

**Children exposed to
vertical transmission of
HIV: Following incomplete
and its possible implication
in the outcome**

**Crianças expostas à transmissão
vertical do HIV: seguimento incompleto
e sua possível implicação no desfecho**

ABSTRACT | Introduction:

*The acquisition pattern of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection has undergone changes. The epidemic began to have significant participation of women in its epidemiological profile, with a consequent increase in transmission. In order to reduce vertical transmission (VT), the Ministry of Health of Brazil recommends controlling measures which include following-up exposed children. Given the importance of monitoring to avoid vertical transmission of HIV, it is necessary to study cases of abandonment by exposed children, discussing their causes and the searching strategies that may be implemented in reference services. **Objective:** To study the follow-up of children exposed to VT-HIV. **Methods:** Documental, descriptive, retrospective study of quantitative approach was carried out. The study population was composed by children exposed to VT-HIV, treated on Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), born in 2008 and 2009, according to HINSG Hospital's Epidemiology Core. **Results:** The entry into service occurred within one month of age in 85 of 101 children (84.16%). 42 of the children studied (41.58%), had incomplete follow-up and the main cause was not realizing the importance of the follow-up by the caregiver (52.38%). Only 16 (38.10%) of 42 children with incomplete follow-up rejoined service after the search, the telephone contact being used strategy in these cases. **Conclusions:** Greater attention should be given to explaining the importance of regular follow-up until the closure of the case, considering a good relationship between healthcare professionals and patient helps avoiding abandonment and must be practiced by a multidisciplinary team.*

Keywords | Vertical transmission of Infectious Disease; HIV; Loss to follow-up; Patient Compliance.

RESUMO | Introdução: O padrão de aquisição da infecção do Human Immunodeficiency Virus (HIV) tem sofrido mudanças. A epidemia passou a ter expressiva participação de mulheres no seu perfil epidemiológico, com consequente aumento na transmissão vertical. Visando a reduzir a transmissão vertical, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza medidas de controle que incluem o seguimento de crianças expostas. Diante da importância do seguimento para evitar a transmissão vertical (TV) do HIV, faz-se necessário estudar casos de abandono em crianças expostas, discutindo suas causas e as estratégias de busca passíveis de implementar em serviços de referência. **Objetivo:** Estudar o seguimento ambulatorial de crianças expostas à TV-HIV. **Métodos:** Este é um estudo documental, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa. A população foi constituída pelas crianças expostas à TV-HIV, atendidas no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), nascidas em 2008 e 2009, segundo o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HINSG. O ingresso no serviço ocorreu até um mês de idade em 85 das 101 crianças (84,16%). **Resultados:** Das crianças estudadas, 42 (41,58%) tiveram seguimento incompleto, e a causa mais encontrada foi a não percepção da importância do seguimento pelo cuidador (52,38%). Apenas 16 (38,10%) das 42 crianças que tiveram o seguimento incompleto reingressaram no serviço após a busca. O contato telefônico foi a estratégia mais utilizada nesses casos. **Conclusão:** uma maior atenção deve ser dispensada para esclarecer a importância da regularidade do acompanhamento até o fechamento do caso, haja vista que uma boa relação profissional de saúde-paciente ajuda evitar o seguimento incompleto, devendo ser dispensada por equipe multiprofissional.

Palavras-chave | Transmissão vertical de doença infecciosa; HIV; Perda de seguimento; Cooperação do paciente.

¹Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) constitui fenômeno global que, ao longo dos anos, vem passando por transformações epidemiológicas. Deslocando-se de homossexuais e bissexuais, grupos inicialmente mais afetados, passou a se caracterizar pelos processos de heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização¹.

A feminização da epidemia, importante característica e problema do atual quadro existente no Brasil, implica a transmissão materno-infantil do HIV, também denominada transmissão vertical (TV)¹. Essa transmissão está associada a diversos fatores, especialmente à viremia materna elevada, e ocorre principalmente, mas não apenas, no período intraparto².

Baseado no protocolo *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076), o Ministério da Saúde do Brasil preconiza medidas de controle e de seguimento em crianças expostas à TV-HIV, visando a reduzi-la a níveis entre zero e 2%³.

Entretanto, para tais medidas surtirem efeito, é imprescindível a adesão ao seu cumprimento, dificultada pelas próprias particularidades das medicações e por questões relacionadas com os pacientes, os cuidadores e a equipe de atendimento/serviço, como fantasias e realidades pautadas no estigma que cerca o HIV⁴.

Dados de 2010 do Ministério da Saúde mostram que a epidemia de Aids em gestantes e, conseqüentemente, em crianças e adolescentes, encontra-se estabilizada⁵. Esses casos estão concentrados principalmente nas Regiões Sul e Sudeste, na faixa etária de 20 a 29 anos e escolaridade entre 4 e 11 anos de estudo concluídos⁵.

Apesar de o número de casos de Aids na faixa etária acima citada estar estabilizado, o maior número de gestantes infectadas por Aids implica um aumento da TV. Segundo dados preliminares do Ministério da Saúde, o número de casos decorrentes de TV compreendeu 13.540 dos 15.775 registrados em menores de 13 anos, de 1980 a 2011⁶, representando 90,4% dos casos já notificados em menores de 13 anos⁶.

Visando ao controle da TV-HIV, o Ministério da Saúde preconiza³: iniciar uso da terapia antirretroviral (TARV) na gestante a partir da 14ª semana de gestação; usar AZT injetável durante o trabalho de parto; optar por parto com menor manipulação, sendo a cesárea eletiva escolhida sempre que possível; usar AZT xarope para o recém-

nascido, até a 6ª semana de vida (ou AZT injetável); contraindicar aleitamento materno.

Após o nascimento, a criança exposta à TV-HIV deve ter alta da maternidade com consulta agendada em prazo menor que 30 dias em serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV³.

Para o adequado seguimento de crianças expostas à TV-HIV, as consultas devem ser mensais nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestrais a partir do segundo semestre de vida, estendendo-se até o 18º mês, quando se define o desfecho do caso, mediante sorologia para pesquisa de anticorpos anti-HIV⁴.

Apesar da inquestionável importância do seguimento de crianças expostas, a adesão muitas vezes é prejudicada, e comumente ocorre abandono. Esse abandono se deve à fantasia e medo acerca do HIV e a fatores que podem estar associados ao serviço (troca de médico, falta do medicamento ou do médico, demora na sala de espera, desentendimento com a equipe, exames bons) e ao paciente (falta de transporte, ausência de sintomas de doença, residência longe do serviço)⁴.

Brambatti e Carvalho realizaram um estudo categorizando as seguintes questões relacionadas com a adesão de doenças crônicas, especificamente no acompanhamento a pessoas vivendo com HIV/AIDS: a) fatores ligados ao sujeito; b) fatores relacionados com a doença; c) fatores ligados ao tratamento; d) fatores interpessoais – qualidade da relação médico-paciente; e e) o contexto social e organizacional⁷.

Diante da importância de maior entendimento de conjecturas referentes ao serviço, o estudo teve por objetivo: observar o seguimento de crianças expostas à TV-HIV, nascidas em 2008 e 2009, que foram inscritas, até os seis meses de vida, no Serviço de Infectologia do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (SI-HINSG) e sua possível implicação no desfecho do tratamento.

MÉTODOS |

Foi realizado um estudo documental, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa. A população de estudo foi constituída pelas crianças expostas à TV-HIV, atendidas no Setor de Infectologia do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (SI-HINSG), Vitória-Espírito Santo, nascidas em 2008 e 2009, segundo dados do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do HINSG.

Foram incluídas no estudo todas as crianças expostas à TV-HIV, atendidas no SI-HINSG, nascidas em 2008 e 2009, que ingressaram no serviço até os seis meses de idade, tendo-se acesso ao prontuário, constituindo uma amostra de 101 crianças. Foram excluídas do estudo 23 crianças, nas seguintes situações: transferidas para outros serviços; em idade inferior a 18 meses; em acompanhamento particular; que não tiveram seu prontuário encontrado; filhas de mães não HIV positivas; que foram ao óbito logo após o preenchimento da ficha de notificação de exposição ao HIV; ou que ingressaram no SI-HINSG após os seis meses de idade.

As informações pertinentes às variáveis de interesse foram obtidas dos prontuários e fichas psicossociais dessas crianças e anotadas em formulário de coleta de dados, elaborado pelo próprio pesquisador.

Constituíram-se como variáveis de estudo: para determinar e caracterizar a amostra (ano de nascimento, idade de ingresso ao SI-HINSG, pré-natal durante a gestação, responsáveis pelas crianças e uso correto dos TARV), além de variáveis relacionadas com as causas do abandono e ao desfecho.

A análise dos dados foi feita com o auxílio do programa Microsoft Excel e do Epi-Info 3.3.2. Foram calculadas distribuições de frequências, absoluta e relativa, das variáveis. A relação entre o abandono de seguimento e o desfecho do caso foi estudada mediante o teste *qui-quadrado*.

O projeto para realização deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HINSG, sob o nº 89/2010.

RESULTADOS |

Segundo a caracterização da amostra, em relação às variáveis pertinentes ao ingresso do paciente, acompanhamento e abandono, observou-se que:

O ingresso no SI-HINSG ocorreu até um mês de idade em 84,16% das 101 crianças estudadas (Tabela 1). A entrada precoce no serviço se deve talvez ao fato de que, na maioria dos casos estudados, os responsáveis pelas crianças eram os próprios pais (88,12%).

Das 101 crianças estudadas, 42 (41,58%) tiveram seguimento incompleto. Dentre estas: 69% das mães tinham feito pré-natal, 85,71% dos responsáveis eram os próprios pais e 90,52% ingressaram no serviço até um mês. Tais características são semelhantes às da amostra de uma maneira geral e revelam que o ingresso precoce no serviço especializado não implica, obrigatoriamente, adesão ao acompanhamento.

Na Tabela 2, nota-se que a maioria não teve seguimento completo porque seus cuidadores não veem importância nessa conduta (52,38%). Outras causas de seguimento incompleto também encontradas foram: responsável não tem como levar às consultas (21,43%); falta de dinheiro do transporte

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n=101). Dados coletados de março a junho de 2011. HINSG/ Vitória – ES

Variáveis	Número	%
Idade de ingresso no SI-HINSG		
Até 1 mês	85	84,16
Após 1 mês	16	15,84
Pré-natal durante a gestação (6 consultas ou mais)*		
Sim	75	75,76
Não	24	24,24
Responsáveis pela criança		
Pais	89	88,12
Outros familiares	9	8,91
Casa de apoio	3	2,97
Uso correto de AZT pela criança**		
Sim	85	86,73
Não	13	13,27

*Falta de informação em 2 prontuários.

** Falta de informação em 3 prontuários.

Tabela 2 – Causas de seguimento incompleto (n=42). Dados coletados de março a junho de 2011. HINSG/ Vitória – ES

Causas de seguimento incompleto	Número	%
Não vê importância no seguimento	22	52,38
Responsável não tem como levar às consultas	9	21,43
Falta de dinheiro do transporte	5	11,90
Clinicamente bem	5	11,90
Responsável não acredita que a criança possa ficar doente	5	11,90
Encontra-se em outra cidade	5	11,90
Transferência	4	9,52
Reside longe do serviço	2	4,76
Está hospitalizado	2	4,76
Horário da consulta é inadequado	1	2,38
Questões religiosas	1	2,38

*As causas de seguimento incompleto foram associadas uma vez ou mais a cada indivíduo.

(11,90%); responsável não acredita que a criança possa ficar doente (11,90%); encontra-se em outra cidade (11,90%).

Quanto à recuperação para o serviço das crianças em abandono, no SI-HINSG, é feita busca ativa. No entanto, apenas 16 (38,10%) das 42 crianças que tiveram seguimento incompleto reingressaram no serviço após a busca.

Registra-se que, entre os casos de seguimento incompleto, cinco crianças haviam mudado de município ou de Estado, não comparecendo às consultas, sem comunicação prévia ao serviço, ou seja, sem pedido de transferência. Em outro caso, a criança havia falecido.

Em relação às estratégias de busca utilizadas pelo SI-HINSG, foi feito contato telefônico pelo Serviço Social em 26 dos 42 casos, observando-se o reingresso de 12 (46,15%) crianças cujas famílias foram contatadas, enquanto, entre as 16 não contatadas, somente 4 (25%) reingressaram.

Adicionalmente, nos casos de insucesso do Serviço Social em obter o reingresso, ou quando não se localizou a família por meio de telefone, foram acionadas outras instituições, principalmente o Conselho Tutelar (CT) do município de residência, que conseguiu reingresso de 4 casos dos 11 em que atuou (36,36%). Embora não se tenha obtido reingresso dos pacientes, a atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) auxiliou a estabelecer o motivo da evasão nos três casos em que foi utilizado esse recurso.

A Tabela 3 apresenta a situação sorológica das crianças aos 18 meses de vida, quando se define a ocorrência ou não de infecção pelo HIV a partir da exposição à TV. Do total dos pacientes que tiveram seguimento completo, a maioria 57 (96,6%) apresentou sorologia negativa para HIV.

No entanto, como se observa nessa mesma Tabela 3, o seguimento incompleto interfere no desfecho do quadro da criança exposta à TV-HIV. Embora o teste de hipótese

Tabela 3 – Definição da situação sorológica aos 18 meses de idade, segundo situação de seguimento. (n=101). Dados coletados de março a junho de 2011. HINSG/ Vitória – ES

Variável	Definição do quadro*				Total	
	Não infectado		Infectado		Número	%
	Número	%	Número	%		
Seguimento Completo	57	96,61	2	3,39	59	100,00
Seguimento incompleto	29	87,88	4	12,12	33*	100,00
- sem reingresso	14	42,42	3	9,08	17	51,50
- com reingresso	15	45,45	1	3,05	16	48,50

*Do total de 42 crianças que tiveram o seguimento incompleto, 9 (21,42%) não possuíam a informação sobre o desfecho no prontuário.

tenha ficado prejudicado pelo tamanho da amostra, 12,12% das crianças que tiveram seguimento incompleto contraíram infecção pelo HIV, contra 3,39% das que não abandonaram.

Além disso, o único óbito verificado entre as crianças estudadas se deu em um caso de seguimento incompleto, situação em que também se enquadraram os nove pacientes nos quais não foi possível saber o desfecho da exposição.

DISCUSSÃO |

Foi observado, no presente estudo, que as mulheres trazem seus filhos expostos ao vírus HIV precocemente para acompanhamento no serviço de referência (Tabela 1), em conformidade com que foi apontado por outros autores^{8,9}, esse fato pode ser explicado em virtude do forte apelo psicológico e social que permeia a discussão da epidemia de Aids, especialmente em crianças, despertando sentimentos como culpa, angústia e superproteção em relação ao filho, levando os pais a dispensar-lhe mais cuidados, como forma de compensação. Tais aspectos podem se manifestar mediante o ato de ir ao médico, além de outras observações contidas na Tabela 1, como o correto uso da medicação das crianças (86,73%) e a realização de pré-natal pelas mães (75,76%), considerada, neste estudo, como seis ou mais consultas médicas durante a gestação.

A atenção especializada à gestante deverá ser iniciada o mais precocemente possível, durante o pré-natal. Segundo as orientações do Ministério da Saúde, toda gestante deve receber aconselhamento e testagem anti-HIV. Caso o resultado seja positivo, deve ser encaminhada a um serviço especializado para seguimento, assim como a criança³.

A literatura mostra que, infelizmente, a cobertura do pré-natal ainda não é completa. Muitas mães chegam à maternidade sem assistência pré-natal, sendo, portanto, a testagem anti-HIV durante a gestação abaixo de 40%⁸. Por conseguinte, essas mães que não fazem o pré-natal perdem a oportunidade ao acesso, principalmente ao aconselhamento, além do tratamento quimioprofilático da TV no momento do parto e puerpério.

Fica demonstrada a função educativa do aconselhamento pré e pós-teste para sorologia anti-HIV, pois esse é o momento para se esclarecer dúvidas. Mulheres que viveram essa experiência se mostraram mais informadas acerca das conseqüências da soropositividade para os seus conceitos, o que se espera que resulte em atitudes positivas em relação aos cuidados com a saúde⁹.

Sem aconselhamento adequado, muitos cuidadores iniciam o acompanhamento no serviço de referência e acabam abandonando posteriormente⁸.

O acesso a ações de aconselhamento, que é um direito de toda gestante, é de extrema importância: aconselhamento consiste na escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa. A partir do aconselhamento, é possível estabelecer uma relação de confiança entre usuário e serviço. O sujeito deverá, nesse momento, ser responsabilizado e percebido como personagem principal em seu processo saúde-doença¹⁰.

Cabe, assim, a todo profissional de saúde e aos gestores realizá-lo e integrá-lo na rotina do serviço, principalmente na assistência pré-natal. Essa ação pode ser alcançada com a capacitação e adequação dos recursos humanos, constituindo um grupo multidisciplinar que inclua psicólogos, enfermeiros, pediatras, obstetras e assistente social.

Em relação ao seguimento incompleto e abandono do seguimento observados na pesquisa, nota-se que as crianças com Aids ou sorointerrogativas têm limitação de autonomia, por apresentarem pouca ou nenhuma compreensão em relação à doença e pelo pequeno poder de transformação de seus comportamentos e atitudes no cotidiano de suas vivências¹¹.

Apresentam, especialmente as mais novas, o que se chama de vulnerabilidade social, ou seja, dependem de um cuidador para fornecer medicações e acompanhá-las aos serviços de saúde. Sendo assim, na maioria das vezes, o abandono está relacionado com o próprio cuidador. A exemplo do que ocorreu no presente estudo, segundo Seidl, quando o cuidador é representado pelas próprias mães, observa-se uma maior adesão ao serviço e ao tratamento⁸. A correlação com cuidadores e a adesão ficaram estabelecidas igualmente em um estudo desenvolvido no Sul do Brasil, onde pessoas que residiam com seus familiares apresentavam maior adesão ao tratamento¹².

A discussão que envolve o tratamento de doenças crônicas, como tuberculose, Aids ou até mesmo a condição de “sorointerrogação”, que exigem tratamento ou/e seguimento de longo prazo, aponta a vulnerabilidade da interferência de uma série de fatores na adesão do paciente, associados à equipe, aos medicamentos ou ao próprio indivíduo¹³.

Em relação às causas de abandono encontradas (Tabela 2), registra-se que a mulher infectada pelo HIV ou com Aids não apresenta percepção sobre o processo de adoecimento, embora o uso dos medicamentos antirretrovirais tenha melhorado a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes com HIV, tornando a doença de

caráter crônico e retirando o estigma que cercava a Aids, até a década de 90, de desesperança e morte¹³. A portadora do HIV relega muitas vezes sua condição para o segundo plano por ter medo, acreditar que a ausência de sintomas não indica doença, temer efeitos adversos das terapias medicamentosas ou ainda por apoiar-se na religião. Se a mulher não entende o processo de adoecimento e a importância do tratamento, é complicado tratar ou continuar o seguimento do seu filho, por mais que ela apresente o desejo de cuidar e protegê-lo.

Dessa forma, a compreensão do cuidador acerca da infecção pelo HIV e Aids é de extrema importância para a adesão ao seguimento e para o tratamento que, posteriormente, se faça necessário. É importante desenvolver ações que reforcem a adesão ao seguimento desde o pré-natal, bem como identificar os momentos de maior vulnerabilidade para o seguimento incompleto ou abandono desse seguimento (rupturas familiares, discriminação social, vivência em um contexto familiar violento ou com história de uso abusivo de álcool e/ou drogas). Nesse contexto, é importante a percepção, precocemente, do Serviço de situações que possam interferir com a adesão.

Nota-se ainda que a organização dos serviços de saúde e a relação equipe-paciente também interferem no seguimento¹³, influenciado por fatores, como atitudes do profissional responsável pela prescrição, linguagem, tempo dispensado para consulta, atendimento acolhedor, respeito às verbalizações e questionamentos dos pacientes e motivação¹⁵.

Destaca-se a relação médico/paciente: para que essa se estabeleça de maneira efetiva, é necessário que o médico inspire confiança ao seu paciente, para isso, a relação deverá ser construída a partir da escuta atenciosa e sensível e o paciente deverá se sentir valorizado e respeitado no processo de escuta. A valorização do ser humano deverá prevalecer para que se consiga estabelecer uma relação de trocas¹⁶.

Dessa forma, é preciso investir em aspectos gerenciais, capacitar equipes, elaborar estratégias de melhoria de adesão e de busca pelos casos de seguimento incompleto e abandono. Como, por exemplo, o uso da política de redução de danos perante responsáveis usuários de drogas e o investimento em conduções (auxílio vale-transporte, rodízio de ônibus em municípios)¹³.

Por outro lado, os fatores pesquisados mais diretamente relacionados com a organização do serviço não foram causa de seguimento incompleto: troca de médico; falta de médico; demora na sala de espera; vários médicos atendendo o mesmo paciente; não conseguiu agendar

consulta; faltou e não quis agendar depois; o médico disse que os exames estavam bons; a equipe brigou com o paciente; demora do veículo para apanhar o paciente ou levá-lo para casa; encontrar amigos no ambulatório.

Em que pese o fato de a maioria das crianças expostas à TV-HIV não ter evoluído para o diagnóstico de HIV/Aids, fato possivelmente associado à comprovada eficácia demonstrada pelo protocolo ACTG 076³, a proporção de abandono que foi encontrada é preocupante. Nesse contexto, é necessário melhorar as estratégias de busca ativa que respeitem os princípios éticos e valores das pessoas que vivem com HIV e dos cuidadores de crianças sorointerrogativas.

A busca ativa é uma importante estratégia utilizada em saúde pública, principalmente no que se refere a doenças transmissíveis, como tuberculose e hanseníase, que exigem tratamento longo supervisionado. Apesar de úteis no controle epidemiológico, são poucos os dados na literatura a respeito dessa importante ação^{13,16}.

Na aids, infecção por HIV ou condição sorointerrogativa, a busca ativa proporciona benefícios¹², independentemente da estratégia utilizada: um ou dois casos que reingresssem já fazem diferença, pois o não seguimento desses pacientes pode interferir no desfecho da doença. A efetividade do contato telefônico pelo serviço social reforça a necessidade do trabalho multidisciplinar, mas outras alternativas também são necessárias.

Tratando-se de um grave problema de saúde pública, interlocuções envolvendo a atenção primária poderiam ser mais utilizadas para busca ativa dos casos de abandono identificados na presente pesquisa. A ESF foi implantada pelo Ministério da Saúde em 1994, visando à reorientação do modelo de atenção e à consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS). A estratégia veio buscar condições para que o sistema de saúde se aproximasse mais dos indivíduos, tornando-se mais humano, solidário e resolutivo^{17,18,19}. Em uma pesquisa desenvolvida no ano de 2009, no mesmo centro de atendimento em que foi desenvolvido o atual estudo, ficou estabelecido que a integração da equipe multidisciplinar tem um papel preponderante na adesão, o que ficou claro no momento atual, é que se precisa avançar mais nesse aspecto, uma vez que 33 (33,00%) pacientes apresentaram seguimento incompleto, segundo os critérios do estudo²¹.

Em relação aos portadores de Aids e HIV, a ESF proporciona atenção domiciliar que integra instrumentos que possibilitem a articulação de diferentes setores da sociedade, promovendo uma maior autonomia dos poderes na utilização das suas funções²⁰.

Uma possível explicação para que não se tenha recorrido à ESF é a desarticulação entre a rede básica e a rede especializada, que conhece os serviços municipais e provavelmente tem preocupação de manter sigilo sobre a doença ou a condição sorointerrogativa da criança e sua família na comunidade.

Uma observação importante é que o CT foi acionado mais de uma vez e atuou em 10 das 11 crianças, que tiveram seguimento incompleto. Tal fato talvez se deva ao conhecimento pela própria assistente social da dificuldade de abordagem dos núcleos familiares em questão.

Apesar de o seguimento interferir no desfecho do quadro da criança, sabe-se que não é o único fator determinante. O desfecho da criança é influenciado: pelo diagnóstico do HIV no pré-natal ou parto, pelo uso incorreto do AZT intravenoso intraparto e, posteriormente, do xarope e seus efeitos indesejáveis, pela qualidade do serviço de saúde especializado em que faz o seguimento, pela percepção da condição de soropositividade ou sorointerrogação, presença de comorbidades e, principalmente, pela expectativa diante do diagnóstico⁵.

CONCLUSÃO |

Em relação ao número de crianças expostas ao vírus HIV que tiveram seguimento incompleto no serviço de referência em que foi realizado o estudo, 17 (51,50%) pacientes não retornaram após a previsão de retorno para consulta, apesar de todas as estratégias utilizadas. Desses 3 (9,08%) tiveram posteriormente confirmação diagnóstico para HIV.

A proporção de reingresso após interrupção do seguimento foi de 16 (48,50%) dos 42 pacientes que tiveram seguimento incompleto. Apesar de ter sido feita busca ativa desses pacientes, a principal estratégia utilizada no SI-HINSG, no período estudado, o contato telefônico pelo serviço social, não se mostrou suficiente para resolver o problema.

As causas de seguimento incompleto foram principalmente relacionadas com o cuidador, de modo que maior atenção deverá ser dispensada para esclarecimento das famílias e acompanhantes sobre a importância da regularidade do acompanhamento até o fechamento do caso, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, o seguimento deve ser direcionado ao cuidador e ao paciente, já que a criança pequena exposta ao HIV depende do outro para que sua assistência se efetive.

Em se tratando do desejo de cuidar, refletido no ingresso precoce no serviço especializado, o cuidador não entende a história natural do HIV/Aids. Quanto mais informado estiver, melhor se dará a adesão ao seguimento, pois a informação reforça o desejo de cuidar, devendo ser dada, desde o início da gestação, no momento do aconselhamento sobre o teste anti-HIV no pré-natal.

Esse momento é também ideal para que se formem vínculos entre as equipes multidisciplinares e a família. Uma boa relação profissional de saúde-paciente ajuda a evitar o abandono, a identificar pontos de vulnerabilidade e a conscientizar sobre a importância da adesão ao seguimento.

Embora reforce a importância de cada profissional nos vários níveis do sistema de atenção à saúde e a necessidade de ter uma equipe integrada, é importante viabilizar outras estratégias que se mostraram pouco utilizadas, como a ESF, mesmo sendo reconhecida a complexidade referente ao sigilo que envolve pacientes com HIV/Aids.

O seguimento incompleto e o abandono de seguimento são fatores que podem interferir no desfecho da exposição à TV-HIV, reforçando a necessidade de melhorar a adesão, seja pela boa relação profissional de saúde-paciente e família e pela maior interlocução na rede de atenção em saúde, seja também pela otimização dos sistemas de informação em saúde para possibilitar a localização de pacientes que tenham deixado o Estado ou mesmo o município.

Como aponta este trabalho, muitos profissionais ainda resistem ao preenchimento adequado dos prontuários, importantes fontes de informações de estudos científicos. Espera-se que este estudo, de alguma forma, abra caminhos para novas pesquisas sobre seguimento dos pacientes expostos ao HIV.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Brito AM, Castilho EA, Szwarcwalds CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001; 34(2): 207-17.
- 2 - Nishimoto TMI, Neto JE, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Rev Assoc Med Bras.* 2005; 51(1): 54-60.
- 3 - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia

antirretroviral em gestantes: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

4 - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

5 - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2009/2010.

6 - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: Aids e DST versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2010/2011.

7 - Brambatti LP, Carvalho WMES. Adesão ao tratamento em pessoas vivendo Hiv/AIDS: barreiras e possibilidades. Rev Saúde Dist Fed. 2005; 16 (3/4):7-21.

8 - Seidl EMF et al. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. Psic: Teor. e Pesq. 2005; 21(3):279-88.

9 - Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. Rev Bras Enferm. 2010; 63(3):371-6.

10 - Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/Aids. Texto Contexto-enferm. 2007; (16)3:463-9.

11 - Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(1):1217-26.

12 - Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2009; 42(2):131-6.

13 - Schaurich D, Medeiros HMF, Motta MGC. Vulnerabilidades no viver de crianças com Aids. Rev Enferm UERJ. 2007; 15(2):284-90.

14 - Caraciolo JMM, Shimma E. Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids; 2007.

15 - Neves LAS, Gir E. Mães portadoras do HIV/Aids: percepções acerca da severidade da infecção. Rev da Esc de Enfermagem da USP. 2007; 41(4): 613-8.

16 - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

17 - Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(1):255-68.

18 - Souza ADS. Vulnerabilidade ao HIV/Aids: acompanhamento da criança exposta [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.

19 - World Health Organization. Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource limited settings: towards universal access - recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2006.

20 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2013 [atualizado 2011 jul 24; citado 2012 dez 23]. Atenção Básica e a Saúde da Família; [cerca de 5 telas]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

21 - Macedo CR, Frauches DO, Macedo RM, Moreira-Silva SF, Nader PRA, Lima APNB, et al. Preditores de mudanças nos regimes terapêuticos para o tratamento de Aids em crianças. Rev Soc Bras Med Trop. 2009; 42(6):666-71.

Correspondência para/ Reprint request to:

Cristina Ribeiro Macedo

Rua Orlando Caliman, 130, ap. 503

Jardim Camburi - Vitória - Es

Cep.: 29090220

E-mail: cristinarmacedo@gmail.com

Recebido em: 19-11-2012

Aceito em: 25-4-2012