

Editorial 1

Boletim Transmissão Vertical HIV... 2

Secretário Municipal de Saúde

Fernando Ritter

**Diretora da Diretoria
de Vigilância em Saúde**

Evelise Tarouco da Rocha

**Diretora da Diretoria
de Vigilância em Saúde Adjunta**

Juliana Maciel Pinto

**Chefe da Unidade de Vigilância
Epidemiológica**

Aline Vieira Medeiros

**Coordenação da Equipe de Vigilância
das Doenças Transmissíveis**

Jana Silveira da Costa Ferrer

**Coordenação de Núcleo da Vigilância
das Doenças Transmissíveis Crônicas**

Bianca Ledur Monteiro

**Membros da Equipe de Vigilância
das Doenças Transmissíveis**

Benjamin Roitman, Bianca Ledur Monteiro, Carolina Trindade Valença, Cristina Kley, Daniele Nunes Cestin, Elisângela da Silva Nunes, Fabiane Soares de Souza, Fernanda Vaz Dorneles, Flávia Prates Huzalo, Jana Silveira da Costa Ferrer, Jaqueline de Azevedo Barbosa, Juliana Alves da Silva, Juliana Gracioppo da Fontoura, Kátia Comerlato, Letícia Campos Araújo, Priscila Machado Correa, Raquel Borba Rosa, Raquel Carboneiro dos Santos, Rosa Maria Teixeira Gomes, Roselane Cavalleiro da Silva, Sandra Aparecida Dias Gomes, Simone Sá Britto Garcia, Sônia Eloisa Oliveira Freitas, Taíse Regina Braz Soares, Thaís Duarte Bonorino.

Revisão:

Patrícia Costa Coelho de Souza

Jornalista - MTb 5691 - DRT/RS

Sugestões e colaborações
podem ser enviadas para:

Av. Padre Cacique, 372 - EVDT

Menino Deus - Porto Alegre - RS

Acesso a esta e a edições anteriores:

<http://bit.ly/boletinsepidemiologicospoa>



**Prefeitura de
Porto Alegre**

SECRETARIA DE SAÚDE

Boletim Epidemiológico

Edição Especial - Transmissão Vertical do HIV

Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Crônicas - NVDT

Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis - EVDT

Unidade de Vigilância Epidemiológica - UVE

Diretoria de Vigilância em Saúde - DVS

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - SMS/PMPA

Editorial

Mar/24
90

Os últimos 12 anos são marcados pela implantação da testagem rápida nos serviços de atenção primária à saúde e nas maternidades (em 2012) e pela criação do Comitê Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis de Porto Alegre (em 2013), eventos que impactaram o cenário epidemiológico da transmissão vertical do HIV no município.

Nesta edição, analisamos a série histórica desse período com enfoque sobre o último ano, trazendo dados obtidos através de instrumentos de monitoramento utilizados pelo Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Crônicas, desenvolvidos e qualificados por uma enfermeira, acadêmicas de enfermagem e uma residente.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV 2024

Bianca Ledur Monteiro - Enfermeira do Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Crônicas (NVDT) EVDT/UVE/DVS/SMS/PMPA, Raíssa Borges Monteiro - Biomédica Sanitarista, residente em Vigilância em Saúde (ESP/RS), Angélica Konrath, Bruna Paulus Zembrowski e Vitória dos Santos Moreira - Acadêmicas de Enfermagem, Estagiárias do NVDT/EVDT/UVE/DVS/SMS/PMPA

Introdução:

A notificação de casos de gestantes vivendo com HIV está estabelecida na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, conforme a Portaria GM/MS Nº 2.010, de 27 de novembro de 2023.¹ A infecção pelo HIV em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV é compulsória desde 2000, de acordo com a Portaria nº 993, de 4 de setembro.² A Aids é de notificação compulsória desde 1986, enquanto a da infecção pelo HIV foi estabelecida em 2014 pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho.³

A vigilância epidemiológica da Gestante HIV+ e Criança Exposta foi iniciada em setembro de 2001 em Porto Alegre, sob competência da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis - EVDT. O registro dos casos era realizado no SINAN-WINDOWS (SINAN W, 1998 - 2007), mas, a partir da implementação do SINAN-NET (2007), a EVDT optou por manter o uso do SINAN-W e realizar a digitação de todos os casos nos dois sistemas. Esta escolha objetiva garantir a completude dos dados, visto que, no SINAN-NET, as notificações de Gestante HIV+ e Criança Exposta ao HIV foram desvinculadas e não há seção específica para inserção de dados de seguimento e desfecho de caso na ficha de criança exposta ao HIV. Contudo, o uso de um sistema descontinuado e a realização de dupla digitação de cada caso tornam o processo de trabalho moroso, atestando a urgência da implementação de instrumentos de vigilância de uso nacional e padronizado.

Diante das regulamentações e particularidades dos sistemas de informação disponíveis, é importante ressaltar que a comunicação à Vigilância Epidemiológica deve ser feita de forma distinta para os agravos, ou seja: a cada gestação são necessárias três notificações: Gestante HIV+, Criança Exposta ao HIV e Aids (nesta última, os critérios Rio de Janeiro/Caracas e CDC adaptado são listados para determinar se trata-se de infecção pelo HIV ou Aids). Cada gestação em mulheres vivendo com HIV deve ser notificada, visto que a partir da gestação teremos uma criança exposta ao HIV que deverá ser monitorada para garantir que não seja infectada pelo vírus. Em relação à infecção pelo HIV/Aids na pessoa que está gestante, também deverá ser preenchida a ficha de

notificação específica do agravo para registro no respectivo banco de dados. Em virtude de a pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA) ser portadora de uma doença até então incurável, carece de monitoramento e acompanhamento pelos serviços de saúde ao longo de toda a vida para receber o tratamento adequado e garantir seu bem-estar.

No entanto, apesar da obrigatoriedade, muitos serviços não notificam as gestantes (fato que se observa mais frequentemente nos serviços privados). A EVDT realiza vigilância ativa e, por meio de relatórios com dados obtidos de diversas fontes de busca, é possível identificar os casos mesmo após o nascimento das crianças.

Nos últimos cinco anos, conforme os Boletins Epidemiológicos (BE) do HIV/Aids publicados pelo Ministério da Saúde (MS), Porto Alegre ocupa o primeiro lugar, entre as capitais brasileiras, com a maior taxa de detecção de gestantes com HIV. Em relação à transmissão vertical do HIV, o MS não disponibiliza dados para uma análise comparativa em relação às outras capitais. O indicador usado pelo MS é a taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos, sem dados sobre a infecção pelo HIV. O Boletim Epidemiológico nº 87/2023⁴ da EVDT traz informações sobre o cenário epidemiológico do HIV e Aids no município de Porto Alegre.

Em 2018, através da Portaria nº 10, publicada em 29 de março no Diário Oficial da União,⁵ o MS criou a Comissão Nacional de Validação (CNV) da Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical (TV) do HIV no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para supervisionar o processo de certificação dos municípios que eliminaram a transmissão vertical do HIV. O objetivo é certificar municípios que tenham atingido critérios e indicadores previamente estabelecidos para eliminar a TV do HIV. Para tanto, o MS lançou um Guia com orientações aos municípios e estados sobre como conduzir o processo. Desde então, o Guia foi atualizado, tendo sua última versão divulgada como "preliminar" publicada em dezembro de 2023.⁶ O documento traz os critérios para a certificação, indicadores e metas para a certificação de eliminação, bem como indicadores e metas para a certificação por meio do selo de boas práticas rumo à eliminação. Além do HIV, o Guia contempla os agravos: sífilis, hepatite B e doença de chagas.

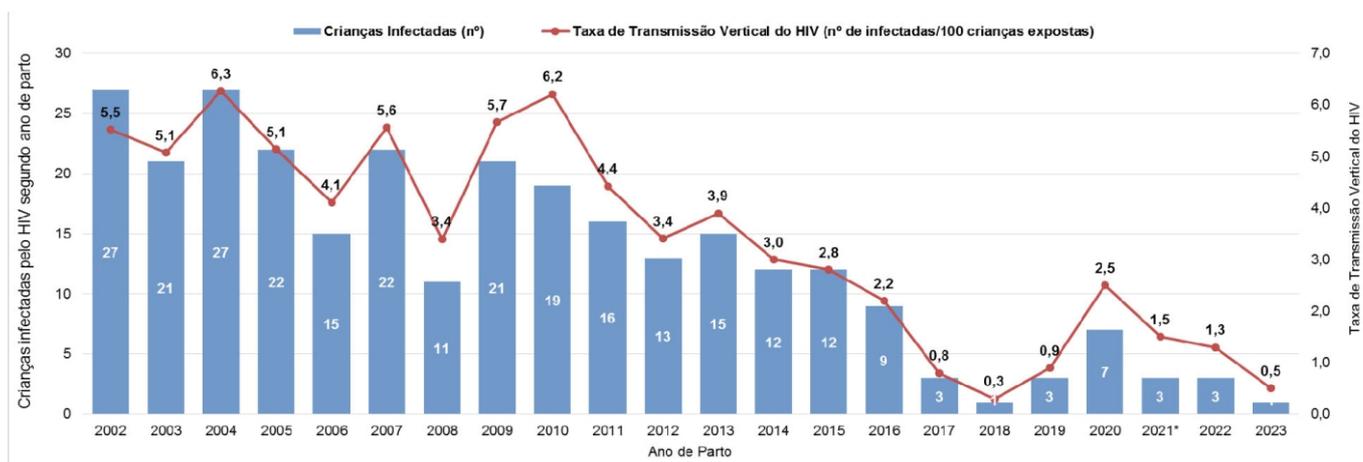
A Vigilância de Gestantes HIV+ e Crianças Expostas em Porto Alegre

Porto Alegre é a capital com maior taxa de detecção de gestantes infectadas pelo HIV no país, com 17 casos a cada 1.000 nascidos vivos (NV) (enquanto o Brasil apresenta 3,1 casos/1.000 NV). Conforme o boletim ministerial publicado em dezembro de 2023, o município ocupou o primeiro lugar no ranking da taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos (13 casos por 100 mil habitantes).⁷ É importante ressaltar que a taxa de detecção de aids em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador “intermediário” (proxy) para o monitoramento da transmissão vertical do HIV, e que decaiu aproximadamente 55% desde 2012 em todo o território nacional. Contudo, a vigilância epidemiológica de Porto Alegre solicitou revisão dos dados ao MS por identificar equívocos na contagem

do número de casos, visto que a capital gaúcha apresenta registro equivalente a 7,3 casos por 100 mil habitantes. A Coordenação Estadual de IST/Aids do Rio Grande do Sul foi consultada após a identificação da discrepância entre os boletins oficiais e confirmou os dados de Porto Alegre fornecidos pela EVDT. Estima-se que o equívoco seja retratado na próxima edição do boletim ministerial, em 2024.

A vigilância das gestantes HIV+ e das crianças expostas ao HIV realizada pela EVDT abrange todo o período pré-natal, parto e puerpério (quando a notificação ocorre em tempo oportuno). Através do seguimento de cada caso notificado ao longo de dois anos, o Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Crônicas (NVDTC) foi capaz de determinar e monitorar a taxa de incidência de novas infecções pelo HIV em crianças por ano de nascimento, bem como a taxa de transmissão vertical do HIV do município (Figura 1).

Figura 1. Crianças infectadas e taxa de transmissão vertical do HIV em Porto Alegre, 2002 – 2023.



Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024.

Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

O comportamento da taxa de transmissão vertical foi decrescente, mas oscilante entre 2002 e 2012 (ultrapassando os 6% em 2004 e em 2010), quando houve eventos determinantes para que uma tendência progressivamente decrescente fosse observada pelos cinco anos subsequentes: em janeiro de 2012, o Ministério da Saúde definiu, através da Portaria nº 77, que a testagem rápida para diagnóstico de HIV, detecção de sífilis e outros agravos fosse realizada pela Atenção Primária à Saúde no âmbito da atenção à gestante e suas parcerias sexuais.⁸ Em março do mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre- SMS estabeleceu a descentralização da testagem rápida para os serviços da APS através da Portaria nº 289⁹, contemplando a população em geral - visto que a Capital já apresentava a maior incidência de casos de aids na época. Essa iniciativa promoveu acesso ao

diagnóstico precoce e realização de tratamentos em tempo oportuno, visando evitar a transmissão vertical do HIV e a ocorrência de sífilis congênita. Além disso, promoveu o aumento da detecção de casos de HIV/Aids e sífilis adquirida em todo o município. Desde então, objetiva-se que todos os diagnósticos de HIV/aids realizados pelo SUS sejam determinados pela testagem rápida (tanto na atenção à gestante e suas parcerias sexuais como nos serviços da APS para o público em geral). A partir de 2013, a atuação do Comitê Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (CMPTVHS) foi determinante para o decréscimo do número de infecções pelo vírus em crianças expostas. Desde o início de suas atividades, o CMPTVHS promoveu a elaboração compartilhada de estratégias de enfrentamento à transmissão vertical através da

reunião periódica de representantes de todos os serviços de saúde envolvidos na atenção ao pré-natal, parto e puerpério da rede de saúde municipal - Vigilância Epidemiológica, Coordenação Municipal de ISTs, HIV, Sífilis e Hepatites Virais (CAIST), Atenção Primária (coordenadorias regionais e unidades de saúde), rede hospitalar, serviços de atendimento especializados (SAEs), além da Coordenação Estadual de IST/aids e do Ministério da Saúde. A cada reunião foram discutidos casos de alto risco para transmissão vertical do HIV e todos os casos de transmissão vertical do HIV, chegando a 213 casos discutidos em dez anos de existência, conforme lembrado em evento comemorativo realizado em junho de 2023.¹⁰

Vigilância Ativa e Monitoramento Qualificado

A vigilância ativa dos agravos de notificação compulsória que a EVDT realiza consegue amenizar o impacto da subnotificação nos indicadores municipais. Para as Gestantes HIV+, considerando que o desfecho de caso ocorre na atenção terciária, o acesso à informação é garantido para a Vigilância visto que os hospitais precisam prestar contas dos atendimentos realizados para receberem os insumos da CAIST, que disponibiliza relatórios para o NVDT. As informações que alimentam o banco de dados vêm, portanto, dos serviços de saúde de atenção primária (APS) e consultórios médicos, dos laboratórios de análises clínicas (através de relatórios enviados à EVDT), dos relatórios de testes rápidos (TR) preenchidos na APS e dos relatórios de maternidades onde constam dados de TR e dispensação de medicamentos para terapia antirretroviral (TARV). Desta forma, os dados apresentados neste BE refletem o real cenário do município de Porto Alegre, sem o viés da subnotificação.

No processo de trabalho rotineiro do NVDT, quando feita a notificação de Gestante HIV+ e Criança Exposta pelos serviços de saúde ou pela própria vigilância (quando um caso é identificado através de busca ativa), é realizada a qualificação da ficha, complementando-a e corrigindo-a com todas as informações disponíveis para garantir a confiabilidade do banco de dados. Após a qualificação, os casos são inseridos nos sistemas SINAN NET e SINAN W. Por fim, o caso é incluído também na planilha de monitoramento interna — instrumento criado no início de 2021, que vem sendo alimentado e incrementado desde então — o que permite, para o monitoramento das gestantes HIV+, o acompanhamento semanal das consultas de pré-natal na APS e no Alto Risco (PNAR), dos exames e das

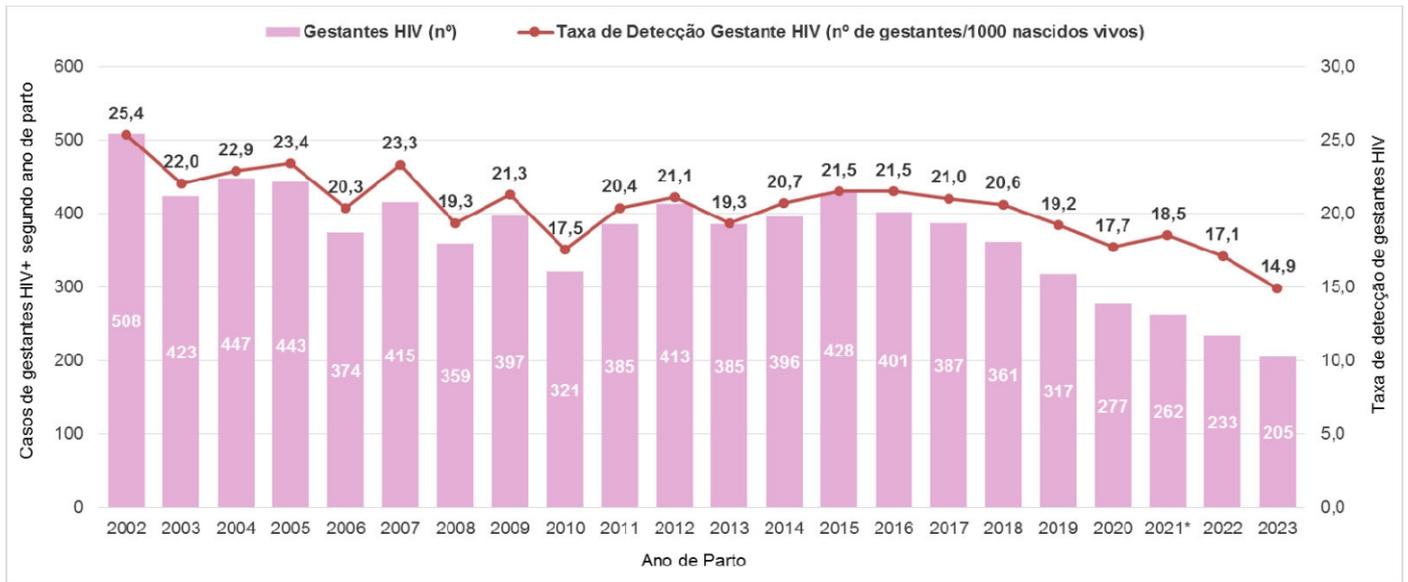
retiradas de TARV; e, para o monitoramento das crianças expostas ao HIV, o acompanhamento do seguimento laboratorial até o encerramento do caso. Quando necessário, é realizado contato com a unidade de referência do território da gestante HIV+ ou criança exposta, visando solicitar a realização de busca ativa, visitas domiciliares, intervenções ou consultas.

Para garantir a veracidade e completude das informações registradas nos bancos de dados oficiais, o NVDT realiza a investigação periódica dos casos nos diferentes sistemas de informação utilizados pela rede municipal de saúde: o prontuário eletrônico do cidadão (PEC/e-SUS), no qual consta todo o histórico de consultas da atenção primária à saúde (APS); o sistema de gerenciamento de consultas (Gercon), em que são solicitados à regulação os exames e consultas especializadas; o sistema de gerenciamento de internações (Gerint), no qual são solicitadas à regulação as internações hospitalares; o sistema de controle de exames laboratoriais (SISCEL/LAUDO), no qual são registrados todos os exames de acompanhamento das PVHA (carga viral do HIV e quantificação de linfócitos CD4+ e CD8+); e o sistema de controle logístico de medicamentos (SICLON), em que consta o histórico de dispensação dos medicamentos para TARV. Além disso, o NVDT desloca-se semanalmente até os hospitais que possuem maternidades para buscar suas fichas de notificação, bem como realizar a investigação de prontuários nos sistemas próprios dessas instituições. Este processo de trabalho permitiu o maior detalhamento dos dados epidemiológicos dos agravos, traduzindo de forma mais completa e fidedigna o contexto epidemiológico da capital gaúcha.

Gestantes HIV +

Desde a municipalização da vigilância do agravo, Porto Alegre apresentou um decréscimo de cerca de 60% no número de notificações de Gestantes HIV+. Em 2002, foram registrados 508 casos e, em 2023, foram 205 casos (Figura 2). Este cenário não reflete somente o resultado das ações de combate à epidemia generalizada de HIV/Aids em Porto Alegre (ainda vigente), mas acompanha a diminuição da taxa de fecundidade (nº de filhos por mulher em idade reprodutiva) e do crescimento vegetativo (nascimentos menos óbitos) observadas no Rio Grande do Sul e no Brasil,^{11,12} que foram também impactados pela pandemia causada pelo SARS-CoV-2 (Coronavírus) a partir de 2020.

Figura 2. Número de casos e taxa de detecção de gestantes com infecção pelo HIV (por 1.000 nascidos vivos). Porto Alegre, 2002 – 2023



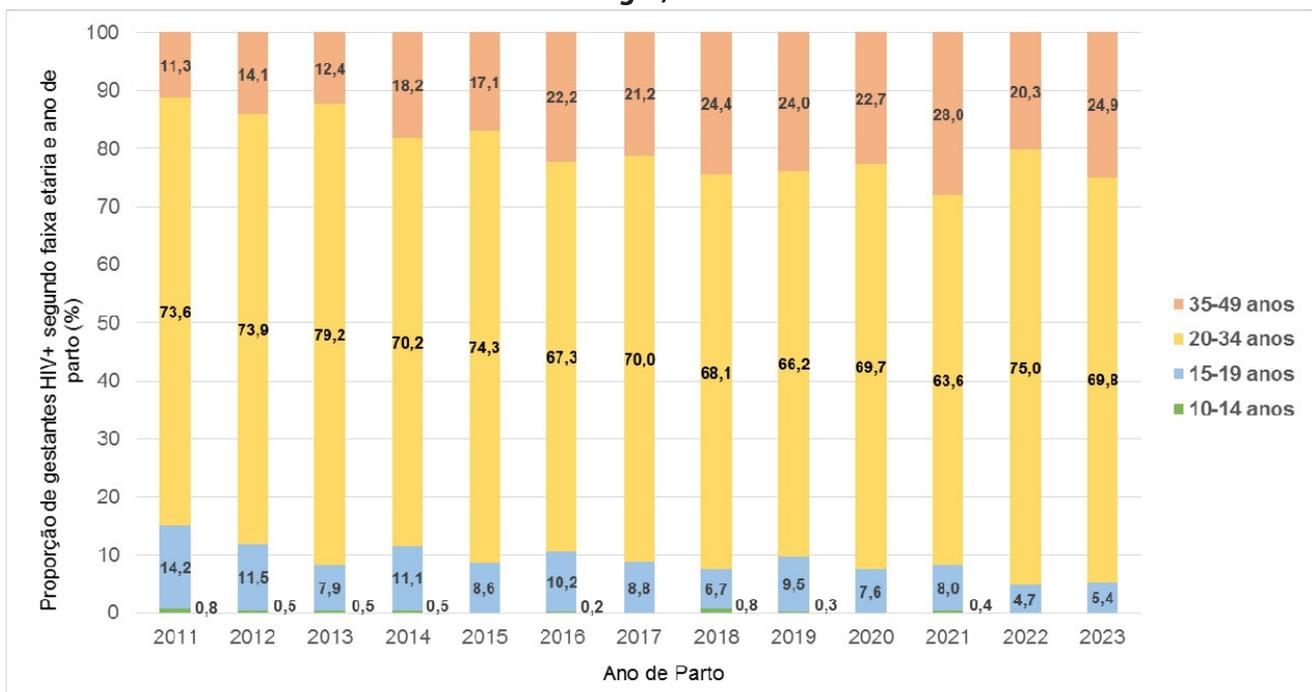
Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

A queda na taxa de detecção pode ser atribuída também à ampliação da oferta de LARCS (long-acting reversible contraceptives - métodos contraceptivos de longa duração) pela SMS. Esta ação impactou positivamente na prevenção da transmissão vertical, motivando a escrita de artigo apresentado no [XXIV Congresso da FIGO \(international federation of gynecology and obstetrics\)](#) e no XIV Congresso da Sociedade Brasileira de DST, no ano de 2023.

Apesar do decréscimo no número de casos, o

perfil das Gestantes HIV+ têm se mantido estável nos últimos 12 anos. A faixa etária predominante nesta população manteve-se entre 20 e 30 anos, representando aproximadamente 70% dos casos notificados desde 2011. Contudo, o número de gestantes HIV+ com idades entre 35 e 49 anos aumentou mais de 10% no período, enquanto a população com idades entre 15 e 19 anos diminuiu em proporção aproximada. O número de gestantes HIV+ com idades entre 10 e 14 anos não chegou a 1% (Figura 3).

Figura 3. Proporção de gestantes com infecção pelo HIV, segundo faixa etária e ano de parto. Porto Alegre, 2011-2023.



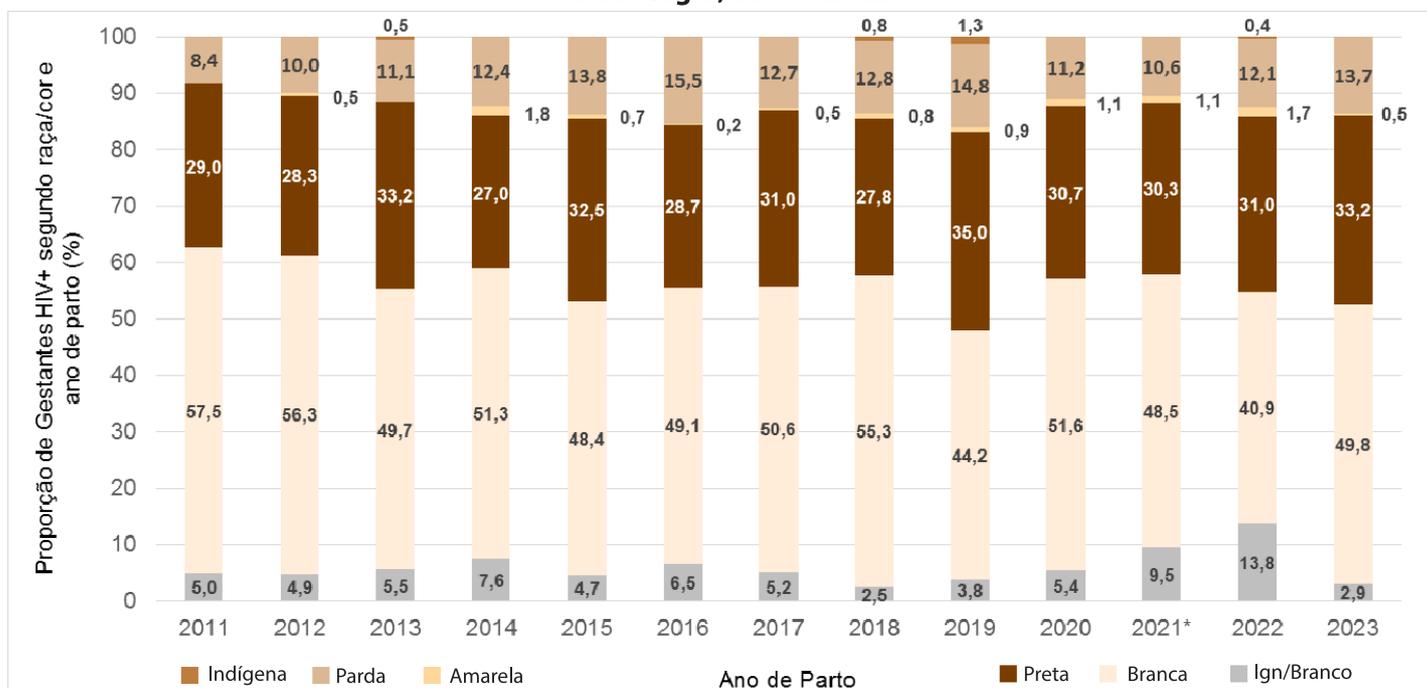
Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

O registro completo dos dados de identificação dos usuários é imprescindível para que seja possível conhecer o perfil epidemiológico de um agravo e elaborar estratégias de intervenção. Ainda assim, os campos para informação de “Raça/Cor” e “Escolaridade” são frequentemente negligenciados tanto nas fichas de notificação compulsória como nos diferentes sistemas de informação. Na Figura 4, observa-se que a notificação de gestantes HIV+ de raça/cor branca foi predominante no período analisado, variando de 44 a 57% do total de casos/ano. Já as gestantes HIV+ de raça/cor preta representara 27 a 35% dos casos/ano, e as de raça/cor parda de 8 a 15% dos casos/ano. As gestantes HIV+ autodeclaradas amarelas ou indígenas representaram, somadas, apenas 0,9% dos casos notificados em todo o período.

É importante ressaltar que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) determina a

população negra pela soma das pessoas autodeclaradas pretas e pardas. Desta forma, a população negra representa aproximadamente metade dos casos de gestantes HIV+ notificados em Porto Alegre anualmente. Segundo o Censo de 2022, 74% dos habitantes do município se identificam como brancos, enquanto 26% se autodeclararam negros (sendo 12,6% pretos e 13,4% pardos). Considerando essa proporção de pessoas brancas e negras em Porto Alegre, pode-se afirmar que o agravo Gestante HIV acomete muito mais mulheres negras do que brancas. Em novembro de 2023, a DVS publicou um Boletim Epidemiológico especial sobre a saúde da população negra, no qual é evidenciada a desigualdade racial neste e em diversos outros agravos: [Boletim Epidemiológico - População Negra \(DVS/SMS/PMPA\)](#).

Figura 4. Proporção de gestantes com infecção pelo HIV, segundo raça/cor e ano de parto. Porto Alegre, 2011 – 2023.

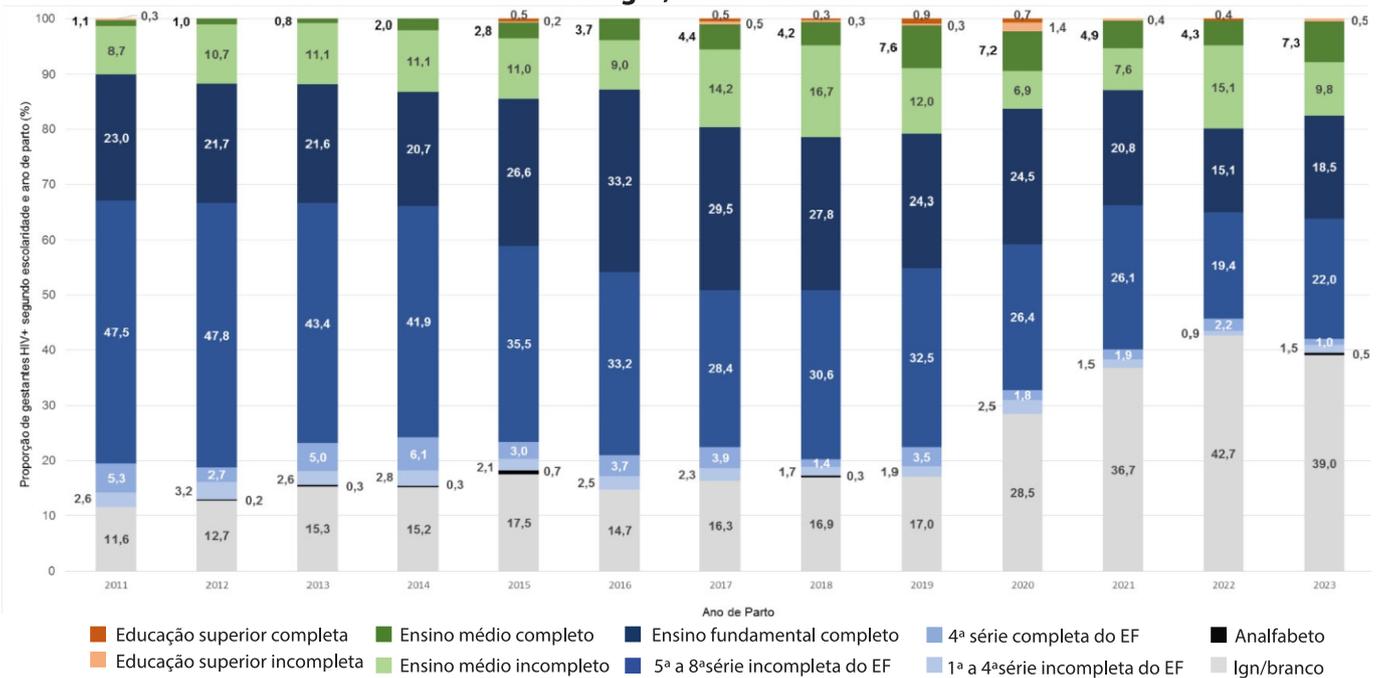


Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Quanto à escolaridade, as gestantes HIV+ que não concluíram o ensino fundamental representaram maioria entre 2011 e 2019 (variando de 32,5 a 47,8% dos casos), seguido das gestantes HIV+ com ensino fundamental completo (que variaram de 15,1 a 33,2% dos casos). A partir de 2020, a proporção de casos notificados assinalando “Ignorado/Branco” no campo específico ultrapassou 25%, chegando a 42,7% em

2022. Ainda assim, o grupo com ensino médio incompleto permaneceu no terceiro lugar em todo o período, representando 11,1% de todos os casos, seguido de 3,6% que concluíram o ensino médio. Por fim, dentre as 4.436 gestantes HIV+ notificadas entre 2011 e 2023, 23 (0,5%) chegaram ao ensino superior e apenas 11 (0,2%) concluíram-no (Figura 5).

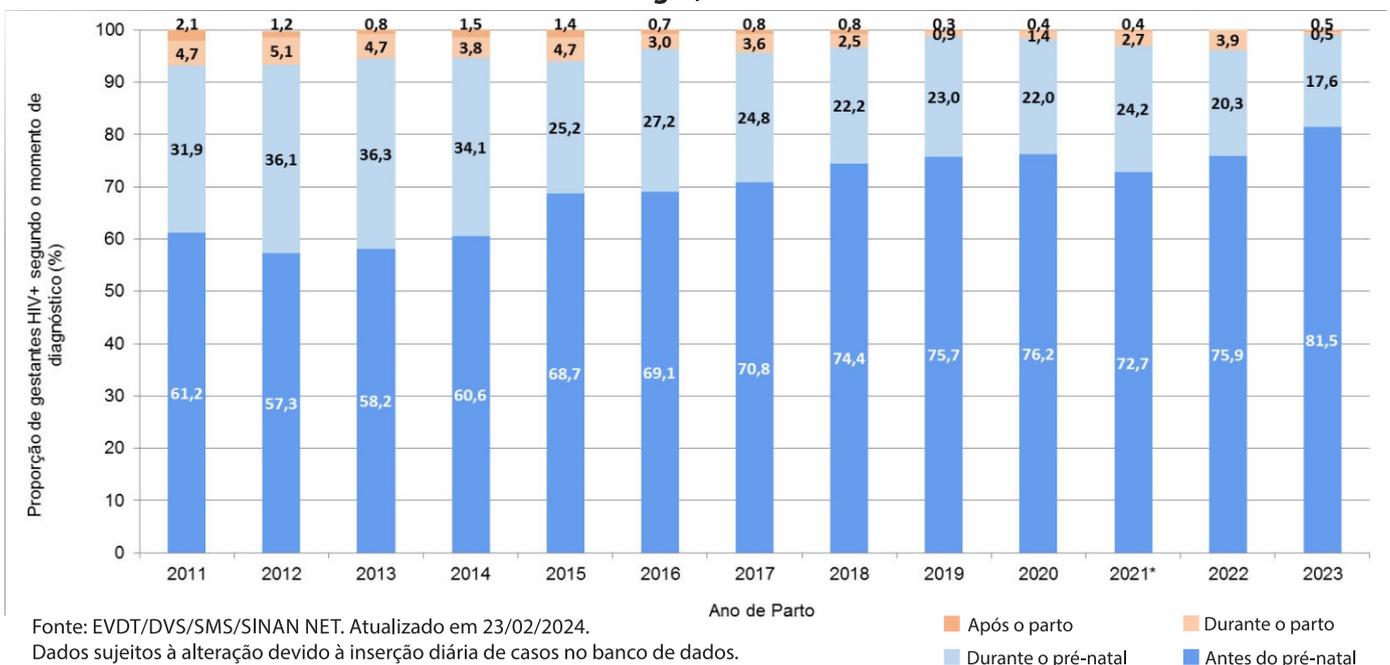
Figura 5. Proporção de gestantes com infecção pelo HIV, segundo escolaridade e ano de parto. Porto Alegre, 2011 – 2023.



A testagem rápida para diagnóstico do HIV na gestação é pautada em todas as publicações que abordam os fluxos de assistência ao pré-natal, desde os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, passando pelos guias elaborados pela Secretaria Estadual de Saúde para os serviços que atendam ao pré-natal, parto e puerpério em todo o Rio Grande do Sul, e, por fim, nos protocolos da SMS de Porto Alegre. A prevenção da transmissão vertical do HIV começa, idealmente, no planejamento reprodutivo e termina no descarte do diagnóstico da criança exposta, aos 12 ou 18 meses de vida completos. Desde a

publicação da portaria que descentralizou a testagem rápida em Porto Alegre, em 2012, houve aumento de aproximadamente 24% no número de notificações de gestantes HIV+ com diagnóstico conhecido antes do pré-natal, enquanto a parcela diagnosticada durante o pré-natal foi reduzida em 18,5%. Em 2023, 1% das gestantes HIV+ receberam diagnóstico durante ou após o parto (Figura 6). Esses dados refletem a ocorrência do diagnóstico precoce do HIV, o que possibilita intervenções, orientações, tratamentos e a diminuição da transmissão vertical, por consequência.

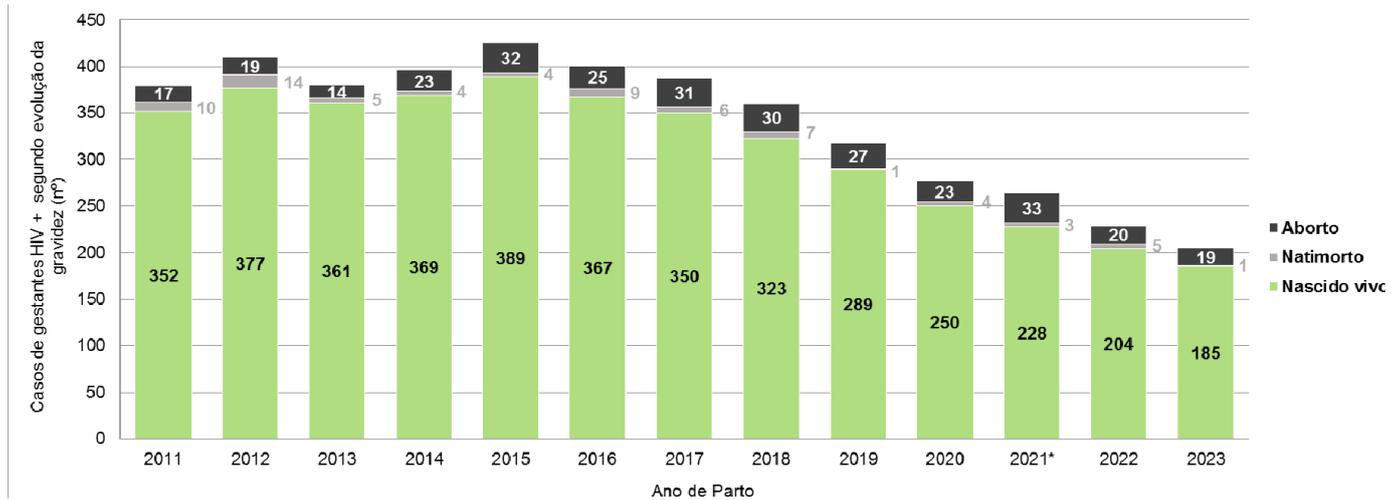
Figura 6. Proporção de gestantes com infecção pelo HIV, segundo o momento de diagnóstico. Porto Alegre, 2011 – 2023.



Quanto à evolução da gravidez, desde 2011 houve, em média, 24 abortos/ano e 6 natimortos/ano, correspondendo a 7,1% e 1,6% de todos os casos no período, respectivamente (Figura 7). Cerca de 90% das

gestações HIV+ têm como desfecho o nascido vivo — o que implica na notificação e acompanhamento de uma criança exposta ao HIV.

Figura 7. Casos de gestantes com infecção pelo HIV, segundo evolução da gravidez e ano de parto. Porto Alegre, 2011 – 2023.

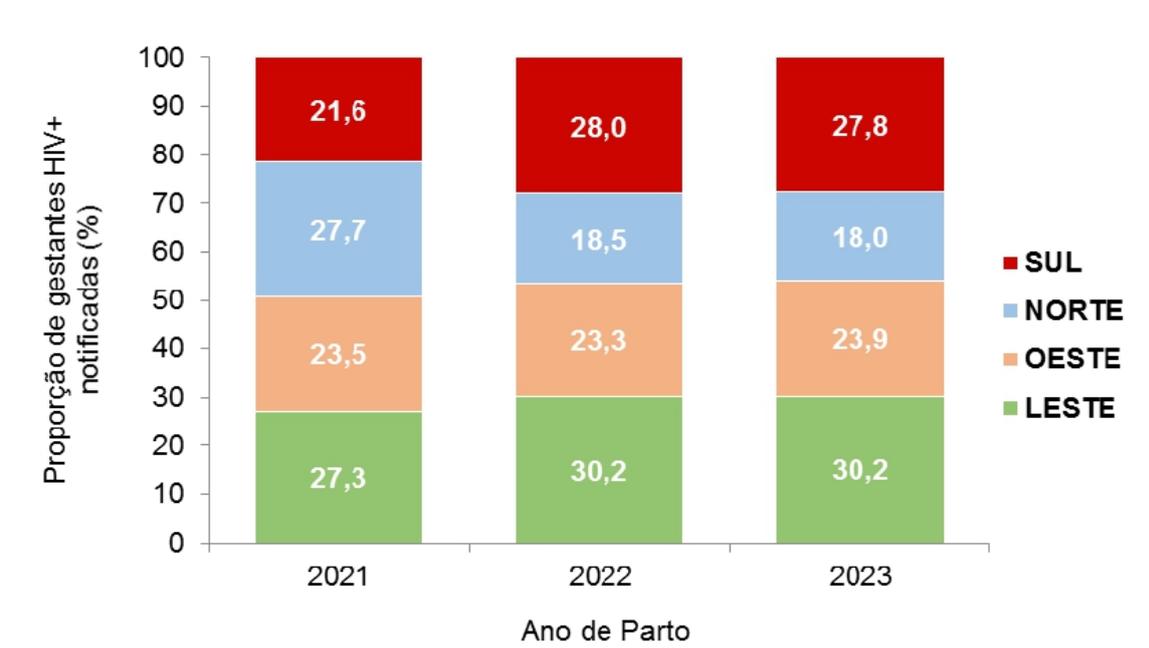


Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Em 2021, Porto Alegre foi redefinida quanto à sua divisão administrativa em quatro coordenadorias de saúde (CS), substituindo as oito gerências distritais (GD) utilizadas até então. A CS Norte foi composta pelas gerências Noroeste/Humaitá-Navegantes-Ilhas (NHNI) e Norte/Eixo Baltazar (NEB); a CS Sul foi composta pelas gerências Sul-Centro Sul (SCS) e Restinga (RES); a CS Leste, foi composta pelas gerências Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) e Leste -

Nordeste (LENO); e a CS Oeste foi composta pelas gerências Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) e Centro. Dentre todos os casos de Gestantes HIV+ notificados nesses últimos três anos (2021, 2022 e 2023), 29,1% vieram da CS Leste; 25,5% da CS Sul; 23,5% da CS Oeste; e 21,8% da CS Norte. A distribuição proporcional dos casos notificados segundo a Coordenadoria de Saúde e o ano de parto é apresentada na Figura 8.

Figura 8. Proporção de gestantes com infecção pelo HIV, segundo Coordenadoria de Saúde e ano de parto. Porto Alegre, 2021 a 2023.

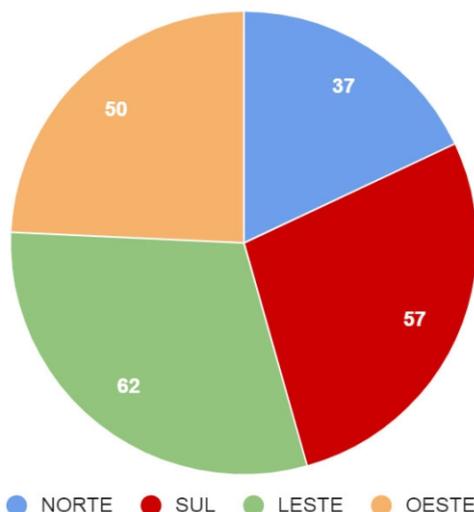


Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em 2023, foram registrados 308 partos de gestantes HIV+ em Porto Alegre, dentre os quais 102 (ou 33%) foram de gestantes que residem fora do município. Como apresentado na Figura 9, a CS Leste

apresentou maior número de casos (62) dentre os 206 partos de gestantes residentes de Porto Alegre, seguida das CS Sul (57 casos), Oeste (50 casos) e Norte (37 casos).

Figura 9. Número de partos de gestantes com infecção pelo HIV, segundo Coordenadoria de Saúde. Porto Alegre, 2023.

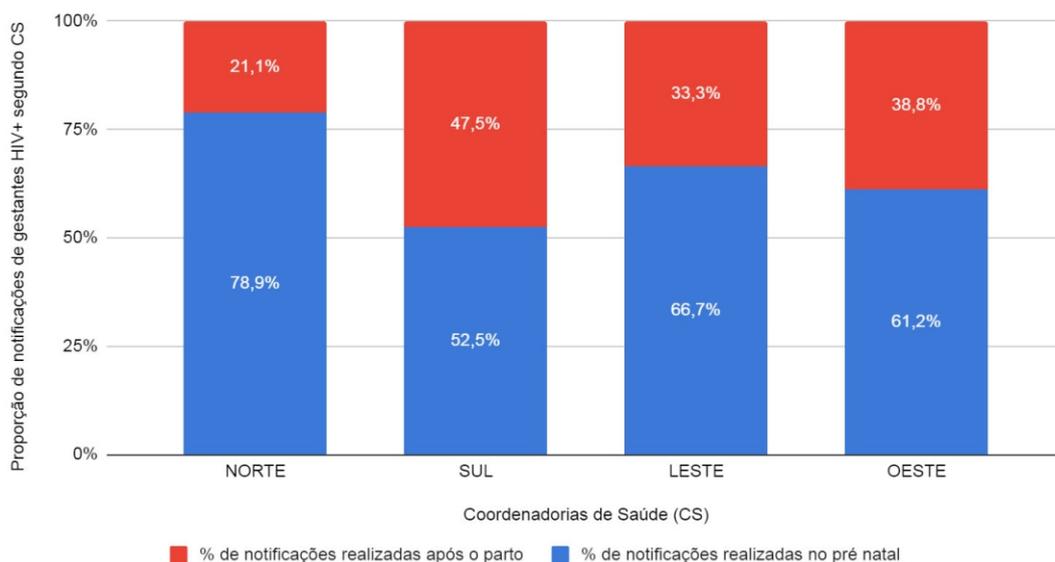


Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Para viabilizar o acompanhamento completo dos casos pelo NVDT/C e a intervenção da vigilância a favor do binômio (mãe e bebê), a notificação compulsória deve ocorrer na abertura de pré-natal da PVHA ou na data do diagnóstico, mediante evidência laboratorial (durante o pré-natal). Em 2021, considerando os casos de gestantes HIV+ que residiam no município de Porto Alegre e também os que residiam noutros municípios, 45,8% das notificações enviadas à Vigilância foram realizadas após o parto (124 casos). Em 2022, esse número

diminuiu para 39,5% (105 casos), mas aumentou novamente em 2023 para 50,6% (156 casos). Se considerados somente os casos de gestantes HIV+ residentes de Porto Alegre, 36,4% foram notificados após o parto, o que significa que, no período de um ano, 75 gestantes HIV+ realizaram acompanhamento de pré-natal sem ter seu caso notificado à Vigilância. A distribuição proporcional das notificações realizadas pelas CS durante o pré-natal ou após o parto é demonstrada na Figura 10.

Figura 10. Proporção e momento de notificação de gestantes com infecção pelo HIV, segundo Coordenadoria de Saúde. Porto Alegre, 2023.

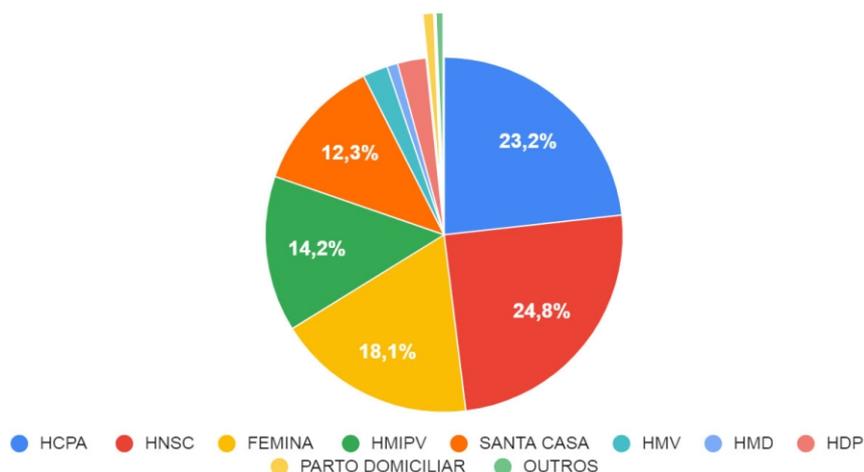


Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Dentre todos os partos de gestantes HIV+ realizados e notificados pelas maternidades de Porto Alegre em 2023, apenas 5,9% ocorreram na rede privada: oito no Hospital Divina Providência (2,6%), sete no Hospital Moinhos de Vento (2,3%) e três no Hospital Mãe de Deus (1%). Houve ainda três partos domiciliares

(1%) e dois partos ocorridos noutros municípios (0,6%) com transferência posterior para as maternidades de Porto Alegre. Assim, aproximadamente 93% dos partos no município foram realizados por instituições públicas ou que atendam ao SUS.

Figura 11. Proporção de partos de gestantes com infecção pelo HIV, segundo local de ocorrência. Porto Alegre, 2023



Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Criança Exposta ao HIV

A notificação compulsória da gestante HIV+ tem por objetivo final a prevenção da transmissão vertical através do acompanhamento da criança exposta ao vírus. Toda criança exposta ao HIV deve ser notificada à Vigilância, e em Porto Alegre, a notificação pode ser realizada através das duas diferentes versões de ficha de notificação: a de 2004, condizente com o SINAN W (denominada “Gestante HIV+ e Criança Exposta”), e a de 2009, condizente com o SINAN NET (denominada “Criança Exposta ao HIV”), mesmo que sejam inseridas separadamente no SINAN NET. Uma versão editável da ficha mais atualizada pode ser encontrada na Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde (BVAPS) através do link: [Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde - Notificação - Todas as Fichas de Notificação do SINAN](#).

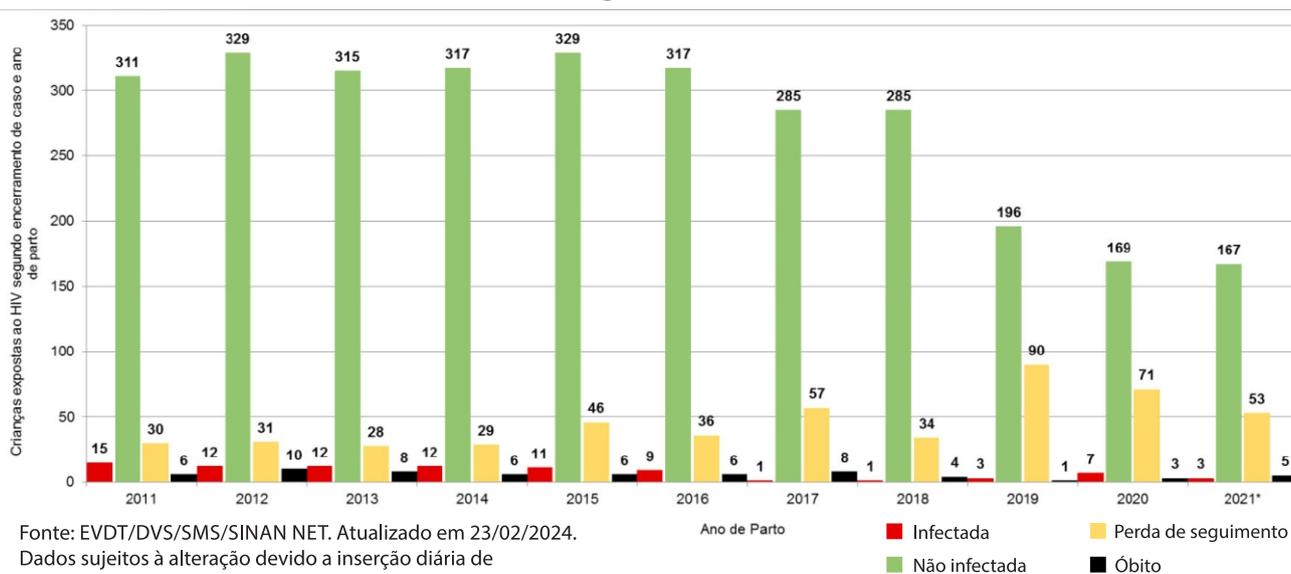
Conforme versão preliminar do PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, publicado pelo MS em dezembro de 2023¹³, o vínculo epidemiológico (exposição ao HIV na gestação, parto ou aleitamento materno) é fator presuntivo para suspeita da infecção pelo HIV. É sabido que a progressão da doença ocorre mais rapidamente em crianças devido à imaturidade imunológica, principalmente nas que foram infectadas intra-útero ou durante o parto. Neste contexto, o acompanhamento viabiliza o diagnóstico e a introdução precoce da TARV, a profilaxia das infecções oportunistas e o manejo dos distúrbios nutricionais, objetivando, em última

instância, a redução da morbimortalidade. Para tanto, o fluxo para seguimento da criança exposta ao HIV determina, dentre outros, a periodicidade dos exames para detecção do vírus e o esquema profilático com antirretrovirais.

Considerando que há passagem transplacentária de anticorpos IgG anti-HIV da mãe para o bebê, e que estes podem permanecer na circulação da criança por até 18 ou 24 meses, o diagnóstico em menores de dois anos é baseado em testes moleculares para detecção do material genético do vírus (carga viral e DNA pró-viral)¹³. É preconizada a realização de, no mínimo, quatro exames de carga viral em momentos distintos: ao nascimento, aos 14 dias de vida, às duas e oito semanas após o término da profilaxia com antirretrovirais (seis e 12 semanas de vida, respectivamente)¹³. A profilaxia, por sua vez, deve ser iniciada já na sala de parto, preferencialmente nas primeiras quatro horas após o nascimento, e dura 28 dias.¹³

O seguimento da criança exposta ao HIV é encerrado em quatro situações: confirmação do diagnóstico (infectada), descarte do diagnóstico (não infectada), perda de seguimento ou óbito. A perda de seguimento ocorre principalmente por mudança de município de residência e falta de acesso aos dados de outros municípios (no PEC, por exemplo), exames realizados na rede privada e fatores sociais. O encerramento de caso de todas as crianças expostas acompanhadas desde 2011 é apresentado na Figura 12.

Figura 12. Crianças expostas ao HIV segundo encerramento de caso e ano de parto. Porto Alegre, 2011 – 2023



As notificações de crianças expostas são realizadas, majoritariamente, pelo NVDTTC no recebimento da ficha de gestante HIV+ contendo informações de parto. Durante o acompanhamento dessas crianças, são poucos os serviços acessados pelo binômio que realizam a notificação de criança exposta ao HIV com os resultados dos exames de acompanhamento e demais informações atualizadas (como o endereço). Uma das maiores dificuldades observadas é a falta de interlocução entre a atenção primária e secundária (atendimento especializado) e a diversidade de sistemas de informação utilizada contribui para erros na comunicação entre os serviços envolvidos. Neste contexto, verificam-se falhas na linha de cuidado, pois o monitoramento dos casos não é realizado por completo, como preconizam as normativas do MS e secretarias da saúde — o que prejudica tanto os usuários quanto a Vigilância no processo de encerramento dos casos.

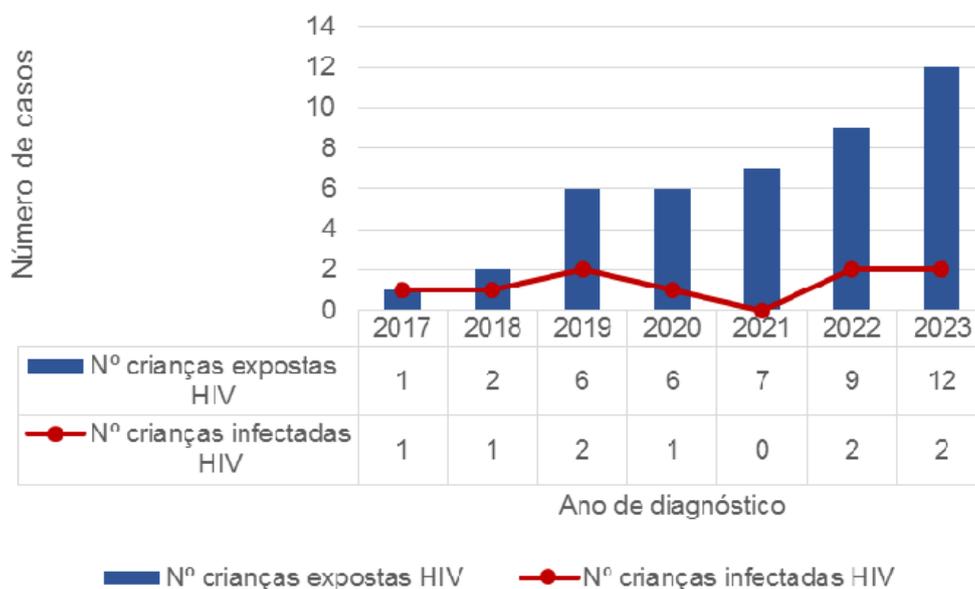
Nos últimos sete anos vem crescendo o número de notificações de crianças expostas ao HIV através da amamentação (Figura 13). Nesse cenário, o risco da infecção é conferido pela lactante infectada após o parto, ou seja: a que apresentou TR HIV com resultado não reagente na maternidade (enquanto parturiente/puérpera), e que não foi previamente notificada como gestante HIV+. Assim, a criança exposta ao HIV pela amamentação não está vinculada a uma gestante HIV+, e, para essa configuração específica, não há seção para registro de informações no SINAN.

Em 2017, o CMPTVHS discutiu um caso de transmissão vertical do HIV por aleitamento que

causou notável mobilização dos profissionais envolvidos. A partir de então, foi implementado um monitoramento direcionado a casos semelhantes nos serviços municipais, tendo sido publicada uma Nota Técnica que estabeleceu o protocolo para atendimento ao binômio em tais circunstâncias — com a oferta de Cabergolina para a lactante, a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e sorologias para o lactente. Em 2020, a EVDT lançou um Alerta Epidemiológico e também publicou dados sobre esse distinto cenário no [Boletim Epidemiológico da EVDT nº 78](#).

Atualmente, além da inserção dos casos de exposição ao HIV por aleitamento materno no SINAN, o NVDTTC alimenta uma planilha de monitoramento que inclui os exames realizados com suas datas, resultados e encerramentos. Na figura 13 são apresentados os casos notificados no período de 2017 a 2023, e o número vem aumentando a cada ano — o que pode se dever aos alertas emitidos pelo Comitê (sobretudo a Vigilância e a CAIST) aos profissionais que, conscientizados sobre o cenário, passaram a identificar e notificar os casos com mais frequência. Contudo, para a avaliação do gráfico, devem ser considerados fatores como a alta rotatividade de profissionais na APS e seu desconhecimento sobre as condutas pré e pós-exposição para orientar as lactantes em relação à transmissão do HIV pelo aleitamento materno. No processo de qualificação das informações, a análise do PEC frequentemente resulta na identificação de registros que atestam a falta de conhecimento das mulheres sobre essa via de transmissão em específico (o leite materno).

Figura 13. Número de crianças expostas e infectadas pelo HIV por aleitamento de mães com diagnóstico após gestação/parto/puerpério. Porto Alegre, 2017-2023.

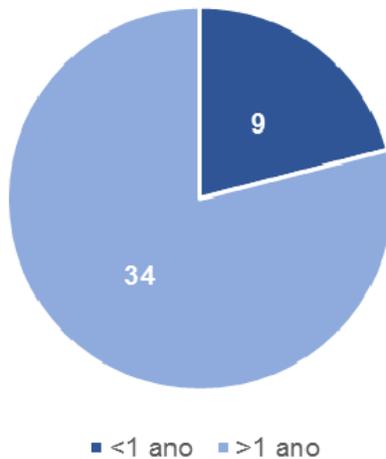


Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

No período analisado, 79,1% das crianças expostas por aleitamento tinham idade superior a um ano, correspondendo a 34 dentre os 43 casos notificados (Figura 14). O mesmo padrão se repetiu

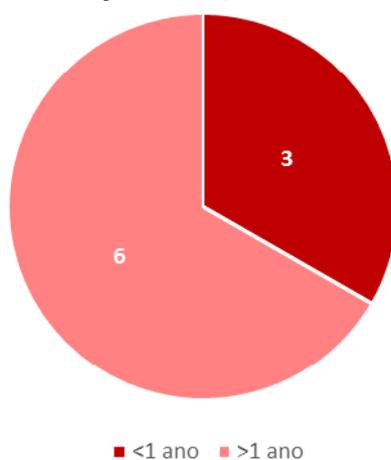
entre as crianças infectadas: seis dentre os nove casos notificados eram crianças com idade superior a um ano, correspondendo a 66,6% do total (Figura 15).

Figura 14. Faixa etária das crianças expostas ao HIV por aleitamento materno. Porto Alegre, 2017 – 2023.



Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Figura 15. Faixa etária das crianças infectadas pelo HIV por aleitamento materno. Porto Alegre, 2017- 2023.



Fonte: EVDT/DVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 23/02/2024. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Espera-se que a divulgação desses dados sensibilize os profissionais de saúde sobre a orientação, prevenção e educação de mulheres sobre

a relação entre o aleitamento materno e a exposição ao HIV, bem como a transmissão vertical do HIV.

Referências:

- 1- [Portaria GM/MS nº 2.010, de 27 de novembro de 2023](#)
- 2- [Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000](#)
- 3- [Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014](#)
- 4- [Boletim Epidemiológico 87/2023](#)
- 5- [Portaria nº 10, de 29 de março de 2018](#)
- 6- [Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas - Versão preliminar](#)
- 7- [Boletim Epidemiológico HIV/AIDS \(MS, 2023\)](#)
- 8- [Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012](#)
- 9- [Portaria nº 289, de 14 de março de 2012](#)
- 10- [Seminário destaca dez anos do Comitê de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis - Prefeitura de Porto Alegre](#)
- 11- [Crescimento populacional - Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul](#)
- 12- [RS registra menor taxa de crescimento vegetativo da série histórica em 2021](#)
- 13- [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes Módulo 1 - Diagnóstico](#)
- 14- [Nota Técnica](#)
- 15- [Boletim Epidemiológico da EVDT nº 78](#)