

Vigilância da criança exposta ao HIV no município De Porto Alegre: análise de gestantes com HIV e crianças expostas à transmissão vertical nas diferentes gerências distritais de Porto Alegre

Surveillance of children exposed to HIV in the municipality of Porto Alegre: analysis of pregnant women with HIV and children exposed to vertical transmission in different district managements in Porto Alegre

Rafael Henrique Flores Ribeiro

Sanitarista e Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: rhfloresribeiro@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7856-148X

Resumo

Objetivo: Analisar os dados de gestantes com HIV e crianças expostas em Porto Alegre, fornecendo subsídios para discussão de possíveis melhorias assistenciais no enfrentamento ao HIV. **Métodos:** Trata-se de uma coorte retrospectiva, com dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN de Porto Alegre, de 2002 a 2019. **Resultados:** Observou-se que das gestantes com HIV 58% são brancas, a faixa etária predominante é de 21 a 35 anos (72%) e maior concentração entre as que cursaram da 4ª a 7ª série incompleta (49,6%). Entre as gestantes, 58,7% já tinha diagnóstico do HIV antes do pré-natal e o início do pré-natal após a 12ª semana ocorreu para 73%. Na comparação entre as gerências distritais da cidade, evidenciou-se diferença estatística no perfil das gestantes com HIV em relação à raça (<0,001), escolaridade (<0,001), percentual de mulheres com diagnóstico do HIV antes do pré-natal ($p=0,047$) e percentual de mulheres com início do pré-natal até a 12ª semana de gestação ($p=0,045$). Em relação à criança exposta, observou-se diferença entre as gerências quanto ao encerramento do caso (<0,001), com maior percentual de crianças infectadas na gerência NHNI e PLP, maior percentual de perda de seguimento na gerência centro e maior percentual de óbitos na gerência NEB. **Conclusões:** o estudo apresenta elevado percentual de gestantes com baixa escolaridade, com diagnóstico do HIV antes do pré-natal, mas que iniciam o pré-natal tardiamente, apontando fragilidade assistencial. Além disso, observam-se diferenças entre perfil de gestantes e encerramento dos casos das crianças entre as gerências.

Palavras-Chave: gestante com HIV; criança exposta ao HIV; transmissão vertical.

Abstract

Objective: to analyze pregnant women with HIV and exposed children in Porto Alegre, providing support for discussing possible care improvements in the fight against HIV. **Methodology:** This is a retrospective cohort, with data from the Notifiable Diseases Information System - SINAN in Porto Alegre, from 2002 to 2019. **Results:** It was observed that 58% of pregnant women with HIV are white, the age group predominant is 21 to 35 years old (72%) and the highest concentration among those

who attended the 4th to 7th grade incomplete (49.6%). Among pregnant women, 58.7% had already been diagnosed with HIV before prenatal care and the beginning of prenatal care after the 12th week occurred for 73%. In the comparison between district administrations in the city, there was a statistical difference in the profile of pregnant women with HIV in relation to race (<0.001), education (<0.001), percentage of women diagnosed with HIV before prenatal care ($p = 0.047$) and percentage of women starting prenatal care until the 12th week of pregnancy ($p = 0.045$). Regarding the exposed child, there was a difference between the managements regarding the closure of the case (<0.001), with a higher percentage of infected children in the NHNI and PLP management, a higher percentage of loss of follow-up in the center management and a higher percentage of deaths in the NEB management. **Conclusions:** the study shows a high percentage of pregnant women with low education, diagnosed with HIV before prenatal care, but who start prenatal care late, pointing out care fragility. In addition, there are differences between the profile of pregnant women and the closure of children's cases between managements. The findings can contribute to the strengthening of coping strategies aimed at improving the health of pregnant women and children exposed to HIV.

Keywords: pregnant woman with HIV; child exposed to HIV; vertical transmission.

Introdução

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) tem se tornado um dos maiores problemas de Saúde Pública no mundo devido ao crescente aumento do número de pessoas infectadas, alto custo da terapêutica, sequelas físicas e emocionais e elevados índices de mortalidade. Ao longo dos anos a epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) constituíram-se como fenômenos globais que, vem passando por transformações epidemiológicas. Deslocando-se de grupos inicialmente mais afetados, (homossexuais, usuários de drogas injetáveis, transfusões de sangue) passou a se caracterizar pelos processos de heterossexualização e feminização.

Conviver com o HIV, atualmente, exige mais do que somente tratar a doença, pois pessoas que convivem com o vírus necessitam lidar diariamente com problemas transdisciplinares que envolvem sintomas depressivos, estigma, discriminação e os efeitos adversos relacionados ao tratamento. Diversas são as dificuldades vivenciadas por estas pessoas, ao tentar alcançar uma qualidade de vida satisfatória, desde interrupções de sua trajetória de vida; ruptura das relações interpessoais e ocupacionais, que podem levar ao isolamento social; até problemas com a sexualidade e relações sociais, os quais podem comprometer sua saúde mental e física. Essas questões fazem com que as pessoas se isolem, obrigando-as, muitas vezes, a esconderem a sua condição sorológica, por medo de se exporem¹. O impacto de viver com uma doença crônica que, ainda, carrega muito estigma e preconceito é um dos maiores obstáculos entre esses indivíduos e sua qualidade de vida, impactando diretamente no seu dia-dia e interferindo diretamente na sua capacidade de enfrentamento.

Mundialmente, a partir do crescimento da epidemia na população feminina, a prevenção da transmissão vertical do HIV foi estabelecida como meta. A Organização Mundial de Saúde vem certificando países com eliminação da transmissão vertical do HIV². Assim, também se constitui como uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS). As recomendações feitas pelo MS e incluídas em manuais de condutas para o tratamento de crianças e adultas infectadas pelo HIV são: a testagem de todas as gestantes, a profilaxia com TARV e a não amamentação³. No entanto, no Brasil como um todo, o número de gestantes tratadas ainda é baixo em relação ao número de gestantes infectadas. Os esforços para proteger as crianças do HIV/Aids ainda são insuficientes. Frente à elevada taxa de

detecção, a transmissão vertical é tema prioritário para a saúde pública. Apesar das condutas disponíveis para evitar a transmissão vertical do HIV, existem cenários com elevadas taxas de transmissão, como a cidade de Porto Alegre, que é a capital com maior taxa de detecção de HIV em gestantes, cuja taxa foi de 20,2 casos por mil nascidos vivos. A taxa é sete vezes superior à média brasileira, de 2,9 por mil nascidos vivos, e 2,2 vezes maior do que a taxa do Rio Grande do Sul (9,2 casos por mil nascidos vivos) ⁴.

A literatura aponta que este tema precisa ser mais estudado com abordagens quantitativas e qualitativas, pois é importante entender o motivo pelo qual as taxas de transmissão vertical permanecem altas, especialmente em cenários onde existem testes disponíveis e tratamento gratuito pelo sistema público de saúde. A gestação na presença do HIV impõe diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais se destacam os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus (transmissão vertical).

Desde 2010, os países da América Latina e do Caribe têm trabalhado para eliminar a transmissão mãe para filho do HIV e da sífilis, como problemas de saúde pública, através da Estratégia de um Plano de Ação coordenada pela OPAS. Desde então, os países conseguiram reduzir as novas infecções em crianças em cerca de 55%, de impedindo que cerca de 28.000 crianças fossem infectadas com o HIV. Porto Alegre é a capital com a maior taxa de detecção de HIV em gestantes, cuja taxa foi de 20,2 casos/mil nascidos vivos. Esta taxa foi sete vezes superior à média brasileira (que foi de 2,9 casos/mil nascidos vivos) e foi 2,2 vezes maior do que a taxa do Rio Grande do Sul (9,2 casos/mil nascidos vivos).

A Organização Mundial de Saúde vem certificando países com eliminação da transmissão vertical do HIV. A vigilância epidemiológica é base estruturante para o controle e redução da transmissão vertical, pois permite analisar, sistematicamente, as ocorrências e seus fatores de risco, com o propósito de orientar intervenções necessárias ao controle ou eliminação. No caso de notificação de gestante HIV+ e criança exposta, todos os casos suspeitos devem ser notificados. A vigilância ocorre em três momentos – no pré-natal, no parto, e no acompanhamento da criança, que em Porto Alegre se estende até os 24 meses. Após os 24 meses, o caso é encerrado, mediante informação fornecida pelos serviços sobre o resultado da sorologia para o HIV na criança (positiva ou negativa), ou por perda de seguimento.

Método

Este trabalho se insere em um estudo de maior amplitude, devidamente aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa. Trata-se de um estudo quantitativo, caracterizado como uma coorte retrospectiva, com dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de Porto Alegre, de 2002 a 2019. Projeto de pesquisa aprovado em CEP da UFRGS (CAAE: 69984717.0.0000.5347) e CEP da SMS CAAE: 69984717.0.3001.5338), com participação de profissionais da vigilância em saúde de Porto Alegre, professores, alunos de doutorado, mestrado, especialização e graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No componente quantitativo, devido ao estudo trabalhar com dados secundários da vigilância epidemiológica e de atendimentos registrados em sistemas de informação não identificados, não há necessidade de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos participantes. Os pesquisadores assinaram um termo de compromisso pelo uso dos dados e contaram com a autorização da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) para realização do estudo. O trabalho retrospectivo consistiu no acompanhamento dos casos e encerramentos das crianças expostas, consultadas em sistemas eletrônicos como E-SUS, e na busca ativa de casos sem resultado

do teste. Utilizou-se para comparações o recorte geográfico das oito gerências distritais da cidade. As Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas as estratégias para a Atenção Primária à Saúde e de Atenção Especializada Ambulatorial e Substitutiva na esfera do SUS, abrangem o território de um ou mais DS. No total, são oito (08) GD, com população entre 95 e 200 mil habitantes, listadas a seguir: 1) Centro (CEN), 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas (NHNI), 3) Norte /Eixo Baltazar (NEB), 4) Leste /Nordeste (LENO), 5) Glória /Cruzeiro /Cristal (GCC), 6) Sul /Centro-Sul (SCS), 7) Paternon /Lomba do Pinheiro (PLP), 8) Restinga /Extremo-Sul (RES). Para análise estatística utilizou-se estatística descritiva e comparações entre as oito gerências distritais da cidade, por meio do teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

A amostra foi composta por 8.520 gestantes e crianças. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico e características de saúde de gestantes com HIV/Aids no município de Porto Alegre entre 2000 e 2019. A análise da característica de raça da gestante revela que entre as gestantes com HIV 58% são brancas e 40% na população negra (somando a população preta e parda), observa-se um predomínio de mãe brancas autodeclaradas. Ao analisar a distribuição em relação à escolaridade das gestantes, observou-se uma concentração maior entre as que cursaram da 4ª a 7ª série incompleta (49,6%), seguidas pelas mães com 8ª a 11ª série incompleta e médio incompleto (28,4%). Os níveis de escolaridade também seguem a tendência nacional, com predomínio de mulheres com ensino fundamental incompleto. Esse menor grau de instrução é indicativo do pouco acesso às informações para prevenção da transmissão vertical. A faixa etária preponderante nas gestantes soropositivas do HIV é de 21-35 anos (72%), com escolaridade de 4-7 anos de estudo. Analisando a concentração de casos de Aids no RS registrados a faixa etária com a maior taxa em 2016 foi entre aquelas com 35 e 39 anos, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids.

Entre as gestantes, verifica-se que descobriram o HIV antes do pré-natal 58,7% dos casos, 30,1% no pré-natal e 8,1% no parto e entre elas 72% tinham como fator de exposição o parceiro HIV+. Acerca do consumo de drogas ilícitas na gestação, o uso de substâncias na gestação foi de 8%. Verificou-se uma maior prevalência de cesariana 50%, seguido do parto vaginal, que ocorreu em 46% dos casos e 3,7% foram abortos. O percentual de realização do pré-natal com início na 12ª semana foi de 26% nas gestantes em geral e verificou-se um maior percentual a não realização do pré-natal com início na 12ª semana 73%.

A Tabela 2 descreve o perfil sociodemográfico e características de saúde das gestantes com HIV e encerramento dos casos de crianças expostas nas gerências distritais de Porto Alegre.

A soma da cor preta e parda normalmente é utilizada para se conhecer a prevalência da raça negra no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), 20% da população de Porto Alegre é negra (pessoas pretas e pardas). Quando observado os casos de raça/cor entre as Gerências Distritais (GD) de Porto Alegre, observa-se que do total de casos 6394, as Gerências com predomínio de pretos e pardos foram Restinga Extremo Sul (RES) com 58% e Leste Nordeste (LENO) com 52%. Em relação à escolaridade da mãe, ao se comparar as Gerências Distritais é possível verificar que as GDs Centro (CEN) e Restinga Extremo Sul (RES) apresentam um predomínio de nenhuma escolaridade com 4,9% e 4,5% respectivamente. Já as mães que possuem de 1 a 3 anos de

escolaridade estão com maior frequência nas GDs Centro (CEN) e Glória Cruzeiro Cristal (GCC) com 11,2% e 10,5%.

Nos casos de utilização de drogas injetáveis houve uma concentração maior de casos nas Gerências NHNI e Centro 8,8% e 8,1%. Ao analisar a distribuição de gestantes que possuíam HIV antes do pré-natal, percebe-se que as GDs Leste e Nordeste (LENO) e Restinga Extremo Sul (RES) apresentaram uma maior concentração de casos com 81,7% e 81,5% respectivamente. O percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal na 12ª semana, que é o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 200), foi verificado nas GDs Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) e Norte/Eixo Baltazar (NEB) com 29,8% e 28,9% respectivamente. A respeito dos encerramentos dos casos de crianças expostas nas Gerências Distritais de Porto Alegre, percebe-se que as crianças infectadas tiveram um maior percentual nas GDs Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) e Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) com 5,4% e 5%. Quando observado as crianças que não foram infectadas, elas pertenciam as GDs Glória Cruzeiro Cristal (GCC) e Norte/Eixo Baltazar (NEB) com 85,6% e 82,6%. As perdas de seguimento foram verificadas com maior percentual nas GDs Centro (CEN) e Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) com 19,9% e 13,3%. Nos casos de crianças que foram a óbito, ocorreu uma concentração maior de óbitos nas GDs Norte/Eixo Baltazar (NEB) e Leste Nordeste (LENO) com 5% e 4%.

Discussão

A região Sul apresenta-se como uma importante área para a infecção do HIV e transmissão vertical no Brasil. A notificação de gestantes com HIV e crianças expostas é compulsória no Brasil. Para qualificar os dados, a vigilância epidemiológica do município de Porto Alegre trabalha com o pareamento das diversas bases de dados relacionadas com essa população (SINAN, para vigilância das gestantes, SICLOM, que informa sobre dispensação de medicação antirretroviral, SISCEL, que fornece um relatório de cargas virais, SINASC, que informa sobre nascidos vivos, e projeto Nascer, que oferece relatórios de uso de antirretroviral no parto e leite para recém-nascidos), além da busca ativa de casos. A única forma de a gestante com HIV não estar incluída na amostra seria a realização do parto em outro município e a permanência da gestante fora da capital por mais de 2 anos a partir do parto. Com isso observa-se a qualidade dos dados desta pesquisa, considerando que o tratamento antirretroviral tem possibilitado maior sobrevivência às pessoas que desenvolveram as repercussões mais graves do avanço da síndrome.

A epidemia da Aids apresenta-se diferenciada segundo critérios geográficos, com taxas de prevalência bastante distintas, tanto no que se refere às macrorregiões e estados, quanto aos municípios brasileiros, Porto Alegre possui altas taxas da transmissão vertical do HIV, sendo a capital de maior incidência de Aids do Brasil (BRASIL, 2019) e conforme levantamento da Vigilância Epidemiológica de Porto Alegre. Como já mencionado, Porto Alegre tem seu território dividido em oito GDs: Centro (CEN), Norte/Eixo Baltazar (NEB), Leste/ Nordeste (LENO), Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), Sul/Centro Sul (SCS), Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP), Restinga/Extremo Sul (RES), Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI).

A análise de indicadores estratificados permite a identificação das singularidades de cada território. Nesse sentido, foram feitas análises considerando questões de raça/cor, escolaridade, se a gestante já tinha o HIV antes do pré-natal, se a gestante era usuária de drogas, se a gestante deu início no pré-natal até a 12ª semana e o encerramento do caso. Este estudo demonstra que quanto ao perfil sociodemográfico das gestantes com HIV, destaca-se o predomínio de raça negra, baixa escolaridade, média de idade de 21-35 anos, a maioria já tinha o HIV antes do pré-natal, poucas começaram o pré-

natal na 12ª semana e em relação ao encerramento dos casos das crianças expostas, a maioria não foi infectada 81,1%.

Foram encontradas diferenças entre as prevalências das variáveis em relação as gerências distritais. Após analisar o perfil sociodemográfico e características de saúde das gestantes com HIV e encerramento dos casos de crianças expostas nas gerências distritais de Porto Alegre, foram selecionadas para discussão as gerências RES e LENO (por terem mais gestantes não branca com HIV), CEN e SCS (por terem um percentual maior de gestante com nenhuma escolaridade), LENO e RES (por terem maiores prevalência de gestantes que já tinham HIV antes do pré-natal), NHNI E NEB (por terem um percentual maior de gestantes que deu início ao pré-natal antes da 12ª semana), NHNI E PLP (por terem maior prevalência de crianças infectadas) e CENTRO e LENO (por terem maiores casos de perda de seguimento).

As regiões com maior incidência de população negra em Porto Alegre são Nordeste e Restinga, que possuem, respectivamente, 38,62% e 38,5% de seu contingente populacional identificado como negro. Já as regiões com menor incidência de identificação da população negra são Noroeste e Centro com 7,35% e 7,23% respectivamente⁵. Analisando os resultados da Tabela 2 as Gerências com predomínio de gestantes da raça negra foram Restinga Extremo Sul (RES) com 58% e Leste Nordeste (LENO) com 52%. A distribuição de casos considerando a variável raça/cor evidenciou que a infecção do HIV atinge de modos diferentes brancos e não brancos nas gerências, evidenciando iniquidades sociais em saúde. Observou-se que as gestantes com HIV atingem mais a população negra em duas Gerências Distritais, RES e LENO, o que precisa ser melhor avaliado em termos de políticas públicas.

A educação é considerada hoje o principal recurso quando se pensa em transformação social. Entende-se que quanto maior o acesso e melhor a qualidade da estrutura educacional, maiores são as possibilidades de ascensão social. Analisando os resultados das tabelas, percebe-se que a região Centro (CEN), possui o maior percentual de gestantes com nenhuma escolaridade 4,9% e também é a região que apresentar o maior número de gestantes com 12 anos a mais de escolaridade 18,6% juntamente com a região Noroeste/Humaitá/Navegantes/ (NHNI) com 13,9%. Os índices de analfabetismo da população negra são maiores do que o índice geral⁶. O dado faz refletir sobre as condições de acesso e permanência dessa população nos equipamentos educacionais.

A literatura indica que gestantes aderentes ao pré-natal também tendem a apresentar maiores níveis de adesão à medicação antirretroviral (BARDEGUEZ et al, 2008). Analisando a amostra de gestantes que já tinham o HIV antes do pré-natal, percebeu-se que as GDs Leste e Nordeste (LENO) e Restinga Extremo Sul (RES) apresentaram uma maior concentração de casos com 81,7% e 81,5% respectivamente e por consequente foram as regiões que não tiveram maiores percentuais de crianças infectadas ou que apresentaram perda de seguimento. Provavelmente porque as regiões que tiveram maior prevalência de crianças não infectadas, iniciaram o tratamento mais cedo e apresentaram melhores índices de adesão à medicação no período gestacional.

Por outro lado, é preciso destacar que o início mais tardio do pré-natal se associa não apenas a dificuldades pessoais das gestantes vivendo com HIV, mas também ao processo de estigma e discriminação, falhas do sistema de saúde em prover o diagnóstico precoce e atendimento especializado, apesar das claras recomendações do Ministério da Saúde a esse respeito⁷. O Ministério da Saúde recomenda que as gestantes iniciem o pré-natal até a 12ª semana, analisando os resultados da Tabela 2, nota-se que a prevalência de gestantes que iniciaram o pré-natal na 12ª semana, foi verificado nas GDs Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) e Norte/Eixo Baltazar (NEB) com 29,8% e 28,9%

respectivamente. São regiões que possuem gestantes com um nível de escolaridade melhor que as regiões Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) e Sul/Centro Sul (SCS) que foram as regiões em que as gestantes tiveram um percentual menor de início do pré-natal na 12ª semana.

Ao analisarmos o encerramento do caso, as crianças infectadas tiveram um maior percentual nas GDs Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) e Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) com 5,4% e 5%, percebe-se que apesar da GD (NHNI) ter sido a gerência que teve a maior prevalência de gestantes que iniciaram o pré-natal na 12ª semana, ela também foi a que mais teve crianças infectadas. Estas regiões configuram-se como as mais vulneráveis da cidade. São regiões com Índice de Condição de Vida (ICV) muito baixo e com Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Nessas regiões é comum a baixa escolaridade, a alta taxa de violência e de mortalidade por causas externas, a baixa longevidade, elevado número de famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza; bem como alta aglomeração populacional em vilas de grande porte, muitas vezes construídas em áreas irregulares⁸. Quando observado as crianças que não foram infectadas, elas pertenciam as GDs Glória Cruzeiro Cristal (GCC) e Norte/Eixo Baltazar (NEB) com 85,6% e 82,6%. As perdas de seguimento foram verificadas com maior percentual nas GDs Centro (CEN) e Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) com 19,9% e 13,3%. Nos casos de crianças que foram a óbito, ocorreu uma concentração maior de óbitos nas GDs Norte/Eixo Baltazar (NEB) e Leste Nordeste (LENO) com 5% e 4%.

O reconhecimento do perfil sociodemográfico e características de saúde das gestantes com HIV auxilia no entendimento da complexidade do problema e da necessidade de se estabelecer novas estratégias para o seu enfrentamento. Devido aos elevados índices de infecção e transmissão vertical em Porto Alegre, é relevante investigar possíveis territórios de intervenção que resultem na redução das desigualdades sociais e conseqüentemente, na melhora dos indicadores epidemiológicos da transmissão vertical. Destaca-se a importância do sanitarista e dos demais profissionais da saúde em conhecerem o perfil dos casos de HIV nesses territórios com maior frequência e, a partir disso, propor, planejar e implementar medidas de controle/prevenção, garantindo uma adequada Atenção à Saúde às pessoas com HIV.

Um obstáculo importante e persistente no enfrentamento das gestantes com HIV é o estigma e a discriminação presentes na sociedade e nos serviços de saúde. O estigma relacionado ao HIV refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas vivendo com o HIV (como também em relação seus familiares e pessoas próximas) e outras populações que estão em maior risco de infecção pelo vírus (populações-chave), como gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e travestis e transexuais. As pessoas, em geral têm muita dificuldade de aceitar um jeito diferente de viver a vida daquele que elas estão acostumados. Preconceito é julgar uma pessoa só pela aparência ou por aquilo que ouviu falar ou que acha que é verdade. O estigma e a discriminação caracterizam a terceira fase da epidemia da Aids e se constituem em uma questão tão central para a Aids global quanto à doença em si⁹. A estigmatização da Aids acompanhou o surgimento dos primeiros casos da doença na década de 80, pela sua associação a grupos populacionais específicos mais afetados em seu início (homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e trabalhadoras do sexo), e pela sua associação com doença fatal e aterrorizante, imagem esta construída com o apoio da mídia. Muitas vezes causada pelo estigma, a discriminação nos estabelecimentos saúde pode manifestar-se quando um indivíduo ou grupo tem negado o acesso aos serviços de saúde que estão disponíveis para outras pessoas, ou quando cuidados, tratamento e ou procedimentos médicos são recusados ou adiados por razões discriminatórias. A discriminação nos serviços de saúde exclui ou impede as pessoas de buscarem serviços de saúde por medo do estigma, de atitudes discriminatórias ou de falta de confidencialidade. A discriminação atua como uma barreira

para alcançar as metas e tem impactos negativos nos cuidados dos usuários com HIV, que engloba prevenção, testagem, tratamento e a supressão da carga viral de forma sustentável. A discriminação nos serviços de saúde é um dos principais obstáculos para acabar com a epidemia de Aids. O processo de estigma e discriminação da Aids tem sido apontado como um fator central na adesão ao tratamento, pois ambos prejudicam no acesso aos serviços de saúde, impedindo, assim, que as pessoas exerçam seu direito à saúde.

Considerações Finais

A distribuição de casos de gestantes considerando a variável raça/cor evidenciou que a infecção do HIV atinge de modos diferentes brancos e não brancos nas gerências, evidenciando iniquidades sociais em saúde. Observou-se predomínio de gestantes com HIV da população negra em duas Gerências Distritais, RES e LENO, o que precisa ser melhor avaliado em termos de políticas públicas.

O estudo apresenta elevado percentual de gestantes com baixa escolaridade, com diagnóstico do HIV antes do pré-natal, mas que iniciam o pré-natal tardiamente, apontando fragilidade assistencial. O início mais tardio do pré-natal se associa não apenas a dificuldades pessoais das gestantes vivendo com HIV, mas também ao processo de estigma e discriminação, falhas do sistema de saúde em prover o diagnóstico precoce e atendimento especializado, apesar das claras recomendações do Ministério da Saúde a esse respeito.

O Ministério da Saúde recomenda que as gestantes iniciem o pré-natal até a 12ª semana. Entre as gerências de Porto Alegre, haviam duas - Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) e Norte/Eixo Baltazar (NEB) com os maiores percentuais de mulheres que iniciaram o pré-natal até a 12ª semana, com 29,8% e 28,9% respectivamente. São regiões que possuem um maior percentual de gestantes com mais escolaridade, evidenciando o quanto os determinantes sociais da saúde impactam sobre a questão assistencial. A literatura indica que gestantes aderentes ao pré-natal também tendem a apresentar maiores níveis de adesão à medicação antirretroviral, daí a importância deste dado, tendo em vista que as crianças serão acompanhadas do ponto de vista assistencial e pela vigilância em saúde.

Observam-se ainda diferenças entre perfil de gestantes e encerramento dos casos das crianças entre as gerências. Quanto ao encerramento de casos das crianças, o percentual de crianças infectadas variou de 2,6 até 5% e o percentual de perda de seguimento variou de 7,7 até 19,9%. O estudo das características sociodemográficas das gestantes HIV é um passo fundamental para o fortalecimento das estratégias nos vários níveis de prevenção e para minimizar as taxas de infecção vertical. Dessa forma, visando reduzir a infecção de crianças a morbimortalidade infantil. Os achados podem contribuir para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento visando melhorar a saúde das gestantes e das crianças expostas ao HIV.

Referências

¹ Almeida, Labronici. A Trajetória Silenciosa De Pessoas Portadoras Do Hiv Contada Pela História Oral. Ciênc. Saúde Coletiva [Online], 2007 Vol.12, N.1.

² Who. Antiretroviral therapy. [acesso em 10/04 /2019]; disponível em: http://www.wpro.who.int/health_topics/antiretroviral_therapy/

³ Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral. Brasília, DF, 2014. (Coleção DST/AIDS - Séries Manuais, n. 46).

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

⁵ ObservaPoa. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. ObservaPoa. 2018

⁶ Brasil. Ministério da Educação. Biblioteca Virtual em Saúde (População Negra) Ministério da Educação, 2016.

⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. HIV: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília, 2010. 82 p. Série Telelab.

⁸ Plano Municipal De Saúde Porto Alegre Rio Grande Do Sul – Porto Alegre 2018 A 2021. From: http://Lproweb.Procempa.Com.Br/Pmpa/Prefpoa/Sms/Usu_Doc/Plano_Municipal_De_Saude_-_Pms_2018-2021_-_Revisado_Em_16_01_18.Pdf

⁹ Parker, R. O estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS. Boletim Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) 2002, (48): 3-5.

Apêndice

Tabela 1: Perfil sociodemográfico e características de saúde de gestantes com HIV/Aids no município de Porto Alegre, RS, 2000-2019.

Características	Frequência*	Porcentagem
Raça		
Branca	4791	58,2
Preta	24900	30,2
Amarela	33	,4
Parda	900	10,9
Indígena	25	,3
Escolaridade		
Nenhuma	264	3,5
de 1 a 3 anos	739	9,7
de 4 a 7 anos	3769	49,6
de 8 a 11 anos	2158	28,4
de 12 anos a mais	672	8,8
Faixa etária		
Até 20 anos	1458	17,1
21 a 35 anos	6144	72,1
36 ou mais	918	10,8
Gestante com HIV antes do pré-natal		
Sim	5009	58,71
Gestante com HIV durante o pré-natal		
Sim	2569	30,1
Gestante com HIV durante o parto		
Sim	697	8,1
Gestante com múltiplos parceiros		
Sim	1258	14,8
Não	4060	47,7
Parceiros com HIV		
Sim	3713	72,2
Não	1429	27,8
Parceiros usuários de drogas injetáveis		
Sim	1090	12,8
Não	3980	46,7
Gestante usuária de drogas injetáveis		
Sim	583	8,0
Não	6718	92,0
Pré-natal com início na 12ª semana		
Sim	2277	26,7
Não	6243	73,7
Tipo de parto		
Parto Vaginal	3795	46,2
Cesária	4115	50,1
Aborto	301	3,7
TOTAL	8520	

Tabela 2: Perfil sociodemográfico e características de saúde das gestantes com HIV e encerramento dos casos de crianças expostas, comparações entre as gerências distritais de Porto Alegre.

Características	TOTAL	CEN	GCC	LENO	NHNI	NEB	PLP	RES	SCS	Valor P*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Raça da gestante										<0,001
Branca	3473 (56)	296 (60,7)	546 (55,2)	474 (52)	358 (62,4)	595 (62,8)	524 (49,5)	298 (48,6)	382 (62,1)	
Preta	1944 (51,4)	144 (29,5)	320 (32,3)	318 (54,9)	148 (25,8)	264 (27,8)	370 (35)	233 (58)	147 (23,9)	
Amarela	24 (0,4)	4 (0,8)	3 (0,5)	2 (0,2)	3 (0,5)	2 (0,2)	6 (0,6)	1 (0,2)	3 (0,5)	
Parda	740 (11,9)	44 (9)	115 (11,6)	117 (12,8)	64 (11,1)	87 (9,2)	154 (14,6)	80 (15,1)	79 (12,8)	
Indígena	16 (0,5)	0	6 (0,6)	0	1 (0,2)	0	4 (0,4)	1 (0,2)	4 (0,7)	
Escolaridade da gestante										<0,001
Nenhuma	193 (3,4)	21 (4,9)	36 (4)	23 (2,7)	16 (3,1)	22 (2,4)	27 (2,8)	23 (4,1)	25 (4,5)	
de 1 a 3 anos	485 (8,5)	48 (11,2)	93 (10,5)	66 (7,8)	40 (7,6)	55 (6)	99 (10,4)	46 (8,2)	38 (6,8)	
de 4 a 7 anos	2744 (48,1)	154 (55,8)	469 (51,8)	419 (49,8)	248 (47,3)	466 (50,7)	465 (48,6)	269 49,6)	244 (43,5)	
de 8 a 11 anos	1692 (29,7)	127 (29,5)	242 (26,7)	250 (29,7)	147 (28,1)	281 (30,6)	277 (29)	184 (32,7)	184 (32,8)	
de 12 anos a mais	586 (10,5)	80 (18,6)	66 (7,5)	84 (10)	73 (13,9)	95 (10,3)	88 (9,2)	30 (3,3)	70 (12,5)	
Gestante com HIV antes do pré-natal										0,047
Sim	4000 (793)	319 (74,9)	635 (79,6)	600 (81,7)	361 (79,2)	613 (81,2)	698 (78,3)	399 (81,5)	375 (76,1)	
Gestante usuária de drogas injetáveis										0,834
Sim	403 (7,3)	35 (8,1)	62 (7)	59 (7,4)	45 (8,8)	63 (7,5)	67 (7,2)	37 (6,5)	35 (6,5)	
Pré-natal com início na 12ª semana										0,045
Sim	1726 (27)	132 (26,1)	249 (24,5)	259 (27,9)	174 (29,8)	278 (28,9)	318 (28,4)	146 (23)	170 (26,5)	
Encerramento do caso										<0,001
Infectada	218 (3,9)	12 (2,6)	36 (3,9)	32 (3,9)	28 (5,4)	22 (2,8)	50 (5)	19 (3,5)	19 (3,2)	
Não Infectada	4573 (81,1)	341 (74,6)	794 (85,6)	656 (80,3)	403 (77,8)	644 (82,6)	809 (80,8)	445 (81,1)	481 (82,1)	
Perda de Seguimento										
Óbito	664 (11,8)	91 (19,9)	71 (7,7)	96 (11,8)	69 (13,3)	75 (9,6)	121 (12,1)	70 (12,8)	71 (12,1)	
	181 (3,2)	12 (2,8)	27 (2,9)	33 (4)	18 (3,5)	39 (5)	21 (2,1)	15 (2,7)	15 (2,6)	
TOTAL* *	6394	506 (7,9)	1017 (15,9)	927 (14,5)	584 (9,1)	963 (15,1)	1120 (17,5)	636 (9,9)	641 (10)	

Submissão: 22/01/2021

Aceite: 11/07/2021