de mulheres HIV positivas em aderirem o pré-natal na atenção básica, mas dentre os achados, fatores como aceitação da gravidez, início tardio de pré-natal, dificuldade no acesso aos serviços de saúde e descontinuidade no pré-natal interferiram diretamente no processo de prevenção da transmissão vertical do HIV (DOS SANTOS, et. al., 2017).

A revelação diagnóstica da gestante quando à sua condição de soropositiva foi apontada como um ponto desafiador por 3 enfermeiros, a não aceitação da mulher quanto à gestação e/ou ao diagnóstico também é apontada nos estudos como fator determinante associado a não adesão ao tratamento (MILLS et.al., 2006; DOS SANTOS, et. al., 2017; DARMONT et.al., 2010).

Em um estudo de revisão sistemática da literatura, que contemplou 84 pesquisas com metodologia quantitativa ou qualitativa realizadas em diversos países observou que o medo da descoberta do diagnóstico, uso abusivo de substâncias psicoativas, esquecimento, ausência de compreensão dos benefícios do tratamento e regimes complicados foram barreiras identificadas indistintamente em países com níveis diversos de desenvolvimento. No entanto, barreiras como limitações financeiras e dificuldades de acesso ao tratamento foram peculiares aos países em desenvolvimento. Sentimentos de autovalorização de pessoas vivendo com HIV/aids, percepção positiva dos ARV, aceitação da soropositividade, uso de estratégias para lidar com o esquecimento e compreensão acerca da necessidade

de níveis elevados de adesão foram mencionados como aspectos facilitadores nas diversas realidades (MILLS et.al., 2006)

O uso de substâncias psicoativas pelas gestantes também representa um desafio importante para o seguimento de pré-natal e adesão terapêutica. Assim como na população geral que vive com HIV, não ter história de uso de drogas mostra-se positivamente associado à adesão nessa população (BARDEGUEZ et al., 2008). Uma revisão integrativa cuja questão norteadora foi “Quais são as evidências científicas sobre a eficácia da adesão de gestantes HIV para evitar a transmissão vertical?” identificou, através de 11 artigos analisados, que o uso de drogas como maconha, cigarro, álcool entre outros e tratamentos complexos com múltiplas drogas, dificultam a adesão da gestante à profilaxia da transmissão vertical (EGRY et. al., 2011).

A falta de preparo profissional para a condução adequada das gestantes HIV positivas é a principal angústia nos atendimentos. Um estudo qualitativo realizado com 14 enfermeiros de APS em Rondônia identificou que a maioria (85,7%) dos enfermeiros se autoavaliaram capazes de realizar o atendimento de pré-natal de uma gestante soropositiva, mas, devido ao pouco contato com essa clientela, se percebem pouco capacitados quanto à assistência prestada e entendem que há necessidade de cuidado compartilhado entre APS e SAE (GOULART et.al., 2018).

O despreparo dos profissionais é um ponto crítico importante para além da questão técnica, uma vez que há associação entre a adesão da gestante e a qualidade do cuidado, destacando-se a relação com os profissionais de saúde. Uma revisão da literatura que estudou 93 artigos publicados entre 1996 e 2004 sobre adesão ao tratamento de HIV e outras doenças crônicas, ressaltou a percepção do paciente sobre a competência e disposição do profissional, a qualidade e a clareza da comunicação, o vínculo com a equipe e informações adequadas sobre o tratamento e a gravidade dos efeitos colaterais como pontos fundamentais para a adesão a TARV (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

Um enfermeiro relatou que “Não realizamos pré-natal nessas pacientes, por ser considerado gestação de alto risco.” A fala representa um desconhecimento do fluxo de atendimento municipal, visto que, embora a condição de HIV positivo seja um critério de alto risco gestacional, o avanço da linha de cuidado das pessoas que vivem com HIV permite que gestantes soropositivas, sem outras indicações de alto

risco, realizem pré-natal na APS, com acompanhamento paralelo a um serviço especializado.

O Manual de Gestação de Alto Risco do MS esclarece que a estratificação de risco gestacional visa a garantia da assistência às demandas da gestante, por equipes com nível de especialização e qualificação apropriado, partindo da lógica de ampliação do acesso às diversas tecnologias de cuidado em busca do princípio fundamental da equidade. De forma alguma a estratificação de risco deve apenas ter como objetivo uma mudanç a territorial da assistência de uma unidade de menor para outra com maior densidade de tecnologia dura. Portanto, o cuidado pré-natal, ainda que compartilhado, deve continuar a ser ofertado pela unidade de origem, onde a gestante é vinculada (BRASIL, 2022).

Observa-se que a maior dificuldade relatada pelos enfermeiros está na interpretação de exames de carga viral, acompanhamento da adesão terapêutica e revelação diagnóstica, assim como orientar sobre acompanhamento do recém-nascido. Esses dados reforç am o entendimento da necessidade do matriciamento e do cuidado compartilhado entre APS e SAE (GOULART et.al., 2018).

Também foi apontada a dificuldade em realizar notificação SINAN. A subnotificação é uma realidade desafiadora do sistema de saúde brasileiro e, embora os profissionais identifiquem os casos passíveis de notificação, as condutas assistenciais são priorizadas na prática, acarretando menor domínio sobre o preenchimento adequado e o fluxo de notificação. Sendo importante promover capacitações e atualizações, uma vez que profissionais mais esclarecidos e capacitados podem ser mais comprometidos e eficientes no processo de notificação (PINHO, 2018).

Orientar sobre pré-natal, tratamento e parto também foram citadas com algum grau de dificuldade. Realizar teste rápido e preencher a informação na caderneta foram as etapas de menor dificuldade referidas pelos enfermeiros. Um enfermeiro sinalizou não se envolver com notificação SINAN, registro em caderneta, orientação sobre pré-natal, acompanhamento de adesão e interpretação de exames, posição preocupante, pois mesmo que o caso seja encaminhado para outros níveis de atenção, o pré-natal e vínculo da gestante continuam sob responsabilidade da APS.

A necessidade de capacitações e qualificação da equipe, incluindo a equipe médica, foi sinalizada com frequência. Já é consenso e popular que a educação

continuada é objetiva e fundamental para a atualização técnico-científica das equipes mas, além de ampliar a oferta de capacitações, é relevante incluir a educação permanente em saúde, caracterizada pela problematização das práticas multiprofissionais de saúde, nas atividades educativas para corresponder às necessidades de saúde da população (PEDUZZI et. al., 2009), principalmente à população de gestantes soropositivas, que somam determinantes psicossociais a questões clínicas específicas.

Além da questão assistencial, a promoção de atividades educativas também tem efeito de valorização profissional e maior satisfação no trabalho, o que também contribui para o melhor atendimento dos pacientes (DE ASSIS et. al., 2019). Alguns enfermeiros citaram a ampliação da equipe como estratégia para melhorar o atendimento das gestantes HIV na APS. Sinalização válida, pois a medida que a APS se torna mais resolutiva e qualificada, mais atribuições são descentralizadas, o que de fato exige ampliação de recursos humanos, do contrário, a sobrecarga de atividades na APS prejudica o desenvolvimento pleno das atividades, impactando na qualidade de vida do profissional e na assistência ao usuário (DE ASSIS et. al., 2019).

A maioria dos enfermeiros citaram a importância de operacionalizar a articulação em rede para a qualificação do cuidado de gestantes HIV. Embora a APS tenha como atribuição coordenar o cuidado e ordenar a rede de atenção à saúde, na prática ainda se identifica uma hierarquia antiquada e vertical dos serviços, na qual a atenção básica ocupa o nível mais baixo da pirâmide, com dificuldade de exercer o protagonismo que lhe cabe, muitas vezes sem acesso/contato com outros serviços que atendem essa gestante. O próprio serviço especializado tende a supervalorizar a sua assistência, e com um *modus operandi* hegemônico, torna a atenção primária um mero ponto de encaminhamento (SOUSA, 2018).

Uma enfermeira sugeriu a otimização do cuidado através da tecnologia, utilizando sistemas de comunicação, bem como o desenvolvimento do prontuário eletrônico, já utilizado no município, que possui campo especial para o acompanhamento gestacional. Quanto ao fluxo de atendimento de gestantes HIV no município, seis (54,5%) respondentes afirmaram que está claro e adequado, 3 (27,3%) declararam que o fluxo está claro mas poderia ser ajustado, 1 (9,1%)

entende que o fluxo não está claro e outro (9,1%) desconhece totalmente o fluxo de atendimento de gestantes soropositivas no município.

Novamente, a articulação em rede, a educação continuada e a ampliação de recursos humanos foram citadas pelos enfermeiros. Aqui uma enfermeira também sinalizou a preocupação quanto à realização oportuna do teste rápido nas gestantes e parceiros. No município, a testagem é preconizada na primeira consulta de pré-natal, no segundo e terceiro trimestres, sempre que houver nova exposição e no parto. Além da testagem rápida, também é disponibilizada cota para sorologia laboratorial em gestantes e parceiros de gestantes, uma estratégia de ampliação de rastreio, não de substituição (NOVO HAMBURGO, 2018).

A importância da articulação em rede foi citada pela maioria dos enfermeiros. Quando questionados sobre a qualidade da comunicação com outros serviços, o SAE é citado por 9 (81,8%) enfermeiros com boa ou muito boa comunicação, índice melhor do que entre as próprias ESF, entre as quais somente 5 (45,4%) enfermeiros relataram ter boa ou muito boa comunicação. Um enfermeiro relatou ter comunicação muito ruim com o SAE e dois enfermeiros relataram ter comunicação ruim ou muito ruim com centro obstétrico e maternidade, neste último somente 4 (36,4%) enfermeiros relataram ter boa ou muito boa comunicação.

Os enfermeiros citam o telefone como principal meio de comunicação entre os serviços, o que é limitado, visto que o excesso de ligações deixa as linhas ocupadas com frequência, o e-mail ainda não é uma ferramenta recorrente de comunicação efetiva, inclusive é recomendado por uma enfermeira, para melhor registro das comunicações e respaldo. Também há relato de incompletude no preenchimento da caderneta de pré-natal, sinalizando que as ferramentas disponíveis não são utilizadas de forma adequada.

As sugestões incentivam o melhor uso da ferramenta, como a criação de abas específicas no prontuário eletrônico já implantado e utilizado por todos os serviços públicos de saúde do município; utilização de planilhas de monitoramento de uso e visualização compartilhados; rede telefônica de uso exclusivo entre serviços e efetivação da contrarreferência, que também pode ser informatizada para facilitar e manter registrados os retornos.

A partir das informações coletadas e dos objetivos da pesquisa, desenvolveu-se as ferramentas. A planilha de monitoramento e o fluxograma como ferramentas de gerenciamento do cuidado, citadas pelos enfermeiros, são

estratégias comumente utilizadas na prática assistencial em saúde para o direcionamento do cuidado, garantindo maior controle, agilidade e assertividade nas condutas, o que eleva o nível de qualidade e resolutividade do serviço (CARVALHO et. al., 2014).

Fluxogramas de atendimento de pré-natal e tratamento de ISTs são amplamente utilizados pelo Ministério da Saúde. Entretanto, tendo em vista que um fluxograma antecipa as demandas dos usuários, colabora para a identificação, compreensão e solução de problemas, é fundamental que se façam adaptações adequadas à realidade local para o melhor aproveitamento e aplicação efetiva das ferramentas nacionais, contribuindo para o desenvolvimento de um serviço de excelência (GALDINO et. al., 2016; SILVA et. al., 2020).

Fluxogramas, assim como protocolos e procedimento operacionais padrão (POPs) têm bastante adesão na prática assistencial do município, pois além de orientar e respaldar a conduta dos profissionais, uniformiza a forma de encaminhamento entre serviços geridos por diferentes organizações presentes no município: prefeitura, fundação de saúde e serviço terceirizado.

Os serviços de atendimento especializado em HIV, junto com a APS, têm papel fundamental no acesso ao tratamento, na adesão à TARV e na supressão da carga viral. A relevância desses serviços no controle da epidemia, na morbimortalidade e qualidade de vida das PVHIV, exige um nível aceitável de qualidade na assistência, sendo fundamental a utilização de mecanismos de monitoramento e avaliação que contribuam para o aprimoramento dos serviços (RIBEIRO et. al., 2020).

O último inquérito Qualiaids, conduzido entre 2016 e 2017 a 1.066 serviços de assistência à PVHIV de todo o país, demonstrou um desempenho de padrão esperado em atividades assistenciais como aconselhamento, testagem, atendimento de enfermagem a pacientes novos e suprimento de antirretrovirais. No entanto, o domínio de gerenciamento técnico do trabalho mostrou-se insatisfatório, sinalizando a necessidade de investir na qualificação das gerências para melhor articulação do monitoramento do trabalho assistencial, da coordenação da equipe e da participação dos usuários (QUALIAIDS, 2017).

A planilha de monitoramento e outras ferramentas de controle permitem que o cuidado seja realizado em equipe, com transparência e eficiência (GALDINO et. al., 2016). Além disso, os dados da planilha fornecem indicadores úteis para a

avaliação do serviço e da qualidade da assistência. O processo de avaliação permite a definição do diagnóstico situacional, o estabelecimento de metas e a formulação de planejamento estratégico condizente com a realidade e perspectivas atuais, corroborando o processo de mudança das práticas e melhoria contínua (NEDEL, 2011; SANINE, 2014; CASTANHEIRA et. al., 2016).

A pesquisadora, enquanto profissional do SAE, já faz uso de uma planilha implantada em 2018 e que auxilia bastante no monitoramento e gerenciamento do cuidado das gestantes soropositivas vinculadas ao SAE, conforme é possível identificar nos resultados da etapa 1. No entanto, a planilha vigente é de domínio exclusivo do serviço especializado, a APS não alimenta nem visualiza a planilha, o que vai de encontro com o conceito de APS como centro e ordenadora do cuidado.

Conforme observado no relato dos profissionais, as fragilidades existentes na assistência de gestantes HIV demandam mais do que a implantação de ferramentas de gestão. A educação permanente e continuada, assim como a comunicação entre os serviços da RAS devem ser constantemente promovidas e incentivadas, a tal ponto que façam parte da cultura organizacional da rede. Inclusive, equipes integradas e participativas, em uma cultura de melhoria contínua tendem a fazer melhor uso e contribuir para o aprimoramento das ferramentas de gestão implantadas.

Para maior assertividade, ambas as ferramentas elaboradas passaram por processo de validação. A validação através do método Delphi é amplamente utilizada, inclusive esse foi o método utilizado na validação de um fluxograma de atendimento de pessoas vivendo com HIV de Natal-RN (GUEDES, 2020), na validação de um questionário de Avaliação da Atenção Básica para aplicação nacional (ZARILI et. al., 2021) e de intervenções de enfermagem pela USP (FARO, 1997), pois oportuniza resultados fidedignos, valorizando a opinião dos profissionais.

O grupo focal também é um método comumente utilizado para desenvolvimento e validação de práticas e processos em saúde. Já tendo sido utilizado para validar um instrumento de avaliação da qualidade assistencial no bloco operatório (GOMES et. al., 2017), de coleta de dados de pacientes hospitalizados (VIRGÍNIO; NÓBREGA, 2004) e de um modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (PERMINIO; SILVA; RAGGIO, 2022).

Este estudo teve limitações. Na etapa 2, o convite aos enfermeiros foi direcionado aos e-mails oficiais das unidades, de modo que os enfermeiros não-coordenadores só receberiam o convite de forma indireta, o que pode ter influenciado no baixo número de respondentes, de qualquer modo, nem todos os enfermeiros coordenadores responderam à pesquisa.

A etapa 3 sofreu limitações pela baixa participação de enfermeiros na etapa 2. Na etapa 4, a ausência de um profissional atuante da APS no grupo focal limitou a validação do fluxograma, ainda que alguns profissionais presentes tenham formação e experiência na assistência da saúde pública, a participação de profissionais que teriam que implementar o fluxograma na prática traria contribuição fundamental para a ferramenta.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A planilha de monitoramento e o fluxograma trazem outra perspectiva sobre o gerenciamento do cuidado das gestantes HIV no município. O norte sobre o seguimento da gestante na rede e a responsabilização de cada unidade, promovidos pelo fluxograma – assim como o suporte que a planilha confere ao monitoramento compartilhado – incentivam a articulação e o gerenciamento do cuidado em rede, fortalecendo a integralidade e longitudinalidade do cuidado de mãe, bebê e família.

Dentre os profissionais, observa-se uma percepção comum sobre os desafios e as necessidades para o melhor cuidado das gestantes soropositivas. A qualificação e o quantitativo adequados da equipe, bem como a integração entre todos os serviços envolvidos, foram preocupações muito citadas pelos profissionais. Considerando que a APS é a ordenadora da rede e as ferramentas fortalecem o seu protagonismo no seguimento das gestantes, é fundamental que os profissionais da APS tenham capacidade técnica e estrutural para realizar o seguimento e a coordenação do cuidado, o que pode ser promovido através de educação permanente e dimensionamento de pessoal.

Espera-se que os produtos deste estudo sejam implantados no município, fortalecendo os papéis dos serviços, operacionalizando e contribuindo para a condução assertiva dos casos. No entanto, isoladamente, as ferramentas não garantirão articulação e cuidado compartilhado em rede. Diante disso, sugere-se aos gestores o olhar sensível e atento às necessidades e possibilidades de melhoria nos recursos humanos e desenvolvimento do trabalho em rede.

Além dos produtos para melhor controle e prevenção da transmissão vertical de HIV, esta pesquisa também ressalta a sua própria relevância. Envolver a pesquisa científica com a prática profissional voltada à promoção da saúde é fundamental para a valorização do trabalho e da atenção primária, que muitas vezes é vista como menos importante e complexa que os setores secundários e terciários da rede de atenção à saúde. Portanto, concluo esta dissertação enaltecendo mais do que os seus resultados, mas as iniciativas e os incentivos à pesquisa profissional, que valorizam e reforçam as práticas exitosas baseadas em e geradoras de: evidência.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Renato Santa de; TANURI, Amilcar. Virologia. In: DIAZ, Ricardo Sobhie; VÁZQUEZ, Vicente Soriano. Org. **Infecção pelo HIV e Terapia Antirretroviral em 2013**. 2013. Permanyer: São Paulo, SP. p 13-23.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.
- ARAÚJO, Miguel Montenegro Aguiar de. Lean nos serviços de saúde. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Engenharia Industrial e Gestão. **Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto**, 2009.
- BARDEGUEZ, Arlene D. et al. Adherence to antiretrovirals among US women during and after pregnancy. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 48, n. 4, p. 408, 2008.
- BARROS, Sandra Garrido de; SILVA, Ligia Maria Vieira da. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 41, Set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família – DESF. **Cobertura da Atenção Básica**. 2021c. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=2JFs++OL9vYNspqIBlrMOE4D>>. Acesso em 10 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e AIDS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.271 de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 09 jun 2014; Seção 1 p. 67.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose – 1 ed. Rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos indicadores da política nacional de atenção básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **NOTA INFORMATIVA Nº 20/2020**. 2020b. Dispõe sobre atualizações nas recomendações de diagnóstico e tratamento de crianças vivendo com HIV acima de dois anos. Brasília: 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Serviços de Saúde**. 2021a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso\\_a\\_informacao/servicos-de-saude?province=All&field\\_end\\_servicos\\_disponiveis\\_tid=All&field\\_endereco\\_tipo\\_tid=379&page=6](http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude?province=All&field_end_servicos_disponiveis_tid=All&field_endereco_tipo_tid=379&page=6)>. Acesso em 13 mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids (SIMC)**. 2021b. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/sistemas-de-informacao/sistema-de-monitoramento-clinico-das-pessoas-vivendo-com-hiv-aids>>. Acesso em 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2019**. Brasília: 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2020**. Brasília: 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2019c.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº. 993, de 4 de setembro de 2000.** Altera a Lista de 17. Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000 Set 5, seção 1, p.28.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores de programas:** guia metodológico. Brasília: Ministério Público, 2010. 128p.

BRASIL. **Portaria nº 542 de 22 de Dezembro de 1986.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986a, Seção 1., p. 19827.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986.** Diário Oficial da União, Brasília, 1986b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011.** Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRITO, Ana Maria de et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** mar-abr, 2001. p. 207-217.

CARTAXO, Charmênia Maria Braga et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia (Natal)**, 2013. p. 419-427.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 907-914, 2014.

CASTANHEIRA, Elen R L et. al. Desafios para a Avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira (orgs). **Práticas de Avaliação em Saúde no Brasil: diálogos.** Série Atenção Básica e Educação na Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p 189-232.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, p. 576-581, 2006.

DA CRUZ, Marly Marques; REIS, Ana Cristina. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS.** 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ: EAD, Ensp, 2011. 480p.

DARMONT, Mariana de Queiroz Rocha et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-

comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1788-1796, 2010.

DE ASSIS, Bianca Cristina Silva et al. Satisfação e sobrecarga de trabalho entre profissionais de equipes da Atenção Primária à Saúde. **Universidade Federal de Minas Gerais**: 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/30264/1/Bianca%20Cristina%20Silva%20de%20Assis.pdf>>. Acesso em 01 dez 2022.

DOS SANTOS, Sara Moreira et al. Transmissão vertical do HIV: dificuldade na adesão ao pré-natal. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 56-61, 2017.

EGRY, Emiko Yoshikawa et al. Adesão de gestantes vivendo com HIV/AIDS à profilaxia da transmissão vertical: uma revisão integrativa. **Pôster**, 2011.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; SANTOS, Max André dos. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. **Faculdade de Medicina UFMG**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FARO, Ana Cristina Mancussi. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, p. 259-273, 1997.

FEITOSA, Jessica Mykaella Ferreira et al. Análise epidemiológica e espacial de HIV/AIDS em crianças e gestantes. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-8], 2020.

FELISBERTO, Eronildo. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, jun. 2010.

FERMINO, Veridiana et al. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de Serviços de Saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Volume 14 Suplemento 1, set/out 2009. ISSN 14138123.

FIGUEIRÓ, Ana C.; FRIAS, Paulo G.; NAVARRO, Leila M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 1-13, 2010.

FONTELLES, Mauro José et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista paraense de medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FOWLER, Mary Glenn et al. Perinatal HIV and its prevention: progress toward an HIV-free generation. **Clinics in perinatology**, v. 37, n. 4, p. 699-719, 2010.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (org.) et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 765-793.

FURTADO, Juarez Pereira. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p: 17-58.

FURTADO, Juarez Pereira; DA SILVA, Lígia M. V. Entre os campos científicos e burocráticos: a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, Marco; GOMES, Hévila Nascimento et al. Análise do atendimento nos serviços de saúde entre pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 4 (Out-Dez), p. 387-394, 2019.

GALDINO, Simone Vasconcelos et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Gestão & Saúde**, p. ág. 1023-1057, 2016.

GOMES, José Augusto Pereira et al. A técnica de grupo focal na validação de conteúdo para avaliação da qualidade assistencial em bloco operatório. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR**, v. 21, n. 2, p. 88-93, 2017.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 12, p. 149-161, 2002.

GOULART, Carolinne Siqueira et al. Percepção do enfermeiro da atenção básica acerca do atendimento à gestante soropositiva. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 3, p. 286-292, 2018.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da AIDS no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1553-1564, 2016.

HOCHMAN, Bernardo et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, p. 2-9, 2005.

GUEDES, Gabriela Souza Damásio. Elaboração e validação do fluxograma de atendimento à pessoa vivendo com vírus da imunodeficiência humana no município de Natal-RN. Dissertação de Mestrado. **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Natal, 2020.

MACINKO, James; HARZHEIM, Erno. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – sua utilização no Brasil. **Revista Brasileira Saúde da Família**. n 14. Brasília: 2007, p 4 – 9.

MARQUES, H.H.S et al. Cost of care to children with HIV/AIDS or exposed to the virus in a teaching hospital in São Paulo, Brazil. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 15., 2004, Bangkok. **MedGenMed**, v.6, n.3,2004. Abstract TuPe5463.

MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein et al. Satisfaction of users with a reference health service for care of HIV. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 3, p. 320, 2018.

MELO, Márcio Cristiano de et al. Incidência e mortalidade por AIDS em crianças e adolescentes: desafios na região sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3889-3898, 2016.

MILLS, Edward J. et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. **PLoS medicine**, v. 3, n. 11, p. e438, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 1992. p. 269-269.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1145-1154, 2011.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; DE SOÁREZ, Patrícia Coelho. Avaliação de Tecnologias em Saúde. In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p: 59-92.

NOVO HAMBURGO. Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo. Fundação De Saúde Pública De Novo Hamburgo. Universidade Feevale. Protocolo Municipal de Pré-natal de Novo Hamburgo. **Protocolo de pré-natal de risco habitual**. Novo Hamburgo: 2018.

PEDUZZI, Marina et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 121-134, 2009.

PERES, Heloisa Helena Ciqueto; LEITE, Maria Madalena Januário. Sistemas de Informação em Saúde. In: KURGANT, Paulina. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 63-70.

PERMINIO, Henrique Bezerra; SILVA, João Paulo Almeida Brito da; RAGGIO, Armando Martinho Bardou. Validação do modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1237-1248, 2022.

PINHO, Débora Santos de. Subnotificação de doenças no SINAN-a percepção do profissional da atenção primária. 2018. Dissertação de mestrado. **Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde. Disponível em: <[http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/2990/1/debora\\_santos\\_pinho.pdf](http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/2990/1/debora_santos_pinho.pdf)>. Acesso em 02 dez. 2022.

QUALIAIDS. **Aplicação 2017**. Disponível em:

<<http://www.qualiaids.fm.usp.br/aplicacao.html>>. Acesso em 25 jan. 2021.

REDMOND, Andrew M.; MCNAMARA, John F. O caminho para eliminação da transmissão vertical do HIV. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 6, p. 509-511, 2015.

REIS, Edna Afonso; REIS, Ilka Afonso. Análise descritiva de dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. 1ª ed. Belo Horizonte: **Universidade Federal de Minas Gerais**, jun 2002.

RIBEIRO, Tatiana Corrêa et al. Qualidade e Monitoramento do Serviço Ambulatorial Especializado Oferecido às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 40, p. 275-282, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção Estadual de Controle das DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS**. Org. Clarice S. T. Batista, Tatiana O Heidi – Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2018a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretária de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/AIDS. **Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2018b. 49p.

SANINE, Patrícia Rodrigues. Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – **Faculdade de Medicina de Botucatu**, Unesp, Botucatu, 2014.

SCHAURICH, Diego; MEDEIROS, Hilda Maria Freitas; MOTTA, Maria da Graça Corso da. Vulnerabilidade no viver de crianças com aids. **Revista Enfermagem Uerj. Rio de Janeiro. Vol. 15, n. 2 (abr./jun. 2007), p. 284-290**, 2007.

SILVA, Margareth Jamil Maluf et al. Clinical and laboratory profile of children living with vertically transmitted HIV/AIDS in a city in northeastern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 32-35, 2010.

SILVA, Vanessa Beatriz da Silveira et al. Construção coletiva de um fluxograma para acompanhamento das gestantes com sífilis no município de São José-SC. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

SOUSA, Alann Felipe Marreiro de. A importância da atenção básica como centro de referência na rede de atenção da saúde (RAS) do Sus. Monografia de Pós Graduação em Gestão em Saúde. **Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira**. Piquet Carneiro: 2018.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TANCREDI, Mariza Vono. Sobrevida de pacientes com HIV e AIDS nas eras pré e pós terapia antirretroviral de alta potência. Tese de Doutorado. **Universidade de São Paulo**. Faculdade de Saúde Pública. 2010.

TRONCHIN, Daisy Maria R; MELLEIRO, Marta Maria; TAKAHASHI, Regina Toshie. A Qualidade e a Avaliação dos serviços de Saúde e de Enfermagem. In: KURGANT, Paulina. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

UNAIDS. **Global AIDS Response Progress Reporting 2013**: Construction of Core Indicators for Monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS. 2013, Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. Resumo informativo. **Estatísticas mundiais sobre o HIV**. Julho de 2020. Disponível em: < [https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2020/11/2020\\_11\\_19\\_UNAIDS\\_FactSheet\\_PORT\\_Revisada.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2020/11/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada.pdf)> . Acesso em 10 jan. 2021.

VIRGÍNIO, Nereide de Andrade; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 53-56, 2004.

ZARILI, Thais Fernanda Tortorelli et al. Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e190505, 2021.

**APÊNDICE A – Coleta de dados da 1ª etapa**

Idade da gestante: \_\_\_\_\_

Escolaridade da gestante: \_\_\_\_\_

Raça/cor da gestante: \_\_\_\_\_

Idade Gestacional (IG) na primeira consulta de pré-natal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico HIV: ( )prévio ( )1º trim ( )2º trim ( )3º trim ( )parto

Início do tratamento antirretroviral: ( )prévio ( )1º trim ( )2º trim ( )3º trim ( )parto

Vínculo ao SAE de Novo Hamburgo durante pré-natal? ( )sim ( )não

Local de realização do pré-natal:

( )UBS de Novo Hamburgo ( )ESF de Novo Hamburgo ( )particular ou convênio

( )APS de outro município ( )não realizou

Retiradas de TARV durante gestação: ( )regular ( )irregular ( )não realizado;

Carga viral de terceiro trimestre: ( )Indetectável ( )Menos de 1.000 cópias

( )Mais de 1.000 cópias ( )não realizado/indisponível

Local de parto: ( )SUS Novo Hamburgo ( )privado Novo Hamburgo ( )SUS outro município ( )privado outro município

Ano de parto: \_\_\_\_\_

Via de parto: ( )vaginal ( )cesárea eletiva ( )cesárea de urgência;

Via de parto adequada: ( )sim ( )não

Realizado profilaxia AZT intraparto: ( )sim ( )não

Oferta de AZT nas primeiras 24 horas de vida criança: ( )sim ( )não

Cargas virais da criança: ( )indetectável ( )indisponível ( )detectável: \_\_\_\_\_

Desfecho de caso de criança exposta ao HIV: ( )alta ( )infectada ( )óbito relacionado a AIDS ( )óbito outras causas ( )transferência e perda de seguimento

**APÊNDICE B – Coleta de dados 2ª etapa**

Atuação: ( ) UBS ( ) ESF ( ) Consultório de rua

Tempo de atuação em APS:

( ) Menos de 2 anos ( ) 2 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) mais de 10 anos

Realiza/acompanha pré-natal? ( ) Sim ( ) Não

Já conduziu pré-natal de gestante HIV? ( ) Sim ( ) Não

Para você quais as maiores dificuldades enfrentadas na condução do pré-natal de gestantes HIV?

---

---

---

Para você, qual o grau de dificuldade em cada etapa do pré-natal de gestantes HIV?  
Opções: Muita dificuldade; alguma dificuldade; indiferente, não me envolvo; pouca dificuldade; nenhuma dificuldade.

Realizar testagem rápida:

Diagnóstico:

Realizar notificação SINAN:

Acompanhar adesão:

Interpretar exames de carga viral:

O que você sugere para a melhoria do controle/monitoramento de gestantes HIV no município? \_\_\_\_\_

---

---

## **APÊNDICE C – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Questionário 2ª etapa**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Elaboração de tecnologias para o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na Atenção Primária”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Bruna Juliana Brentano Kuhn, enfermeira do município de Novo Hamburgo e aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e Carine Blatt, enfermeira e professora doutora da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Essa pesquisa tem por objetivo elaborar tecnologias que permitam o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na APS a partir do diálogo com equipes da APS e da análise longitudinal retrospectiva dos casos de crianças expostas ao HIV nascidas entre 2016 e 2020, cujo parto e/ou pré-natal tenham ocorrido no município. Espera-se com este estudo fornecer propostas que contribuam para o cuidado das gestantes HIV no município e evitar a transmissão vertical de HIV. Trata-se de um estudo de metodologia mista, você está sendo convidado a participar de uma etapa da pesquisa que consiste no levantamento de informações e demandas dos profissionais sobre o cuidado das gestantes HIV no município. Os dados não poderão ser utilizados para outro fim, que não os objetivos desse projeto de pesquisa. Você está sendo convidado, pois é enfermeiro de uma unidade de APS ou de consultório de rua e atua/pode atuar na atenção ao pré-natal de mulheres que vivem com HIV, sendo a sua avaliação muito importante para o diagnóstico situacional e levantamento de necessidades e demandas que venham a contribuir com a elaboração de ferramentas de gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na APS. Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a um questionário sobre as suas percepções em relação ao acompanhamento de gestantes HIV na APS. O tempo estimado para responder o questionário é de 10 minutos. Os riscos que você tem em participar dessa pesquisa são mínimos e incluem o constrangimento em responder perguntas e o vazamento das informações no caso de o sistema ser hackeado. Sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas no estudo. Os seus dados serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), você tem a garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita custeada pela equipe de pesquisa caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Os

benefícios que você terá em participar desta pesquisa são indiretos, inclui o retorno social de elaboração de tecnologias que garantam maior controle de gestantes HIV e a prevenção da transmissão vertical de HIV no município, por meio de maior entendimento das necessidades da APS frente ao assunto. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Os pesquisadores responsáveis por este estudo, estão à sua disposição e com eles você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail.

\*\*\*\*\* Uma via do TCLE, assinada pela pesquisadora, será encaminhada ao seu email. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Bruna Juliana Brentano Kuhn, no telefone (51) 999951672 e na Rua General Osório, 868, bairro Hamburgo Velho, em Novo Hamburgo e no e-mail: brunakuhn@gmail.com ou com Carine Raquel Blatt no telefone 513303-8843 e email carineblatt@ufcspa.edu.br, ou no endereço da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Rua Sarmento Leite, 245 - Cidade Baixa, CEP 90050-170, Porto Alegre - RS – Brasil. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Dados do CEP UFCSPA a saber: Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre, Sala 605, prédio 3. Telefone 51 3303- 8804, e-mail: cep@ufcspa.edu.br.

---

Participante

---

Bruna Juliana Brentano Kuhn  
Pesquisadora

## **APÊNDICE D – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Método Delphi**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Elaboração de tecnologias para o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na Atenção Primária”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Bruna Juliana Brentano Kuhn, enfermeira do município de Novo Hamburgo e aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e Carine Blatt, enfermeira e professora doutora da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Essa pesquisa tem por objetivo elaborar tecnologias que permitam o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na APS a partir do diálogo com equipes da APS e da análise longitudinal retrospectiva dos casos de crianças expostas ao HIV nascidas entre 2016 e 2020, cujo parto e/ou pré-natal tenham ocorrido no município. Espera-se com este estudo contribuir para o cuidado das gestantes HIV no município. Trata-se de um estudo de metodologia mista, você está sendo convidado a participar de uma etapa da pesquisa que consiste na validação da: planilha de monitoramento de gestantes HIV na APS. Os dados não poderão ser utilizados para outro fim, que não os objetivos desse projeto de pesquisa. Você está sendo convidado, pois é um profissional da saúde de nível superior; com atuação direta em assistência, gestão e/ou pesquisa com pré-natal, sendo a sua avaliação muito importante para a validação de ferramentas de gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na APS. Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que analise a planilha e julgue a relevância de conteúdo de cada item em conformidade com a escala likert, de 1 a 5, sendo 1 “Muito irrelevante”, 2 “irrelevante”, 3 “Pouco relevante”, 4 “Relevante” e 5 “Muito relevante”. O tempo previsto para a conclusão da atividade – do conhecimento da planilha ao julgamento dos itens – é de 1 hora. Você será solicitado a repetir a análise da ferramenta após o primeiro julgamento dos avaliadores. Os riscos que você tem em participar dessa pesquisa incluem o constrangimento em responder perguntas que desafiem sua competência profissional e o vazamento das informações no caso de o sistema ser hackeado. Sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas no estudo. Os seus dados serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), você tem a garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita custeada pela equipe de pesquisa caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo

que for necessário. Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa são indiretos, inclui o retorno social de elaboração de tecnologias que garantam maior controle de gestantes HIV e a prevenção da transmissão vertical de HIV no município, por meio de maior entendimento das necessidades da APS frente ao assunto. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Os pesquisadores responsáveis por este estudo, estão à sua disposição e com eles você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail. Você será excluído da pesquisa, se não realizar a avaliação completa dentro do prazo de 14 após o recebimento da planilha.

\*\*\*\*\* Uma via do TCLE, assinada pela pesquisadora, será encaminhada ao seu email. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Bruna Juliana Brentano Kuhn, no telefone (51) 999951672 e na Rua General Osório, 868, bairro Hamburgo Velho, em Novo Hamburgo e no e-mail: brunakuhn@gmail.com ou com Carine Raquel Blatt no telefone 513303-8843 e email carineblatt@ufcspa.edu.br, ou no endereço da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Rua Sarmento Leite, 245 - Cidade Baixa, CEP 90050-170, Porto Alegre - RS – Brasil. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Dados do CEP UFCSPA a saber: Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre, Sala 605, prédio 3. Telefone 51 3303- 8804, e-mail: cep@ufcspa.edu.br.

---

Participante

---

Bruna Juliana Brentano Kuhn  
Pesquisadora

## APÊNDICE E – Termo de compromisso de utilização de dados



### Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, Carine Blatt e Bruna Juliana Brentano Kuhn, da Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre, no âmbito da pesquisa intitulada "ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE GESTANTES HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA", comprometemo-nos com a utilização dos dados obtidos, a fim de obtenção dos objetivos previstos, somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários e banco de dados, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a informações de perfil sociodemográfico e clínicas de gestantes HIV bem como o desfecho dos casos dos respectivos filhos nascidos, no período de 01/01/2016 a 31/12/2020.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometemo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Novo Hamburgo, 30 de maio de 2021.

  
Bruna Juliana Brentano Kuhn



Carine Blatt

## APÊNDICE F – Anuência municipal

### NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC NOVO HAMBURGO

#### FOLHA DE DESPACHO

Título do projeto: ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE GESTANTES HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nome da proponente: BRUNA JULIANA BRENTANO KUHN

Contato: brunakuhn@novohamburgo.rs.gov.br

IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

<p>À Numesc: Para avaliação, encaminhamos o projeto acima referido. Data: 07/10/21</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">   <b>NUMESC</b>            Núcleo Municipal de Educação            em Saúde Coletiva            Responsável pelo Núcleo         </div>
<p>Avaliação NUMESC: O projeto acima referido foi avaliado pela comissão do NUMESC. <input checked="" type="checkbox"/> Cumpre os requisitos estabelecidos para a realização de trabalhos acadêmicos nos serviços da rede de saúde do município. <input type="checkbox"/> Recomendado ajustes: Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva Data: 09/11/2021</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">   <b>NUMESC</b>            Núcleo Municipal de Educação            em Saúde Coletiva            Comissão de avaliação do NUMESC            H.C. 5117         </div>
<p>À Diretoria / Unidade: Para análise da viabilidade de realização, conforme cronograma previsto, encaminhamos o projeto acima referido. Data: 09/11/2021</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">   <b>NUMESC</b>            Núcleo Municipal de Educação            em Saúde Coletiva            Comissão de avaliação do NUMESC         </div>
<p>Parecer da área / unidade: <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Não autorizado Data:</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">             Responsável Área / Unidade             Leoni Marilene            Coordenadora Administrativa            Núcleo         </div>
<p>À secretária Municipal de Saúde: Para aprovação e validação, encaminhamos o projeto acima referido, que foi submetido à avaliação do NUMESC apresenta parecer favorável e viabilidade à sua realização. Data:</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">             Cláudia de Oliveira            Coordenadora do NUMESC         </div>
<p>Parecer do Secretário Municipal de Saúde: Data:</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">             Dr. Nelson Luciano da Rocha            Secretário Municipal de Saúde         </div>

## APÊNDICE G – Anuência estadual



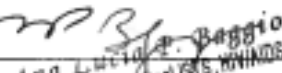
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE  
DIVISÃO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS

Declaração acerca do interesse público para o Sistema Único de Saúde de pesquisa envolvendo cessão de dados pessoais de usuários pela SES/RS.

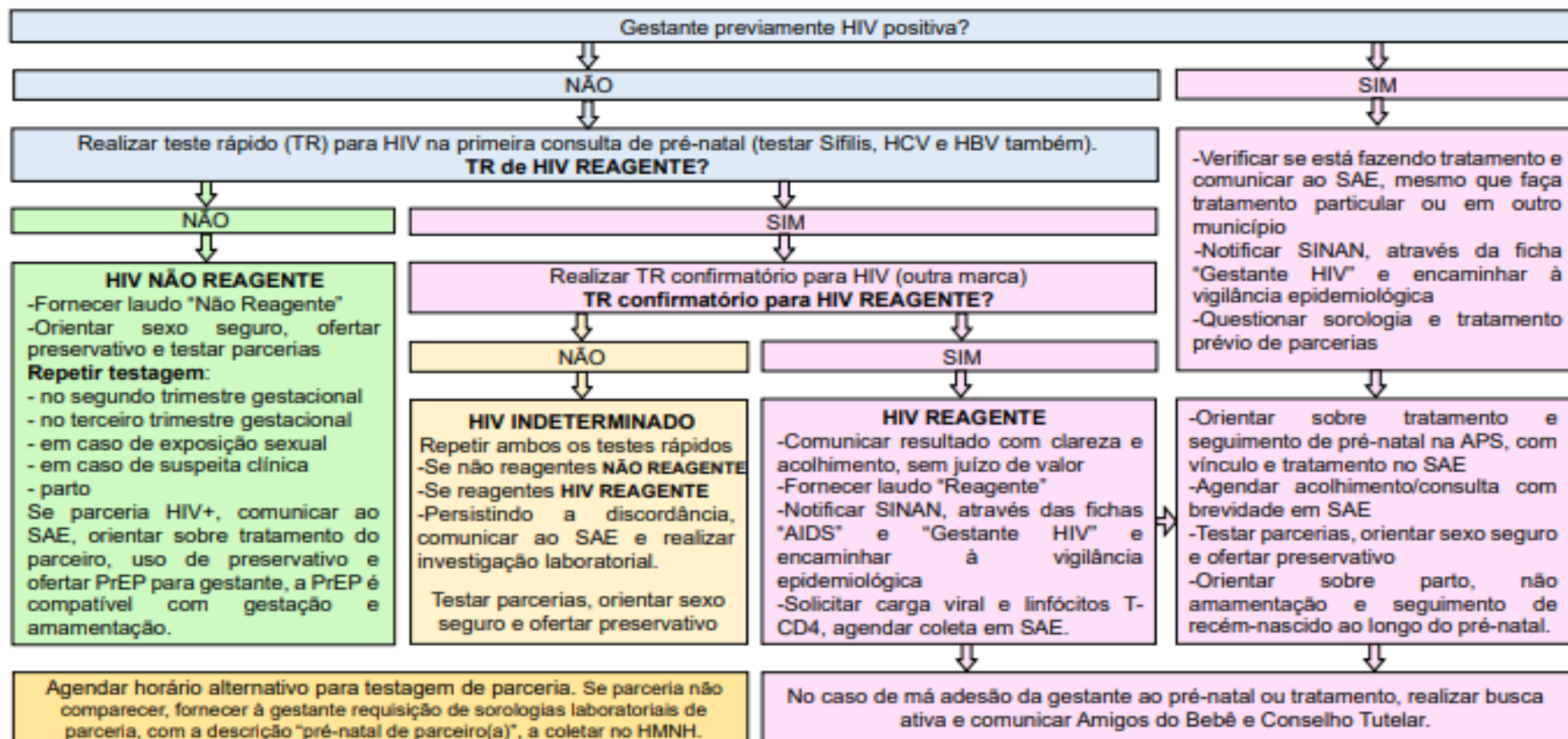
Em atendimento ao disposto na Lei de Acesso à Informação nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, em seu Art. 31, parágrafo 3º, inciso II, enquanto gestor(a) da Coordenação Estadual de IST/AIDS da Divisão de Doenças de Condições Crônicas Transmissíveis e Não Transmissíveis (DAPPS), declaro que a pesquisa intitulada Elaboração de tecnologias para o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na Atenção Primária, cuja pesquisadora responsável é Bruna Juliana Brentano Kuhn, é dotada de evidente interesse público para o Sistema Único de Saúde.

Porto Alegre, 14 de janeiro de 2022

Assinatura é carimbo do(a) Gestor(a) da área da SES/RS envolvida:

  
Ana Lucia P. Baggio  
Coordenadora Estadual GRS, HIV/AIDS  
SES/RS ID 2511851

## APÊNDICE H – Fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS de Novo Hamburgo PRÉ-VALIDAÇÃO



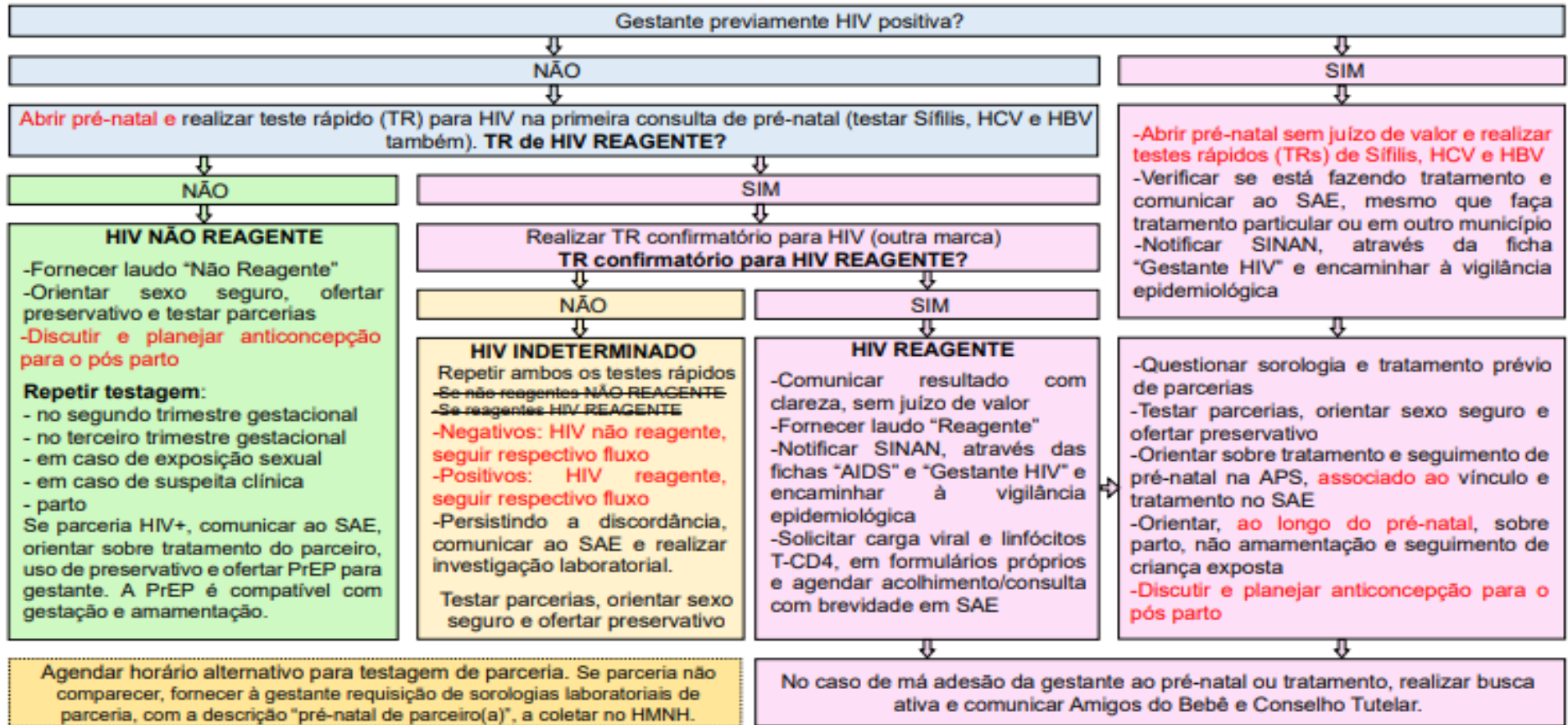
### Informações úteis

Carga viral (CV)	Parto	Amamentação	Seguimento de criança exposta
Quantifica o vírus no sangue. Com o tratamento fica indetectável, favorecendo a condição de "intransmissível". Coleta no SAE, mediante agendamento, no início da gestação, segundo trimestre e após 34 semanas.	Via de parto é determinada por questões obstétricas e tratamento de gestante. CV indetectável e boa adesão permite parto vaginal sem risco. Se má adesão e/ou CV elevada, o parto cesáreo eletivo associado à administração intravenosa de antirretroviral 3h antes, é indicado.	Mulheres HIV+ não devem amamentar. A lactação será suprimida na maternidade e a família receberá fórmulas lácteas na alta, e depois mensalmente, até os 12 meses de vida, na farmácia do SAE. Atenção para amamentação cruzada!	Coleta de CV ao nascer (hospital), com 15 dias, 6 semanas e 3 meses de vida no SAE, mediante agendamento. Zidovudina oral 12/12h do 1º até 28º dia de vida. Se alto risco esquema especial é ofertado na maternidade. Bactrim profilático (seg, qua e sex) a partir do 1º mês de vida, até resultado indetectável de CV no 3º mês. Puericultura em APS, associado com vínculo em SAE. Anti-HIV somente após 1 ano, para concluir caso.





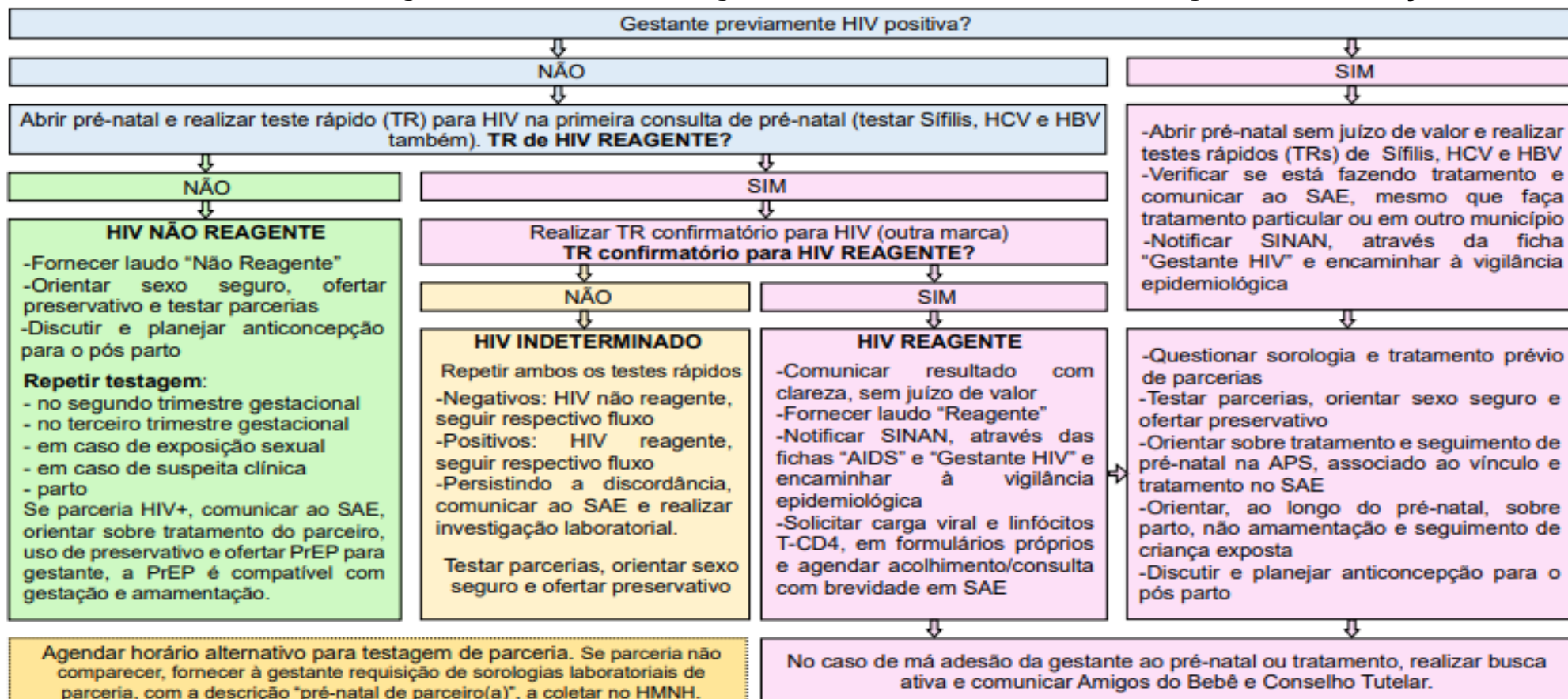
APÊNDICE J – Fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS de Novo Hamburgo – AJUSTES GRUPO FOCAL



Informações úteis para atendimento de gestantes HIV+

Carga viral (CV)	Parto	Amamentação	Seguimento de criança exposta
Quantifica o vírus no sangue. Com o tratamento fica indetectável, favorecendo a condição de "intransmissível". Coleta no SAE no início da gestação, segundo trimestre e após 34 semanas.	Via de parto é determinada por questões obstétricas e tratamento de gestante. CV indetectável e boa adesão permite parto vaginal sem risco. Se má adesão e/ou CV elevada, o parto cesáreo eletivo associado à administração intravenosa de antirretroviral 3h antes, é indicado.	Mulheres HIV+ não devem amamentar. A lactação será suprimida na maternidade e a família receberá fórmulas lácteas na alta, e depois mensalmente, até os 12 meses de vida, na farmácia do SAE. O mesmo se aplica no caso de parceiro HIV+, mediante avaliação. Atenção para amamentação cruzada!	Coleta de CV ao nascer (hospital), com 15 dias, 6 semanas e 3 meses de vida no SAE. Zidovudina oral 12/12h de 1º até 28º dia de vida. Se alto risco esquema especial é ofertado na maternidade. Bactrim profilático (seg, qua e sex) a partir do 1º mês de vida, até resultado indetectável de CV no 3º mês. Profilaxia antirretroviral para RN até 28º dia de vida, fornecida na maternidade. Puericultura em APS + vínculo em SAE. Anti-HIV somente após 1 ano de vida, para concluir caso.

## APÊNDICE K – Fluxograma de atendimento de gestantes HIV na APS de Novo Hamburgo – PÓS VALIDAÇÃO



## ANEXO A – Parecer CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE GESTANTES HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** Carine Raquel Blatt

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 53988221.4.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.636.071

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento Informações Básicas da Pesquisa e Projeto Detalhado.

Visando o controle efetivo e prevenção da transmissão vertical de HIV, o presente estudo propõe elaborar tecnologias que permitam o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na APS a partir do diálogo com equipes da APS e da análise longitudinal retrospectiva dos casos de crianças expostas ao HIV nascidas entre 2016 e 2020, cujo parto e/ou pré-natal tenham ocorrido no município. Espera-se com este estudo contribuir para o cuidado das gestantes HIV no município. Trata-se de um estudo metodologia mista, que será realizado em quatro etapas:

- 1) estudo analítico com delineamento longitudinal com coleta de dados retrospectivos, afim de caracterizar o cenário municipal de transmissão vertical de HIV a partir de 2016.
- 2) pesquisa de campo descritiva afim de identificar as necessidades da APS.
- 3) elaboração das ferramentas;
- 4) validação das ferramentas desenvolvidas. Para a validação da planilha eletrônica será utilizado o método Delphi, a validação do fluxograma ocorrerá por grupo focal.

**Endereço:** Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605

**Bairro:** Sarmiento

**CEP:** 91.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.036.071

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Elaboração de tecnologias para o gerenciamento do cuidado de gestantes HIV na Atenção Primária.

**Objetivo Secundário:**

Avaliar os resultados do monitoramento de gestantes HIV no município de Novo Hamburgo-RS.

Desenvolver um fluxograma de atendimento e monitoramento de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde.

Desenvolver uma planilha de monitoramento de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde.

Validar a planilha de monitoramento de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde e o fluxograma de atendimento e monitoramento de gestantes HIV na Atenção Primária à Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não foram apresentados nenhum risco ou alteração na execução do projeto até a presente data.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide campo 'Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações'.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios apresentados.

**Recomendações:**

Sem objeções - Aprovar emenda.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos nos documentos da emenda.

Emendas podem ser propostas enquanto o projeto estiver em vigor.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_200975_9_E1.pdf	30/08/2022 22:07:42		Aceito
Outros	emendaprojeto.pdf	30/08/2022 22:06:16	Carine Raquel Blatt	Aceito
Declaração de concordância	Assentimento_SES.pdf	31/03/2022 00:12:04	Carine Raquel Blatt	Aceito

**Endereço:** Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

**Bairro:** Sarmiento

**CEP:** 91.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8604

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 5.636.071

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_quest_entAPsv4.pdf	31/03/2022 00:11:07	Carine Raquel Blatt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofoalv4.pdf	31/03/2022 00:10:28	Carine Raquel Blatt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_delphi_juizesv4.pdf	31/03/2022 00:10:07	Carine Raquel Blatt	Aceito
Outros	cartaarevisorv4.pdf	31/03/2022 00:08:05	Carine Raquel Blatt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto brunakuhn v4.docx	31/03/2022 00:07:11	Carine Raquel Blatt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa4_grupofoal_v3.pdf	25/02/2022 17:31:09	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa4_delphi_v3.pdf	25/02/2022 17:30:52	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa2_v3.pdf	25/02/2022 17:30:27	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto brunakuhn_2502.docx	25/02/2022 17:30:16	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
Outros	carta_ao_revisor_2502.pdf	25/02/2022 17:29:14	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEetapa4v2.pdf	10/01/2022 15:21:18	Carine Raquel Blatt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEetapa3v2.pdf	10/01/2022 15:21:07	Carine Raquel Blatt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEetapa2v2.pdf	10/01/2022 15:20:56	Carine Raquel Blatt	Aceito
Outros	CartaoRevisor.pdf	10/01/2022	Carine Raquel Blatt	Aceito

**Endereço:** Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605

**Cidade:** Sarmiento

**CEP:** 96.060-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 5.636.071

Outros	CartaoRevisor.pdf	15:20:46	Carine Raquel Blatt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto brunakuhn v2.pdf	10/01/2022 15:20:30	Carine Raquel Blatt	Aceito
Outros	TCDU.pdf	30/11/2021 19:28:13	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_bruna_kuhn_3010.docx	28/11/2021 22:04:21	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
Outros	Anuencias_Bruna.pdf	28/11/2021 22:03:06	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
Outros	termo_compromisso_entrega_relatorio_ semestral_final_CRB_bruna.pdf	28/10/2021 21:52:49	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/10/2021 21:50:29	Bruna Juliana Brentano Kuhn	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 12 de Setembro de 2022

---

**Assinado por:  
Fernanda Bordignon Nunes  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605

**Bairro:** Sarmiento

**Cep:** 91.060-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

## ANEXO B – Artigo

### CARACTERÍSTICAS DE PRÉ-NATAL E IMPACTO DO MONITORAMENTO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: 2016 A 2020.

#### Resumo

Este estudo apresenta uma análise dos casos de gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV, nascidas entre 2016 e 2020 em um município da região metropolitana de Porto Alegre(RS), e avalia o impacto do monitoramento de pré-natal, implantado em 2018 no município. Métodos: Estudo analítico com delineamento longitudinal e coleta de dados retrospectivos. A amostra incluiu todas as gestantes HIV do município, cujos partos ocorreram entre 2016 e 2020. Foram excluídos os casos que evoluíram para aborto ou não possuem informação do parto registrados no SINAN. Resultados: 142 gestações e 2 (1,4%) casos de transmissão vertical. Os indicadores de adesão ao tratamento e de via de parto adequada melhoraram a partir de 2018. Realizar pré-natal e ter vínculo com o SAE durante gestação estão relacionados com a realização de terapia antirretroviral (TARV) ( $p=0,000$ ), iniciar pré-natal no primeiro trimestre gestacional ( $p=0,000$ ), em serviços privados e em outros municípios ( $p=0,025$ ) está relacionado com adesão regular ao tratamento durante. Diagnóstico oportuno ( $p=0,000$ ), início de tratamento antes de 20 semanas gestacionais ( $p=0,001$ ), adesão à TARV ( $p=0,013$ ) e via de parto adequada ( $p=0,008$ ) apresentaram correlação com a não transmissão vertical de HIV. Conclusão: O monitoramento das gestantes soropositivas se mostrou importante para a melhoria dos indicadores de transmissão vertical.

**Palavras-chave:** Transmissão Vertical de Doenças Infecçiosas; Infecções por HIV; HIV-1; Cuidado Pré-Natal.

### PRENATAL CHARACTERISTICS AND IMPACT OF MONITORING OF HIV-POSITIVE PREGNANT WOMEN IN A CITY IN THE METROPOLITAN REGION OF PORTO ALEGRE: 2016 TO 2020.

#### Abstract

This study presents an analysis of cases of HIV-positive pregnant women and children exposed to HIV, born between 2016 and 2020 in a city in the metropolitan region of Porto Alegre. Additionally, it evaluates the impact of fetal monitoring, which was implemented in the

city in 2018. Methods: Analytical study with longitudinal design and retrospective data collection. The sample included all HIV pregnant women in city whose deliveries occurred between 2016 and 2020. Cases that turned into abortion or did not have birth information registered in SINAN were excluded. Results: 142 pregnancies and 2 (1.4%) cases of vertical transmission. Indicators of adherence to the antiretroviral therapy (ART) and adequate delivery methods improved from 2018 on. Performing prenatal care and having a relationship with the SAE during pregnancy are related to taking antiretroviral prophylaxis ( $p=0.000$ ). Starting prenatal care in the first quarter of pregnancy ( $p=0,000$ ), in private services and in other cities ( $p=0,025$ ) is related to regular adherence to treatment during pregnancy. Timely diagnosis ( $p=0.000$ ), initiation of treatment before 20 weeks of pregnancy ( $p=0.001$ ), adherence to ART ( $p=0.013$ ) and adequate delivery method ( $p=0.008$ ) presented correlation with non-vertical transmission of HIV. Conclusion: The monitoring of seropositive pregnant women proved to be important for the improvement of the vertical transmission indicators.

**Key-words:** Infectious Disease Transmission, Vertical; HIV Infections; HIV-1; Prenatal Care.

## **Introdução**

O HIV representa uma pandemia multifacetada que já registrou cerca de 75,7 milhões de infecções e 32,7 milhões de mortes relacionadas à AIDS no mundo<sup>1</sup>. Transmitido através de vias sexual, sanguínea (transfusões, compartilhamento de agulhas, acidentes percutâneos, gestação e parto) e aleitamento materno, o HIV, quando não tratado em tempo oportuno resulta no desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), favorecendo a ocorrência de infecções oportunistas que podem provocar internações hospitalares, sequelas irreversíveis e até óbito. Além do prejuízo à saúde física, o HIV compromete a qualidade de vida das pessoas, gerando impactos psicológicos e sociais, sobretudo quando a infecção se dá ainda na infância<sup>2</sup>.

A taxa de detecção de HIV em gestantes aumentou 21,7% na última década, atingindo em 2019 as taxas de 2,8, 9,0 e 17,6 casos por mil nascidos vivos, no Brasil, Rio Grande do Sul (RS) e Porto Alegre, respectivamente<sup>3</sup>. O crescimento da detecção de casos de HIV em gestante, sobretudo de baixa escolaridade, são também reflexo da ampliação e qualificação do pré-natal, o que demanda a adoção de estratégias que previnam a reprodução deste aumento aos casos de transmissão vertical<sup>4</sup>.

A transmissão vertical (TV) – termo utilizado para infecções que são transmitidas de mãe para filho, durante gestação, parto e/ou amamentação – é a principal fonte de transmissão

de HIV em crianças, sendo responsável por 84% das infecções HIV em crianças de 0 a 14 anos nas últimas décadas. No Brasil, 99,6% das ocorrências de HIV em crianças menores de 13 anos são consequências de transmissão vertical<sup>5</sup>. O risco de o feto contrair o HIV intraútero é de 35%, intraparto o risco sobe para 60 a 70%<sup>6</sup>. A adesão da gestante HIV à Terapia Antirretroviral (TARV) reduz o risco de transmissão vertical para 0,5-1,0%, razão pela qual o foco no pré-natal qualificado representa a estratégia mais importante na prevenção da transmissão vertical de HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)<sup>2</sup>.

Uma pesquisa realizada, entre 2002 e 2003, com 291 crianças – 112 expostas e 179 infectadas pelo HIV – num hospital universitário de São Paulo, concluiu que o custo ambulatorial anual médio de uma criança exposta ao HIV era de R\$ 948,63, enquanto que o custo anual estimado para o tratamento da criança infectada pelo HIV/aids foi de R\$ 8.092,71, evidenciando que além dos impactos biológicos, sociais e psicológicos, a infecção pelo HIV também representa impacto econômico ao SUS<sup>7</sup>.

Para combater a transmissão vertical, o Ministério da Saúde recomenda o acompanhamento de gestantes soropositivas em pré-natal de alto risco concomitante ao pré-natal realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e encaminhamento ao serviço especializado em casos de imunossupressão grave e outras infecções<sup>2</sup>. No município, todas as gestantes HIV são encaminhadas para acompanhamento com médico infectologista no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e mantém rotina de pré-natal em ESF, o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ocorre somente a critério médico<sup>8</sup>.

As diversas estratégias adotadas pelo governo brasileiro – rastreio de HIV no pré-natal, oferta de tratamento para todos, realização de cesárea eletiva em casos de carga viral elevada, supressão da amamentação e oferta de fórmula láctea como substituição ao leite materno de puérperas soropositivas – contribuíram para a queda na taxa de detecção de HIV em crianças menores de 5 anos<sup>5</sup>.

Considerando o acesso universal a TARV e a eficácia do tratamento para a supressão da carga viral, a ocorrência de transmissão vertical costuma estar relacionada a vulnerabilidades sociais importantes, como negação do diagnóstico, recusa ao tratamento, não realização de pré-natal, situação de rua e uso de drogas. Logo, uma criança soropositiva provavelmente estará inserida em um meio familiar que pode não suprir os cuidados necessários para a manutenção de sua saúde e qualidade de vida<sup>2</sup>.

Sem o tratamento adequado, metade das crianças infectadas por HIV não atinge os 2 anos idade<sup>9</sup>. Diante disso, a eliminação de novas infecções de HIV em crianças se tornou estratégia fundamental para conter a propagação da doença e atingir os objetivos de

desenvolvimento do milênio das Nações Unidas<sup>10</sup>. No Brasil, a prevenção da transmissão vertical também é uma das principais estratégias estruturais da mandala de prevenção combinada contra o HIV e, considerando o potencial que a qualidade da assistência em saúde tem em prevenir a transmissão vertical de HIV, trata-se um indicador importante de eficiência das políticas e serviços de saúde pública<sup>11</sup>.

Em 2020, o município em estudo ficou em sexto lugar em um ranking nacional de um indicador composto que considera taxas de detecção e mortalidade por AIDS, transmissão vertical do HIV e diagnóstico tardio<sup>3</sup>. Em 2019 o município estava na segunda colocação, (BRASIL, 2019b), destacando a redução da taxa média de detecção de AIDS em crianças menores de 5 anos, de 10,9 em 2019 – período de avaliação 2017-2019<sup>5</sup> – para 6,4 em 2020 – com período de avaliação de 2018-2020<sup>3</sup>.

Essa evidência faz deste município, um dos 15 municípios gaúchos prioritários no combate à AIDS<sup>12</sup> e, com vistas a ter um maior controle sobre a adesão terapêutica das gestantes HIV do município, em janeiro de 2018 o SAE implantou o monitoramento sistematizado de gestantes HIV, através de uma planilha de registro de retiradas de medicamento antirretroviral, resultados de carga viral e consultas realizadas durante a gestação. Além da planilha, o serviço estabeleceu canais de comunicação direta com unidades de Atenção Primária a Saúde e maternidades, sob o intuito de captar precocemente novos casos de HIV em gestante e incluí-los no monitoramento.

Diante deste cenário, o presente estudo pretende avaliar o impacto da implantação do monitoramento de gestantes HIV em um município da região metropolitana de Porto Alegre, bem como apresentar uma análise dos casos de gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV nascidas entre 2016 e 2020 no município.

## **Materiais e Métodos**

Estudo analítico com delineamento longitudinal e coleta de dados retrospectivos, afim de caracterizar o cenário municipal de transmissão vertical de HIV do ano de 2016 a 2020. O período analisado nesta etapa corresponde aos partos ocorridos de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2020, as informações sobre o desfecho dos casos das respectivas crianças expostas foram consideradas até o encerramento do período de coleta de dados. O monitoramento de pré-natal foi reestruturado em 2018 no município, seguindo as orientações da MS, todas as gestantes HIV são encaminhadas para acompanhamento com médico infectologista no SAE e mantém rotina de pré-natal em ESF.

A amostra incluiu todas as gestantes HIV, cuja unidade notificadora e/ou local de parto registrado em notificação SINAN foram o município foco da pesquisa, bem como o desfecho clínico das respectivas crianças expostas. Para fins deste estudo, foram incluídos somente partos ocorridos entre 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2020. Foram excluídos os casos de gestante HIV que evoluíram para aborto ou não possuem informação do parto registrados no SINAN.

A coleta de dados ocorreu entre maio e agosto de 2022. A partir da lista de gestantes HIV – cujo pré-natal e/ou parto ocorreu no município – obtida através do SINAN, buscou-se informações sobre pré-natal, parto e desfecho clínico da criança exposta em planilhas de monitoramento, prontuário eletrônico e sistemas nacionais de informação: SINAN, laudo e SICLOM.

A idade da gestante foi considerada a do momento da notificação. A cor e a escolaridade da gestante foram as autodeclaradas na notificação no SINAN. A idade gestacional de início de pré-natal foi resgatada nas planilhas internas do SAE e nos registros de prontuário eletrônico. Quando a idade gestacional era desconhecida, foi realizado um cálculo baseado na idade gestacional do parto e datas de parto e de início do pré-natal. Para definição de realização e local de pré-natal foram utilizadas informações disponíveis no SINAN e no prontuário eletrônico. O vínculo com o SAE foi identificado através de planilhas internas, prontuário eletrônico ou através do histórico de dispensa de antirretrovirais do SICLOM.

Para definição do período diagnóstico foi verificado se a gestante não possuía registros anteriores de notificação, carga viral ou tratamento, não havendo diagnóstico prévio, foi considerado a data de diagnóstico e a respectiva semana gestacional. Para definição do início de TARV, foram consideradas as datas de retirada de ARV e o período gravídico. Mulheres que já estavam em uso de ARVs nos meses anteriores à gestação, foram classificadas como “tratamento prévio”. Para classificação de adesão, este estudo avaliou as datas de retirada de ARV e considerou adesão regular toda aquela que teve pelo menos cinco retiradas mensais de antirretrovirais consecutivas até o desfecho da gestação.

Baseado nos critérios do Ministério da Saúde, que considera de baixo risco de transmissão vertical a gestação cuja a TARV é aderente e iniciada na primeira metade da gestação, associado a carga viral inferior a 1.000 cópias no terceiro trimestre gestacional.

Para registro de carga viral no terceiro trimestre, foram verificadas as cargas virais da gestante no sistema Laudo e as respectivas datas com o período gravídico. As informações do parto e desfecho de criança exposta foram extraídas das planilhas internas, do SINAN, prontuário eletrônico e SICLOM. A classificação de via adequada dos partos vaginais se deu

conforme os critérios de baixo risco do Ministério da Saúde, no ponto de vista de transmissão vertical, a cesárea eletiva nunca é considerada via inadequada.

Os dados foram coletados e listados em questionário estruturado e tabulados em planilha Excel, a fim de identificar a evolução histórica e correlação entre os indicadores. Os resultados das variáveis categóricas foram apresentados através de frequências absoluta e relativa e das numéricas em média, desvio-padrão e mediana. A normalidade foi verificada pelo teste K-S. Para a comparação da idade na gestação e idade gestacional quanto a realização e o resultado TARV foi aplicado teste Mann-Whitney. Para as demais associações foram aplicados os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, quando adequado. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas no software estatístico SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Respeitando a resolução CNS 466/2012<sup>13</sup>, os pesquisadores se comprometem com o sigilo das informações coletadas, sendo os dados da pesquisa armazenados por um período de cinco anos, após este período, os dados serão incinerados pelo pesquisador responsável. Os dados foram fornecidos do sistema diretamente para a pesquisadora e a atividade de coleta e análise dos dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora, não tornando acessível as informações a terceiros. Os dados enviados para estatística não incluíram informações que poderiam sugerir ou facilitar a identificação das mulheres e das crianças.

Em conformidade à lei de acesso à informação nº 12.527 de 18 de novembro de 2011<sup>14</sup>, o projeto de pesquisa deste estudo passou pela aprovação e liberação da Secretaria Municipal de Saúde do referido município e do setor estadual do SINAN, que avaliaram o projeto e assinaram o Termo de Anuência autorizando a continuidade da pesquisa. Posteriormente o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA sob número do CAAE de 53966221.4.0000.5345.

## **Resultados**

Entre 2016 e 2020, foram registrados 151 partos de gestantes HIV cuja notificação e/ou parto foi o município investigado. Destes, 8 foram notificados como natimorto, no entanto, ao analisar o prontuário dos casos identificou-se que todos eles foram abortamentos espontâneos antes da 20ª semana gestacional, o que os classifica como aborto, desta forma, não foram incluídos na amostra. Além disso, identificou-se uma notificação duplicada e esta foi excluída. Portanto, foram analisadas 142 gestações de mulheres soropositivas, cujo parto tenha ocorrido entre 2016 e 2020. A maior parte das gestantes era branca e com escolaridade até no máximo o ensino médio completo. Cerca de 21,8% tiveram o diagnóstico do HIV no pré-natal, e 3,5%

somente no parto. Entre as que realizaram a TARV (91,5%) a adesão foi considerada regular em 64,1% conforme pode ser observado na Tabela 1.

Considerando somente os partos de nascidos vivos residentes de Novo Hamburgo, obtém-se uma taxa de detecção de HIV em gestantes de 20 partos em 2016 (6,3 casos/1.000 nascidos vivos), 25 em 2017 (7,8 casos/1.000 nascidos vivos), 26 em 2018 (8,3 casos/1.000 nascidos vivos), 28 em 2019 (9,1 casos/1.000 nascidos vivos) e 22 em 2020 (7,5 casos/1.000 nascidos vivos).

Em 2020, o município já contava com 100% de cobertura de APS e 57,33% de cobertura de ESF, de modo que os resultados apresentam uma elevada cobertura de pré-natal, os casos nos quais não houve realização de pré-natal (3,5%) estão associados com uso de substâncias psicoativas, alguns também em situação de rua.

**Tabela 1. Características do pré-natal de gestantes HIV por ano de parto (2016-2020) em um município da região metropolitana de Porto Alegre.**

	2016 (n=22)		2017 (n=27)		2018 (n=32)		2019 (n=33)		2020 (n=28)		Total (n=142)		p-valor
<b>Idade</b>													0,225
Média±DP	24,7±7,5		26,5±6,1		23,7±6,2		25,3±5,8		23,6±5,6		25,3±6,2		
mediana	23		27		23		24		26		25		
<b>Idade gestacional (semanas) na primeira consulta de pré-natal</b>													0,264
Média±DP	14.2±7.5		15.8±8.1		14±6.9		12.7±6.2		11.5±6.6		13.6±7.1		
mediana	12		14		13		13		10		12		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p-valor
<b>Cor</b>													0,065
Branca	20	90,9	24	88,9	23	71,9	25	75,8	25	89,3	117	82,4	
Preta	1	4,5	3	11,1	7	21,9	3	9,1	3	10,7	17	12,0	
Parda	0	0,0	0	0,0	1	3,1	4	12,1	0	0,0	5	3,5	
Ignorado	1	4,5	0	0,0	1	3,1	1	3,0	0	0,0	3	2,1	
<b>Escolaridade</b>													0,110
Fund Incompleto	9	40,9	1	3,7	10	31,3	14	42,4	10	35,7	44	31,0	
Fund completo	2	9,1	3	11,1	2	6,3	0	0,0	4	14,3	11	7,7	
Médio Incompleto	1	4,5	2	7,4	4	12,5	5	15,2	0	0,0	12	8,5	
Médio completo	1	4,5	2	7,4	8	25,0	9	27,3	9	32,1	29	20,4	
Sup. Incompleto	0	0,0	0	0,0	1	3,1	1	3,0	2	7,1	4	2,8	
Superior completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,1	0	0,0	2	1,4	
Ignorado	9	40,9	19	70,4	7	21,9	2	6,1	3	10,7	40	28,2	
<b>Fez pré-natal?</b>													0,454

Não	0	0,0	1	3,8	0	0,0	2	6,1	2	7,1	5	3,5	
Sim	22	100	25	96,2	32	100	31	93,9	26	92,9	136	96,5	
<b>Local pré-natal</b>													0,138
ESF	13	59,1	16	66,7	18	56,3	14	45,2	8	30,8	69	51,1	
UBS	7	31,8	6	25,0	4	12,5	7	22,6	8	30,8	32	23,7	
Particular	1	4,5	1	4,2	6	18,8	5	16,1	3	11,5	16	11,9	
Outro município	1	4,5	1	4,2	4	12,5	5	16,1	7	26,9	18	13,3	
Não informado	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	
<b>Vínculo com SAE NH durante pré-natal?</b>													0,460
Não	4	18,2	4	16,0	2	6,3	2	6,5	2	7,7	14	10,3	
Sim	18	81,8	21	84,0	30	93,8	29	93,5	24	92,3	122	89,7	
<b>Diagnóstico de HIV</b>													0,260
Prévio	18	81,8	18	66,7	23	71,9	26	78,8	21	75,0	106	74,6	
1º trim	0	0,0	3	11,1	3	9,4	3	9,1	5	17,9	14	9,9	
2º trim	2	9,1	2	7,4	4	12,5	3	9,1	0	0,0	11	7,7	
3º trim	2	9,1	1	3,7	2	6,3	1	3,0	0	0,0	6	4,2	
Parto	0	0,0	3	11,1	0	0,0	0	0,0	2	7,1	5	3,5	
<b>Início da Terapia Antirretroviral (TARV)</b>													0,187
Prévio	3	13,6	5	18,5	9	28,1	13	39,4	9	32,1	39	26,3	
1º trim	5	22,7	1	3,7	7	21,9	7	21,2	9	32,1	29	20,3	
2º trim	9	40,9	11	40,7	10	31,3	8	24,2	4	14,3	42	30,3	
3º trim	3	13,6	5	18,5	5	15,6	3	9,1	3	10,7	19	13,5	
Não realizou	2	9,1	5	18,5	1	3,1	2	6,1	3	10,7	13	9,5	
<b>Adesão à TARV</b>													0,021
Irregular	11	50,0	9	33,3	8	25,0	6	18,1	4	14,3	38	26,8	
Regular	9	40,9	13	48,1	23	71,9	25	75,7	21	75,0	91	64,1	
Não realizou	2	9,1	5	18,5	1	3,1	2	6,1	3	10,7	13	9,1	
<b>Última carga viral de 3º trimestre</b>													0,039
Não coletou	6	27,3	10	37,0	4	12,5	3	9,1	4	14,3	27	19,0	
Coletou	16	72,7	17	63,0	28	87,5	30	90,9	24	85,7	115	81,0	
<b>Última carga viral de 3º trimestre (dentre as que coletaram, n=115)</b>													0,057
Não detectado	9	56,3	13	76,5	23	82,1	25	83,3	20	83,3	90	78,3	
Mais de 1.000	6	37,5	2	11,8	1	3,6	2	6,7	4	16,7	15	13,0	
Menos de 1.000	1	6,3	2	11,8	4	14,3	3	10,0	0	0,0	10	8,7	
<b>% de adesão à TARV durante gestação</b>													0,007
Média±DP	53.4±30.9		49±32.6		68.2±29.6		72.9±27.5		70.6±34.2		63.8±31.9		
mediana	55.6		55.6		72.2		77.8		88.9		66.7		

Fonte: SINAN, Sistema Laudo, prontuário eletrônico e planilhas internas do SAE.

Escolaridade e vínculo ao SAE durante o pré-natal foi associado com realizar a TARV. Idade Gestacional na 1ª consulta de pré-natal (semanas) e Local que fez Pré-Natal foram associados a adesão a TARV conforme pode ser visualizado na Tabela 2.

**Tabela 2. Teste de associação das características das gestantes HIV com a realização e a adesão da TARV na gestação em município da região metropolitana de Porto Alegre no período de 2016 a 2020.**

Variáveis	TARV na gestação				Adesão à TARV (somente as que realizaram, n=129)					
	Não realizou		Realizou		p-valor	Irregular		Regular		p-valor
<b>Idade da gestante no início da gestação</b>					0,650					0,357
Média±DP  mediana	26±6.4 26		25.2±6.2 24			24.9±6.4 23		25.3±6.1 26		
<b>Idade Gestacional na 1ª consulta de pré-natal (semanas)</b>					0,349					<b>0,000</b>
Média+-DP  mediana	16.2±8.2 17		13.2±6.9 11			17,7±8.2 18.5		11.3±5.3 10		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor</b>
<b>Cor</b>					0,647					0,227
Branca	12	92,3%	105	83,3%		36	90,0%	69	80,2%	
Preta	1	7,7%	16	12,7%		4	10,0%	12	14,0%	
Parda	0	0,0%	5	4,0%		0	0,0%	5	5,8%	
<b>Escolaridade</b>					0,324					0,546
Fund Incompleto	6	85,7%	38	40,0%		14	50,0%	24	35,8%	
Fund completo	0	0,0%	11	11,6%		4	14,3%	7	10,4%	
Médio Incompleto	0	0,0%	12	12,6%		4	14,3%	8	11,9%	
Médio completo	1	14,3%	28	29,5%		5	17,9%	23	34,3%	
Superior Incompleto	0	0,0%	4	4,2%		1	3,5%	3	4,5%	
Superior completo	0	0,0%	2	2,1%		0	0,0%	2	3,0%	
<b>Fez pré-natal?</b>					<b>0,000</b>					
Não	6	46,2%	0	0,0%		0	0,0%	0	0,0%	
Sim	7	53,8%	129	100%		37	100%	92	100%	
<b>Vínculo ao SAE durante o pré-natal?</b>					<b>0,000</b>					0,670
Não	6	85,7%	8	6,2%		2	4,9%	6	6,8%	
Sim	1	14,3%	121	93,8%		39	95,1%	82	93,2%	
<b>Local que fez Pré-Natal</b>					0,624					<b>0,025</b>
ESF	5	71,4%	64	49,6%		23	56,1%	41	46,6%	
UBS	1	14,3%	31	24,0%		14	34,1%	17	19,3%	
Particular	0	0,0%	16	12,4%		2	4,9%	14	15,9%	
APS outro município	1	14,3%	18	14,0%		2	4,9%	16	18,2%	

Fonte: SINAN, Sistema Laudo, prontuário eletrônico e planilhas internas do SAE.

Em relação ao parto 43% das gestantes HIV realizaram parto vaginal. Cerca de 10% das gestantes não receberam AZT intraparto. Cerca de 91% das crianças foram consideradas não infectada com anti-HIV negativo após 12 meses e/ou duas cargas virais indetectáveis após 6 semanas de vida. Esses e outros resultados referentes às características do parto podem ser visualizados na tabela 3.

**Tabela 3. Características do parto de gestantes HIV e desfechos nas crianças por ano de parto (2016-2020) em município da região metropolitana de Porto Alegre.**

	2016		2017		2018		2019		2020		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Local de parto</b>													
SUS	18	81,8	24	88,9	25	78,1	25	75,8	17	60,7	109	76,8	0,138
SUS outro município	4	18,2	1	3,7	2	6,3	4	12,1	6	21,4	17	12,0	
Privado	0	0,0	2	7,4	5	15,6	3	9,1	4	14,3	14	9,9	
Privado outro município	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	1	0,7	
Não informado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	1	0,7	
<b>Via de parto</b>													
Vaginal	12	54,5	11	40,7	10	31,3	13	39,4	15	53,6	61	43,0	0,611
Cesárea eletiva	8	36,4	14	51,9	17	53,1	17	51,5	10	35,7	66	46,5	
Cesárea de urgência	1	4,5	2	7,4	5	15,6	3	9,1	3	10,7	14	9,9	
Não informado	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	
<b>Classificação da via de parto</b>													
Inadequada	7	31,8	8	29,6	3	9,4	3	9,1	4	14,3	25	17,6	<b>0,048</b>
Adequada	14	63,6	19	70,4	29	90,6	30	90,9	24	85,7	116	81,7	
Ignorado	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	
<b>Classificação da via de parto (considerando somente os partos vaginais)</b>													
Inadequada	7	58,3	6	54,5	1	10,0	1	7,7	3	20,0	18	29,5	<b>0,009</b>
Adequada	5	41,7	5	45,5	9	90,0	12	92,3	12	80,0	43	70,5	
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
<b>Profilaxia AZT intraparto?</b>													
Não	1	4,5	5	18,5	1	3,1	3	9,1	4	14,3	14	9,9	0,250
Sim	20	90,9	21	77,8	31	96,9	30	90,9	24	85,7	126	88,7	
Ignorado	1	4,5	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4	
<b>Criança</b>													
Nascido vivo	21	95,5	27	100	32	100	33	100	28	100	141	99,3	0,240
Natimorto	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	
<b>Oferta de AZT para criança</b>													
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Sim	21	95,5	24	88,9	32	100	33	100	28	100	138	97,2	0,238
Ignorado	1	4,5	3	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,8	

<b>Desfecho considerando não infectada com anti-HIV negativo após 12 meses de vida</b>												0,508
Não infectada	14	63,6	19	70,4	26	81,3	28	84,8	18	64,3	105	73,9
Infectada	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	2	1,4
Natimorto	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Óbito	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	3,6	2	1,4
Pendente	6	27,3	8	29,6	4	12,5	1	3,0	8	28,6	27	19,0
Transferência	0	0,0	0	0,0	1	3,1	4	12,1	0	0,0	5	3,5
<b>Desfecho considerando não infectada com anti-HIV negativo após 12 meses e/ou duas cargas virais indetectáveis após 6 semanas de vida</b>												0,620
Não infectada	20	90,9	24	88,9	29	90,6	30	90,9	26	92,9	129	90,8
Infectada	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	2	1,4
Natimorto	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Óbito	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	3,6	2	1,4
Pendente	0	0,0	3	11,1	2	6,3	0	0,0	0	0,0	5	3,5
Transferência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,1	0	0,0	3	2,1

Fonte: SINAN, Sistema Laudo, prontuário eletrônico e planilhas internas do SAE.

No período estudado, houveram dois casos de transmissão vertical de parturientes soropositivas. Em 2016, uma gestante com diagnóstico prévio de HIV, em situação de rua e uso de substâncias psicoativas, retomou TARV no segundo trimestre, momento no qual possuía carga viral de 139.316 cópias/mL, gestante não apresentou adesão adequada e não repetiu exames, o parto ocorreu por via vaginal, parturiente e recém-nascida receberam profilaxias, mas o diagnóstico da criança foi realizado já nos primeiros meses de vida.

Em 2020, uma gestante previamente soronegativa em acompanhamento de pré-natal, trocou de parceiro e adquiriu infecção no final da gestação, recebendo diagnóstico somente no parto, que foi conduzido via cesárea de urgência, parturiente e recém-nascida receberam profilaxias, mas o diagnóstico da criança foi realizado já nos primeiros meses de vida. Salienta-se que em ambos os casos a via de parto foi inadequada e que somente no caso de 2016 (pré-monitoramento) a gestação teve vínculo com o SAE.

Nos casos de óbitos (2) e natimorto (1), as sorologias das crianças são desconhecidas, pois estas gestações tiveram desfecho antes do protocolo que orienta a coleta de carga viral ao nascer, na época a primeira carga viral da criança exposta era coletada somente após 6 semanas de vida. No entanto, nos três casos as gestantes apresentaram adesão irregular à TARV e realizavam pré-natal mediante buscas ativas.

Em relação ao desfecho da criança em infectada, não infectada e óbito foi verificado associação significativa entre as variáveis diagnóstico de HIV, adesão, início de TARV, início da TARV antes da 20 semanas e via de parto, conforme pode ser visualizado na Tabela 4.

**Tabela 4. Teste de associação das variáveis da gestante, pré-natal e parto com desfecho de crianças expostas ao HIV em município da região metropolitana de Porto Alegre, 2016-2020.**

Variável	Total	Não infectada	Infectada	Óbito	p-valor			
<b>Idade da gestante no início da gestação</b>								
Média±DP   Mediana	25.1±6   25	25±6   24	31.5±4.9   31.5	25±2.8   25	0,284			
<b>Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal</b>								
Média±DP   Mediana	13.3±7.1   11.5	13±6.7   11.5	20±21.2   20	19±12.7   19	0,652			
<b>% Adesão ARV</b>								
Média±DP   Mediana	65.6±31.5   66.7	66.7±31.1   71.4	11.1±15.7   11.1	50±23.6   50	0,076			
Variável	Total	n	%	n	%	n	%	p-valor
<b>Cor</b>								
Branca	108	104	96,3	2	1,9	2	1,9	0,933
Preta	17	17	100	0	0,0	0	0,0	
Parda	5	5	100	0	0,0	0	0,0	
<b>Escolaridade</b>								
Fundamental Incompleto	41	38	92,7	2	4,9	1	2,4	0,743
Fundamental completo	10	9	90,0	0	0,0	1	10,0	
Médio Incompleto	12	12	100	0	0,0	0	0,0	
Médio completo	27	27	100	0	0,0	0	0,0	
Superior Incompleto	4	4	100	0	0,0	0	0,0	
Superior completo	2	2	100	0	0,0	0	0,0	
<b>Fez pré-natal?</b>								
Não	5	5	100	0	0,0	0	0,0	0,922
Sim	127	123	96,9	2	1,6	2	1,6	
<b>Vínculo ao SAE do município durante pré-natal?</b>								
Não	13	12	92,3	1	7,7	0	0,0	0,157
Sim	114	111	97,4	1	0,9	2	1,8	
<b>Local que fez pré-natal</b>								
ESF município	65	64	98,5	0	0,0	1	1,5	0,235
UBS município	29	26	89,7	2	6,9	1	3,4	
Particular	15	15	100	0	0,0	0	0,0	
APS outro município	17	17	100	0	0,0	0	0,0	
<b>Diagnóstico de HIV</b>								
Prévio	102	100	98,0	1	1,0	1	1,0	<b>0,000</b>
1º trimestre	14	14	100	0	0,0	0	0,0	

2º trimestre	9	9	100	0	0,0	0	0,0	
3º trimestre	4	3	75,0	0	0,0	1	25,0	
Parto	4	3	75,0	1	25,0	0	0,0	
<b>Via de parto</b>								
Vaginal	60	58	96,7	1	1,7	1	1,7	0,345
Cesárea eletiva	60	59	98,3	0	0,0	1	1,7	
Cesárea urgência	13	12	92,3	1	7,7	0	0,0	
<b>Via de parto adequada</b>								
Inadequada	24	22	91,7	2	8,3	0	0,0	<b>0,008</b>
Adequada	109	107	98,2	0	0,0	2	1,8	
<b>TARV</b>								
Não realizou	11	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0,090
Realizou	122	119	97,5	1	0,8	2	1,6	
<b>Início de TARV</b>								
Prévio	38	38	100	0	0,0	0	0,0	<b>0,011</b>
1º trimestre	29	29	100	0	0,0	0	0,0	
2º trimestre	40	39	97,5	1	2,5	0	0,0	
3º trimestre	15	13	86,7	0	0,0	2	13,3	
<b>Iniciou TARV antes de 20 semanas</b>								
Não	22	19	86,4	1	4,5	2	9,1	<b>0,001</b>
Sim	100	100	100	0	0,0	0	0,0	
<b>Adesão à TARV</b>								
Irregular	32	29	90,6	1	3,1	2	6,3	<b>0,013</b>
Regular	90	90	100	0	0,0	0	0,0	

Fonte: SINAN, Sistema Laudo, GAL, prontuário eletrônico e planilhas internas do SAE.

\*Não Infectada: duas cargas virais indetectáveis após 6 semanas de vida e/ou anti-HIV negativo após 1 ano.

Legenda: TARV (Terapia Antirretroviral), SAE (Serviço de Atendimento Especializado), GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial)

## Discussão

As taxas de gestantes HIV a cada mil nascidos vivos do município estudado são inferiores às taxas estaduais e superiores às nacionais, uma vez que RS e Brasil registraram, respectivamente: 9,4 e 2,8 casos/1.000 nascidos vivos em 2016, 9,3 e 2,7 casos/1.000 nascidos vivos em 2017, 9,3 e 2,9 em 2018, 9,3 e 2,9 casos/1.000 nascidos vivos em 2019 e 8,1 e 2,9 casos/1.000 nascidos vivos em 2020. Porto Alegre (RS) é a capital com a maior taxa de detecção de gestantes notificadas com HIV, apresentando 17,1 casos a cada 1.000 nascidos vivos em 2020<sup>15</sup>. A alta incidência de gestantes soropositivas no RS reforça a relevância do tema em relação à saúde pública.

A mediana de idade das gestantes HIV no início do pré-natal foi de 25 anos. No Brasil, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta a maior prevalência de gestantes infectadas pelo HIV notificadas no SINAN entre 2000 e junho de 2021<sup>17</sup>. Um estudo descritivo, realizado com 46 gestantes portadoras do HIV atendidas em um hospital público da região central do RS, identificou a média de 29 anos ( $\pm 5,9$  anos), com idade mínima de 17 anos e máxima de 45 anos<sup>16</sup>. Outro estudo semelhante, descreveu maior prevalência da faixa etária de 26 a 35 anos entre 110 parturientes soropositivas atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria (RS) entre 2014 e 2017<sup>17</sup>.

A raça branca se apresenta como maioria absoluta entre as gestantes deste estudo (82,4%), compatível com o perfil populacional do município, que o censo IBGE 2010 registrou 90,6% de brancos, 6,0% de pardos e 3,2% de pretos. No entanto, as gestantes HIV do município apresentam maior prevalência de negras (12,0%) que pardas (3,5%). No Brasil, no mesmo período, a raça parda aparece com frequência de 48% entre as gestantes HIV, seguida da raça branca (39,3%) e preta (16,6%)<sup>15</sup>.

Mulheres com ensino fundamental incompleto são as que apresentam maior prevalência entre as gestantes soropositivas deste estudo (31,0%). No Brasil, a proporção é ainda maior, 40,7% entre 2000 e 2021, com índice de analfabetismo de 1,5%, enquanto que em Novo Hamburgo foi de 0,7%. O elevado percentual de fichas com o campo escolaridade “Ignorado”, 28,2% nesta pesquisa e 19,3% no Brasil 2000-2021, comprometem a análise adequada desta característica<sup>15</sup>. Nenhum dos fatores relacionados ao perfil da gestante (idade, raça e escolaridade) mostraram relação com adesão terapêutica e desfecho dos casos.

Em 74,8% dos casos deste estudo, as gestantes já tinham diagnóstico de HIV prévio à concepção, dentre as quais apenas 36,8% estavam em tratamento prévio. O resultado era esperado visto que é frequente na rotina do serviço o movimento espontâneo de retomada de tratamento de mulheres soropositivas ao se descobrirem grávidas, elas demonstram compreender a necessidade de realizar o tratamento na gestação mas, infelizmente, muitas voltam à condição de abandono terapêutico após o nascimento do filho. Esta situação implica reflexões sobre a vulnerabilidade da mulher que valida o autocuidado somente no período gravídico.

A adesão terapêutica depende, dentre outros fatores, de condição psicossocial favorável para que a pessoa consiga ter organização, disciplina e consistência no tratamento. Sentimentos deprimentes e depreciativos, associados ao estigma e ao medo de revelação diagnóstica a terceiros permeiam o tratamento antirretroviral, de tal forma que enfrentar o tratamento parece ser mais difícil do que enfrentar as consequências da Aids<sup>18,19</sup>. Transmitir HIV a um filho, além

das consequências físicas, envolveria ainda mais estigma e aumentaria o risco de exposição da família, neste momento o tratamento antirretroviral se torna um aliado na minimização de danos e proteção da dignidade da paciente<sup>19</sup>.

Observa-se um aumento importante da adesão prévia à TARV a partir de 2018 e uma redução em 2020, ano pandêmico. Além disso, dentre as gestantes com diagnóstico prévio, houve uma inversão na proporção de retomada de TARV entre o primeiro e o segundo trimestre. A partir de 2018, a proporção de gestantes que retomou TARV no primeiro trimestre foi superior à que retomou no segundo trimestre. A retomada de ARV mais oportuna entre as gestantes pode sinalizar maior aproximação e retenção do SAE aos pacientes, bem como a qualificação do pré-natal na rede, uma vez que também se observa o início de pré-natal mais oportuno a partir de 2018.

O município apresenta uma elevada cobertura de pré-natal, compatível com a cobertura de 100% de APS. A maior parte das gestantes realizou pré-natal em uma ESF, o serviço de APS mais prevalente no município (19 USFs e 5 UBSs). Houve um aumento nos pré-natais ocorridos em consultório particular e em outros municípios, o que pode estar relacionado ao fato de o SAE passar a notificar e monitorar todas as gestações de mulheres que retiravam ARV no serviço, a partir de 2018.

Observa-se o aumento da frequência de vínculo com SAE a partir de 2018, o que pode estar atrelado ao fato de o SAE passar a monitorar as gestantes que realizam tratamento em outro SAE mas pré-natal na rede pública do município, bem como as gestantes que realizam tratamento no setor privado mas retiram medicamento na UDM do município. A estratégia foi adotada com vistas a ampliar o monitoramento e reduzir o risco de transmissão vertical de HIV no município.

Dentre os casos, 7,7% foram diagnosticados no segundo trimestre gestacional, alguns por início tardio do pré-natal e outros pelo rastreio de HIV em gestantes no segundo trimestre, rotina estabelecida em 2018 no protocolo de pré-natal do município<sup>8</sup> para além do primeiro e terceiro trimestres já previstos pelo protocolo nacional. Inclusive, a partir de 2018, houve um incremento nos diagnósticos de HIV no segundo trimestre gestacional, e nenhuma ocorrência em 2020, ano pandêmico.

Desde 2010, o Ministério da Saúde recomenda a testagem rápida de HIV à todas as gestantes atendidas em maternidades e/ou centros obstétricos do país. Em 2015, a recomendação se tornou determinação no estado, e no final de 2018, a determinação da testagem foi ampliada aos parceiros das gestantes<sup>20</sup>, ação importante para o diagnóstico oportuno e prevenção da transmissão do HIV à lactante. Atualmente, o município testa 100%

das gestantes e cerca de 40% dos parceiros, indicador que vem sendo trabalhado e estimulado entre as maternidades do município. Felizmente, o diagnóstico de HIV no parto é pouco prevalente no município, ainda que muito importante naquelas não diagnosticadas previamente, para profilaxias de emergência e monitoramento da criança para diagnóstico oportuno.

Nesta série histórica, a maioria relativa das gestantes iniciou tratamento no segundo trimestre gestacional, assim como identificado no município de Criciúma (Santa Catarina)<sup>21</sup>. Nota-se que, a partir de 2018, houve aumento importante do início do tratamento no primeiro trimestre e prévio à gestação, bem como uma redução de início de TARV no segundo e no terceiro trimestre. Observa-se também, a partir de 2018, aumento estatisticamente significativo na adesão regular ( $p=0,021$ ) e percentual de adesão à TARV ( $p=0,007$ ) durante a gestação, corroborando com o impacto positivo do monitoramento de gestantes portadoras de HIV.

A frequência de cargas virais indetectáveis no terceiro trimestre aumentou consistentemente a partir de 2017, indo de 56,3% em 2016 para 83,3% em 2020. A ocorrência de carga virais não coletadas diminuiu significativamente ( $p=0,039$ ) a partir de 2018, provavelmente por consequência de busca ativa realizada no período.

Identificou-se relação significativa de TARV na gestação com realização de pré-natal e vínculo com SAE ( $p=0,000$ ), já a regularidade da adesão à TARV, apresentou relação com início de pré-natal no primeiro trimestre e local de pré-natal – gestantes que realizaram pré-natal em serviço privado ou outro município apresentaram melhor adesão – o que pode estar mais relacionado com vulnerabilidade social do que qualidade da assistência. Embora características da gestante não tenham apresentado correlação com adesão, é possível observar que gestantes que possuem ensino médio completo ou maior nível de escolaridade apresentaram melhor adesão que mulheres com escolaridade inferior.

A maioria dos partos ocorreu no SUS do município (76,8%), que conta com um hospital referência na região. Entre 2017 e 2019, a maioria dos partos foram via cesárea (62,9%), em 2016 e 2020 os partos vaginais foram mais prevalentes, 54,5% e 53,6%, respectivamente. No entanto, até 2017 menos da metade dos partos vaginais foram adequados, classificação muito inferior aos anos seguintes. Em 2020, 80,0% dos partos vaginais – via de parto mais prevalente naquele ano – foram adequados. Em Fortaleza, somente 15,4% dos partos de 52 mulheres soropositivas foram vaginais em 2017<sup>22</sup>.

Observa-se um aumento importante na frequência de classificação de via adequada nos partos a partir de 2018. No quesito transmissão vertical de HIV, o parto vaginal só é considerado via adequada quando a gestação é classificada de baixo risco de transmissão vertical. Condição que enaltece o aumento da classificação de via adequada e a importância do monitoramento

para, além de reduzir o risco de transmissão vertical, ampliar a possibilidade de partos vaginais. Embora a cesárea seja a única opção segura de parto em algumas situações, a via pode apresentar complicações e aumenta significativamente o risco de morbimortalidade materna e neonatal em relação ao parto vaginal<sup>23</sup>.

A maioria das gestantes receberam profilaxia intraparto, atualmente o Ministério da Saúde não recomenda esta profilaxia nos casos de baixo risco de transmissão vertical. A profilaxia para o RN, no entanto, segue sendo protocolar, independente da classificação de risco<sup>2</sup>. Desde 2018, 100% das crianças receberam a profilaxia, que está disponível em todas as maternidades do município, seja pública ou privada.

As crianças expostas realizam seguimento clínico-laboratorial (através da quantificação de carga viral) e recebem alta mediante anti-HIV negativo. Até 2021, a recomendação técnica era coletar anti-HIV somente após 18 meses de vida, pois a partir deste período não há mais a presença de anticorpos maternos e o resultado irá refletir a sorologia da criança. Atualmente, a coleta do anti-HIV pode ocorrer após os 12 meses de vida. Na maioria dos casos a coleta deste exame dependente de árdua busca ativa, mesmo assim há prevalência expressiva de casos não finalizados. Embora o encerramento do caso dependa de um anti-HIV negativo após 12 meses de vida, duas cargas virais indetectáveis após 6 semanas de vida excluem, presumivelmente, a transmissão vertical em gestação e/ou parto<sup>24</sup>. Por isso, os resultados incluem o desfecho das crianças expostas considerando “não infectada” diante da presença de duas cargas virais indetectáveis após 6 semanas de vida.

Houveram 2 casos de transmissão vertical, 1,4% dos casos deste estudo, ambos sem uso de profilaxia antirretroviral durante a gestação e com via de parto inadequada. Um estudo que avaliou crianças expostas ao HIV nascidas no ano de 2015 em Goiás identificou uma prevalência de transmissão vertical de 4,34%, e somente 88,0% recém-nascidos receberam profilaxia antirretroviral<sup>25</sup>. Outro estudo, que avaliou nascidos vivos de gestante HIV+ em Santa Catarina, identificou uma prevalência de 0,7% de transmissão vertical em 2017, enquanto que em 2011 a taxa foi de 6,1%, reproduzindo uma tendência de redução na soroconversão de crianças expostas<sup>26</sup>. Em Criciúma (SC), 70 gestações soropositivas entre 2010 e 2015 tiveram 2,9% de transmissão vertical<sup>23</sup> em Maceió (AL) a prevalência de transmissão vertical chegou a 6,6%<sup>27</sup>.

Avaliando a relação dos fatores com o desfecho das crianças expostas – considerando não infectada aquela que apresentou duas cargas virais indetectáveis após 6 semanas ou anti-HIV negativo após 12 meses de vida – identifica-se correlação estatística de desfecho com momento diagnóstico de HIV ( $p=0,000$ ), período gestacional de início da TARV ( $p=0,011$ ),

adesão à TARV (0,013) e via de parto adequada ( $p=0,008$ ), indicando que mais importante do que realizar a TARV ( $p=0,090$ ) é iniciá-la antes das 20 semanas gestacionais ( $p=0,001$ ) e manter adesão regular. Salienta-se que vínculo com SAE não mostrou correlação com o desfecho, mas dos dois casos de transmissão vertical, o único vinculado ao SAE foi em 2016, ano de pré-monitoramento.

Um estudo descritivo que analisou 353 nascidos de mulheres soropositivas entre 1998 e 2011 em Rio Grande (RS) identificou redução na taxa de transmissão vertical ao longo dos anos, atingindo 2,9% de transmissão nos dois últimos anos de pesquisa, o estudo apontou como fatores de risco de transmissão vertical de HIV-1: a ausência de terapia antirretroviral, carga viral elevada da gestante e tempo de ruptura de bolsa amniótica maior do que quatro horas<sup>28</sup>.

O estudo sofreu com a limitação de informações em razão de campos “ignorados” nas fichas de notificação e sobretudo pela falta de informações sobre o desfecho das crianças expostas, seja pela limitação geográfica (informações somente daquelas que tiveram encerramento dentro do município), seja pela não finalização do caso, o que exige busca ativa do município para coleta de anti-HIV nas crianças com desfecho pendente.

## **Conclusão**

A incidência de gestantes soropositivas no município, assim como no estado, é alta, o que ressalta a importância da qualificação do pré-natal e do enfrentamento da AIDS na região. O perfil das gestantes replica o perfil populacional, corroborando o fato de o RS apresentar uma epidemia generalizada de HIV e não concentrada em grupos populacionais, como ocorre em outras regiões do país.

A maioria das gestantes com diagnóstico prévio de HIV busca espontaneamente a retomada da TARV após se descobrir grávida, tal comportamento pode estar associado à baixa autoestima e instinto materno de proteção, uma vez que elas entendem a importância do tratamento, mas não se identificam como motivo suficiente para aderir a ele. O aumento da adesão prévia das gestantes a partir de 2018, sugere que o monitoramento e a proximidade do serviço com as famílias podem ter aumentado a retenção de mulheres ao tratamento.

Todos os casos de transmissão vertical, óbito e natimorto deste estudo estão associados com a má adesão das gestantes à terapia antirretroviral, reforçando a importância do tratamento para o sucesso do desfecho de gestações soropositivas. A partir de 2018, início do monitoramento, não houve nenhum caso de transmissão vertical entre gestantes vinculadas ao SAE. No entanto, a prevalência importante de crianças expostas com desfecho pendente merece atenção e busca ativa do serviço para encerramento devido dos casos.

O monitoramento das gestantes soropositivas se mostrou importante para a melhoria dos indicadores de adesão à TARV e carga viral indetectável de terceiro trimestre, aumentando a prevalência de parturientes com baixo risco de transmissão vertical, o que também é determinante para viabilizar a via vaginal de parto, prática incentivada pela OMS.

A implantação da testagem do parceiro no parto é uma estratégia importante – e que deve ser ampliada – mas não suficiente se considerarmos a possibilidade de trocas de parceiro e relações extraconjugais durante o período de amamentação, a qual pode perdurar anos. O presente estudo avaliou somente gestantes soropositivas, mas considerando que o aleitamento materno é uma via importante de transmissão vertical, pode ser prudente a adoção de estratégias de monitoramento e testagem de lactantes soronegativas, visto que a mulher pode adquirir o HIV durante a amamentação.

Além da importância do trabalho de monitoramento do pré-natal esta pesquisa também ressalta a sua própria relevância. Envolver a pesquisa científica com a prática profissional e evidenciar o êxito de ações preventivas e de promoção à saúde é fundamental para a valorização do trabalho e da atenção primária, que muitas vezes é vista como menos importante e complexa que os setores secundários e terciários da rede de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Resumo informativo estatísticas mundiais sobre o HIV [Internet]. UNAIDS, editor. 2020 [acesso em 2021 Jan 10]. Disponível em: [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2020/11/2020\\_11\\_19\\_UNAIDS\\_FactSheet\\_PORT\\_Revisada.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2020/11/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada.pdf)
2. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. 2ª ed. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2022 [acesso em 2022 Out 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf)
3. Brasil. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2020 [acesso em 2021 Out 10]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2020/hiv-aids/boletim\\_hiv\\_aids\\_2020\\_com\\_marcas.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2020/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2020_com_marcas.pdf/view)
4. Conceição HN, Feitosa JMF, Câmara JT, Chaves TS, Pereira BM, Pinheiro Moura LR, et al. Análise epidemiológica e espacial de HIV/AIDS em crianças e gestantes. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2019 Dez 22; 14. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/243437/34244>
5. Brasil. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2019 [acesso em 2021 Out 10]. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>

6. Silva, Mendes S, Alves E, Bethânia M, Daniele Soares Veras. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical*. 2010 Feb 1;43(1):32–5.
7. Helena, Couttolenc BF, Maria, Helena M, Ignez M, Maria A. Costs of care provided in a university hospital for children exposed to or infected with the HIV/AIDS. 2007 Jan 1;23(suppl 3):S402–13.
8. Novo Hamburgo. Protocolo Municipal de Pré-natal de Novo Hamburgo. Protocolo de pré-natal de risco habitual [Internet]. Novo Hamburgo, editor. Novo Hamburgo; 2018 [acesso em 2021 Out 10]. Disponível em: [https://www.novohamburgo.rs.gov.br/sites/pmnh/files/secretaria\\_doc/2019/protocolomunicipal-pre-natal-baixorisco2018\\_0.pdf](https://www.novohamburgo.rs.gov.br/sites/pmnh/files/secretaria_doc/2019/protocolomunicipal-pre-natal-baixorisco2018_0.pdf)
9. Fowler MG, Gable AR, Lampe MA, Etima M, Owor M. Perinatal HIV and Its Prevention: Progress Toward an HIV-free Generation. *Clinics in Perinatology*. 2010 Dec;37(4):699–719. In: Farias JS. Perfil epidemiológico dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no município de Altamira - Pará, no período de 2008 a 2018. UFPA [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Set 8]; Disponível em: <https://bdm.ufpa.br:8443/jspui/handle/prefix/3951>
10. Gonçalves CT, Rocha FSD, Boschini LC, Fabiano TC, Pires MK. A relevância do uso da TARV na prevenção da transmissão vertical do HIV. *Cadernos da Medicina - UNIFESO* [Internet]. 2019 Abr 5 [acesso em 2023 Set 8];2(2). Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1404>
11. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2018 [acesso em 2021 Out 10]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt\\_manejo\\_adulto\\_12\\_2018\\_web.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view)
12. Rio Grande do Sul. Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS 2018[Internet]. Secretaria de Estado da Saúde, editor. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2018. [acesso em 2021 Out 10]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/30120845-boletim-epidemiologico-hiv-aids-rs-2018-versao-online-final.pdf/>
13. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Dez 12, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Brasil. Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 [Internet]. Nov 18, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm)
15. Brasil. Boletim Epidemiológico: HIV/Aids [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2021 [acesso em 2021 Out 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>
16. Beck ST, Cauzzo LDC, Vielmo L, Andrade CS. Perfil de gestantes em tratamento para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2018 Jul 1;8(3):210–5.

17. Bick MA, Ferreira T, Sampaio C de O, Padoin SM de M, Paula CC de. Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 Out 16];18:791–801. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jhgQc4CWNWqx6WsMBWnYYfN/?lang=pt>
18. Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penaforte FR de O. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 Jul 22;24:2543–55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hwgHkxJgkv5TpcVPVTtsLxs/?lang=pt>
19. Calvetti PÜ, Giovelli GRM, Gauer GJC, Moraes JFD de. Fatores psicossociais associados à adesão ao tratamento e à qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [Internet]. 2014 [acesso em 2022 Nov 10];63:8–15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/QV3vNhfNRYVh7VgnSnqYGLh/abstract/?lang=en>
20. Rio Grande do Sul. Coordenação Estadual de IST/Aids/DAS/SES. Nota Técnica nº 01/2018. Porto Alegre, 2018 [acesso em 2021 Out 10]. Disponível em: [http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/NT-01\\_2018-testagem-nas-maternidades.pdf](http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/NT-01_2018-testagem-nas-maternidades.pdf)
21. Chini KM, Ferreira J, de Oliveira GM, Ambrosio PG, Madeira K. Prevalência da transmissão vertical por HIV em um programa de atenção às DST/HIV/AIDS no município de Criciúma/SC, no período entre 2010 e 2015, a partir da adesão à terapia antirretroviral durante o período gestacional. *AMRIGS* [Internet]. Porto Alegre, jan-mar 2019, 63 (1), 33-38. [acesso em 2021 nov 10]. Disponível em: <https://www.amrigs.org.br/assets/images/upload/pdf/jornal/1558456803.pdf>
22. Lima ACACC, de Pinho SME, Vaz CF, Lopes JM, Rodrigues EO, Oriá MOB. Prevalência da cesárea em mulheres que vivem com HIV. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 2020 94(32).
23. Dias BAS. Recorrência da cesariana e da prematuridade na pesquisa Nascer no Brasil [Internet]. [www.arca.fiocruz.br](http://www.arca.fiocruz.br). 2021 [acesso em 2022 Set 8]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49461>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 20/2020-CGAHV/DCCI/SVS/MS [Internet]. Brasília, 2020. Acesso em 2021 set 20. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2020/nota-informativa-no-20-2020-cgahv-dcci-svs-ms>
25. Rosa RR, Albuquerque M de, Teles-Filho RV, Abe G de M, Marques SM, Costa PSS da. Análise da taxa de transmissão vertical do HIV e fatores de risco materno-fetais em crianças expostas nascidas em centro de referência do estado de Goiás. *Revista de Medicina*. 2021 Dez 10;100(5):449–54.
26. Cunga IVA, Bittencourt B, Rosa CMA da, Iser BPM, Parma GOC, Schuelter-Trevisol F. Tendência temporal e distribuição espacial dos casos de transmissão vertical do HIV em Santa

Catarina, 2007-2017: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2022 Jul 6 [acesso em 2021 Set 26];31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TfSMcMQgwdyJNwfr7C6FVdt/abstract/?lang=pt>

27. Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013;26(2):158–64.

28. da Rosa MC, Lobato RC, Gonçalves CV, da Silva NMO, Barral MFM, de Martinez AMB, et al. Avaliação dos fatores associados à transmissão vertical de HIV-1. *Jornal de Pediatria*. 2015 Nov;91(6):523–8.