

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA

LEON CLAUDE SIDI

**ESTUDO DO TEMPO PARA O ENCAMINHAMENTO E ACESSO DE GESTANTES
VIVENDO COM HIV A UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

Rio de Janeiro

2022

Leon Claude Sidi

**ESTUDO DO TEMPO PARA O ENCAMINHAMENTO E ACESSO DE GESTANTES
VIVENDO COM HIV A UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas para obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Orientadores: Dra. Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos

Dra. Luciane de Souza Velasque

Rio de Janeiro

2022

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Manguinhos/Icict/Fiocruz - RJ

Sidi, Leon Claude.

Estudo do tempo para o encaminhamento e acesso de gestantes vivendo com HIV a um centro de referência no município do Rio de Janeiro / Leon Claude Sidi. - Rio de Janeiro, 2022.

60 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, 2022.

Orientadora: Valdiléia Gonçalves Veloso dos Santos.

Orientadora: Luciane de Souza Velasque.

Bibliografia: f. 46-49

1. HIV. 2. Gestante. 3. Regulação. 4. SISREG. 5. Encaminhamento. I. Título.

Leon Claude Sidi

**ESTUDO DO TEMPO PARA O ENCAMINHAMENTO E ACESSO DE GESTANTES
VIVENDO COM HIV A UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas para obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Sandra Wagner Cardoso (Presidente)
INI/FIOCRUZ

Dr. Ronaldo Ismério Moreira
INI/FIOCRUZ

Dr^a. Emilia Moreira Jalil
INI/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos e Luciane de Souza Velasque

A todos os professores do Mestrado

Ao meu grande amigo Esaú Custódio João Filho

Às Dras. Maria de Lourdes Benamor Teixeira e Maria Isabel Fragoso da Silveira Gouvêa

À Soraia Nogueira

À minha esposa, Patrícia

RESUMO

A prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um dos objetivos principais da assistência pré-natal das gestantes vivendo com HIV (GVHIV). O diagnóstico precoce com a testagem rápida para o HIV no primeiro trimestre de gestação, o acompanhamento especializado em centros de referência e a adesão tanto à terapia antirretroviral (TARV) quanto às consultas de pré-natal são fatores determinantes para reduzir a níveis indetectáveis a carga viral do HIV e o risco da transmissão vertical. Observamos no banco de dados do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Federal dos Servidores do Estado (DIP-HFSE) que em 2018, a idade gestacional média na 1ª consulta no HFSE das 297 GVHIV acompanhadas foi de 17 semanas e que 12,75% chegaram com 28 ou mais semanas de gestação. Foi realizada a coleta retrospectiva dos dados sociodemográficos, obstétricos e do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) nos prontuários de 184 GVHIV que iniciaram sua assistência pré-natal no HFSE entre janeiro e dezembro de 2019 para estudar fatores que podem ter impactado no tempo para o acesso e encaminhamento das GVHIV ao HFSE. Os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis foram utilizados para a comparação das medianas e o teste do qui-quadrado para a comparação das variáveis categóricas. O nível de significância considerado foi de 5%. O intervalo mediano entre as 1^{as} consultas do pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS) e no HFSE foi de 16 dias, sendo que observamos intervalos de tempo muito superiores à mediana em todas as regiões geográficas estudadas. A não revelação da soropositividade à família teve significância estatística no aumento do intervalo de tempo entre as consultas. O atraso na realização ou na obtenção do resultado do teste anti-HIV também teve impacto significativo, ocorrendo em diversas UBS de todas as regiões da cidade do Rio de Janeiro e de forma sistêmica no Município de Duque de Caxias. A mediana do intervalo de tempo entre a 1ª consulta nas UBS e a solicitação da regulação foi de 3 dias e de 7 dias entre a solicitação do agendamento no SISREG e a data agendada para o HFSE, mas diversas UBS situadas em todas as regiões geográficas apresentaram tempos muito superiores às medianas. Estes dados sugerem que os problemas relacionados aos procedimentos da assistência pré-natal na atenção primária ocorreram de forma dispersa em UBS de todas as regiões, inclusive em algumas UBS com desempenho satisfatório em outras GVHIV atendidas na mesma unidade, e que os fatores que impactaram no encaminhamento e acesso das gestantes ao HFSE foram ocasionados mais em função de problemas específicos relacionados às equipes profissionais e à gestão de determinadas UBS do que a falhas nas diretrizes da assistência pré-natal ou a problemas sistêmicos do SISREG.

Palavras – Chave: HIV; Gestante; Regulação; SISREG; Encaminhamento

ABSTRACT

The prevention of mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus (HIV) is one of the main objectives of prenatal care for pregnant women living with HIV (PLHIV). Early diagnosis with rapid testing to detect HIV in the first trimester of pregnancy, specialized follow-up at reference centers and adherence to both antiretroviral therapy (ART) and prenatal consultations are determining factors to achieve undetectable viral loads and reduce the risk of mother-to-child transmission. We observed in the database of the Infectious and Parasitic Diseases Department of the Hospital Federal dos Servidores do Estado (DIP-HFSE) that in 2018, the average gestational age at the 1st consultation at HFSE of 297 GVHIV was of 17 weeks and that 12.75% arrived with 28 weeks or more of gestation. A retrospective collection of sociodemographic, obstetric and National Regulatory System (SISREG) data was carried out in the medical records of 184 PLHIV who started their prenatal care at the HFSE between January and December 2019 to study factors that may have impacted the referral and access of the PLHIV to HFSE. The Mann-Whitney and Kruskal Wallis tests were used to compare the medians and the chi-square test for categorical variables. The level of significance considered was 5%. The median interval between the first prenatal consultations at the basic health units (BHU) and at HFSE was 16 days, but much greater intervals were observed in all geographic regions. The non-disclosure of seropositivity to the family had statistical significance in increasing the time interval between the first consultations. The delay to perform or to obtain the result of rapid HIV test also had a significant impact in the time interval and occurred in some BHU of all regions of the city of Rio de Janeiro and systematically in the city of Duque de Caxias. The median time interval between the first consultation at the BHU and the request for regulation was 3 days and 7 days between the request for an appointment at SISREG and the date scheduled for the first consultation at HFSE, but again, greater intervals were seen in several BHU located in all geographic regions. These data suggest that problems related to prenatal care procedures in the primary care units occurred in BHU of all regions, including in some BHU with satisfactory performance in other PLHIV attended in the same unit, and that the factors that impacted the referral and access of pregnant women to HFSE were due more as a result of specific problems related to professional teams and the management of certain BHU than to failures in prenatal care guidelines or systemic problems in the SISREG.

Keywords: HIV, referral, pregnancy, SISREG

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Percentual da população coberta pela assistência básica nos municípios do Estado do RJ em abril de 2020.....	14
Figura 1. Representação das Áreas de Planejamento e bairros do Município do Rio de Janeiro.....	21
Figura 2. Distribuição geográfica dos municípios da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.....	22
Figura 3. Número de GVHIV incluídas no estudo.....	24
Figura 4. Intervalo de tempo entre a 1ª consulta na unidade básica de saúde e a 1ª consulta no HFSE, por região da unidade básica responsável pela assistência pré-natal.....	32
Figura 5. Agendamentos para consultas de pré-natal de alto risco no período de janeiro de 2021 a junho de 2022.....	40
Figura 6. Agendamentos no Hospital da Mulher Heloneida Studart de janeiro de 2021 a junho de 2022.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas das GVHIV que iniciaram assistência pré-natal no HFSE no período de janeiro a dezembro de 2019.....	25
Tabela 2. Dados relacionados ao núcleo familiar e conjugal das GVHIV que iniciaram a assistência pré-natal no HFSE no período de janeiro a dezembro de 2019.....	26
Tabela 3. Dados clínicos e obstétricos das gestantes vivendo com HIV que iniciaram o acompanhamento pré-natal no HFSE no período de janeiro a dezembro de 2019.....	28
Tabela 4. Intervalo de tempo entre 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE das GVHIV encaminhadas pelo SISREG.....	29
Tabela 5. Variáveis de desfecho.....	30
Tabela 6. Variáveis de desfecho por idade gestacional na primeira consulta na UBS.....	30
Tabela 7. Variáveis de desfecho por região da UBS responsável pelo acompanhamento pré-natal.....	31
Tabela 8. Percentual de gestantes vivendo com HIV com intervalo de tempo entre 1ª consulta na UBS e 1ª consulta no HFSE > 15 dias, por região.....	31
Tabela 9. Percentual de testagem rápida para HIV na 1ª consulta na UBS, por região.....	32
Tabela 10. Percentual de gestantes vivendo com HIV com intervalo de tempo entre 1ª consulta na UBS e o resultado do exame anti-HIV > 30 dias, por região.....	33
Tabela 11. Revelação da soropositividade para o HIV à família e ao parceiro nas variáveis de desfecho.....	33
Tabela 12. Revelação a família sobre a soropositividade para o HIV.....	34
Tabela 13. Carga viral para o HIV pré-parto e a idade gestacional na 1ª consulta no HFSE.....	34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária em Saúde
ARV	Medicamento Antirretroviral
CV	Carga Viral do HIV
DUM	Data da última menstruação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GVHIV	Gestante vivendo com HIV
DIP-HFSE	Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Federal dos Servidores do Estado
HFSE	Hospital Federal dos Servidores do Estado
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IMPAACT	International Maternal Pediatric Adolescent AIDS Clinical Trials Network
MVHIV	Mulheres vivendo com HIV
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
REDCap	Research Electronic Data Capture
SER	Sistema Estadual de Regulação
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SISREG	Sistema de Regulação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO PRINCIPAL	17
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	17
4 METODOLOGIA	18
4.1 DESENHO DO ESTUDO	18
4.2 LOCALIDADE	18
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	18
4.3.1 Critérios de Inclusão	18
4.3.2 Critérios de Exclusão	18
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	18
4.5 CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	20
4.5.1 Idade gestacional (trimestre)	20
4.5.2 Carga viral próxima ao parto	21
4.5.3 Região dos endereços	21
4.5.4 Residência em comunidades	22
5 ASPECTOS ÉTICOS	23
6 RESULTADOS	24
6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	24
6.2 DADOS RELACIONADOS AO NÚCLEO FAMILIAR E CONJUGAL	26
6.3 DADOS OBSTÉTRICOS	27
6.4 GESTANTES ENCAMINHADAS PARA A UNIDADE DE REFERÊNCIA – HFSE - ATRAVÉS DO SISREG: ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DE DESFECHO	29
7 DISCUSSÃO	35
8 CONCLUSÃO	42
9 PRODUTO DO MESTRADO	44
REFERÊNCIAS	46
ANEXO A - FICHA DE COLETA DE DADOS	50
ANEXO B - PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	53
ANEXO C - FICHA DE COLETA DE DADOS DO PRODUTO DO MESTRADO	60

1 INTRODUÇÃO

Em 2020, segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana (UNAIDS), havia 37,6 milhões de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (PVHIV) no mundo com aproximadamente 27,4 milhões tendo acesso aos medicamentos antirretrovirais (ARVs), incluindo 84% das gestantes vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (GVHIV) (ESTATÍSTICAS, [s. d.]). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, (Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection, 2016), a maioria das diretrizes mundiais recomendam o tratamento universal para todas as PVHIV, independente do seu estado clínico, do nível de carga viral para o HIV ou contagem de linfócitos CD4/CD8, utilizada para a verificação da imunidade. O uso da terapia antirretroviral (TARV), que é um esquema terapêutico com dois ou três ARVs, reduz a mortalidade e as complicações relacionadas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), tanto das intercorrências infecciosas quanto das decorrentes de neoplasias ou de complicações inflamatórias (SANDLER; SERETI, 2014). O uso correto e sustentado dos esquemas antirretrovirais pode proporcionar uma expectativa de vida de mais 40 anos em países desenvolvidos (TEERAANANCHAI *et al.*, 2017). Esta estratégia de tratar todas as PVHIV é também uma forma de prevenção, na medida em que pessoas com cargas virais indetectáveis transmitem menos o vírus através do ato sexual (GRINSZTEJN *et al.*, 2014). Nas GVHIV, uma grande preocupação é evitar a transmissão vertical do HIV. No início da pandemia na década de 80, quando não estavam disponíveis medicamentos antirretrovirais, as taxas de transmissão vertical do HIV chegavam a 45% (VAN DYKE, 2011). O uso da TARV durante a gestação associado ao uso da zidovudina durante o parto e da administração de ARV profilaticamente aos recém-natos, além da restrição à amamentação, reduziu a transmissão vertical do HIV a percentuais menores de 1% (CHIAPPINI *et al.*, 2018). O sucesso da prevenção da transmissão vertical do HIV depende de inúmeros fatores, dentre os quais a identificação precoce da infecção pelo HIV nas gestantes utilizando testes rápidos com o consequente início da TARV, a adesão ao tratamento para reduzir a viremia a níveis indetectáveis, o acompanhamento por um especialista em infectologia ou médico devidamente treinado, a realização da genotipagem no início da gestação, o manejo adequado do parto (escolha da via de parto em função da carga viral) e da

adequada profilaxia com a administração de ARV durante o trabalho de parto e ao recém-nascido (LOVERO *et al.*, 2018). Em relação à adesão ao tratamento, o início precoce do acompanhamento pré-natal e o conseqüente aumento no número de consultas que antecedem o parto são preditores de uma melhor adesão à TARV (FARIA *et al.*, 2014).

As diretrizes nacionais de prevenção da transmissão vertical do HIV estão bem estabelecidas. Em MVHIV já em uso da TARV, a recomendação é de continuar com o uso da TARV caso engravidem, havendo necessidade de adaptar o esquema no primeiro trimestre para evitar o risco potencial de teratogenicidade. Nas GVHIV que não estão em uso da TARV, a recomendação é de iniciar a medicação em qualquer idade gestacional caso a gestante tenha sintomas ou esteja com a contagem de linfócitos CD4 menor que 350 células/mm³. Caso contrário, é recomendado que o profissional de saúde aconselhe a GVHIV sobre os riscos do uso da TARV no primeiro trimestre da gestação e decidir conjuntamente o melhor momento de iniciar o tratamento, sendo que a recomendação atual é de não postergar o início da TARV para depois da décima terceira semana de gestação. As diretrizes do Ministério da Saúde também recomendam a testagem para o HIV na primeira consulta do pré-natal em todas as gestantes, utilizando dois testes rápidos ou então dois métodos enzimáticos laboratoriais desde que o resultado não demore mais do que 14 dias. Estas diretrizes também recomendam uma nova testagem no terceiro trimestre da gestação e no parto em gestantes cujos testes foram negativos no primeiro trimestre, além da genotipagem do HIV em GVHIV (PCDT_PTV_HIV_CP_42_2020.PDF, [s. d.]).

Os protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Município do RJ determinam que as GVHIV devem ser encaminhadas para acompanhamento em serviços de referência (GUIAPRENATAL_REUNIDO.PDF, [s. d.]). Atualmente, de acordo com o Plano Nacional de Assistência Básica (BRASIL, 2017), a entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no pré-natal, se dá através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que tem a função de garantir a integralidade e a continuidade da assistência aos cidadãos. Desta forma, de acordo com os fluxogramas da Secretaria de Saúde do Município e do Estado do RJ e do Ministério da Saúde, cabe à Unidade Básica referenciar de imediato a GVHIV a uma unidade especializada. Isto é realizado através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Este é um sistema on-line que concentra as solicitações de encaminhamentos de pacientes para os serviços especializados (consulta ou exames complementares),

criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. O referenciamento aos centros especializados para o acompanhamento pré-natal das GVHIV é feito através de uma solicitação de regulação por parte da UBS ao SISREG. Desde 2012, no Município do RJ, as próprias UBS, através de um médico regulador da própria unidade, são as unidades reguladoras do agendamento e nos municípios da região metropolitana, esta regulação é na maioria dos casos centralizada nas Secretarias de Saúde (GUABIRABA; GOMES; MELO, 2022).

A nível nacional, os dados indicam que ainda há uma dificuldade de implementação das diretrizes estabelecidas. Em 2018 havia no Brasil 10,300 GVHIV. Apesar dos protocolos consolidados e do acesso universal à TARV, o intervalo de tempo mediano entre a data de início da gestação e o início da TARV em 2017 foi de 23 semanas. A proporção destas GVHIV que receberam todos os cuidados recomendados pelas diretrizes do Ministério da Saúde foi de 32%, (RELATÓRIO DE MONITORAMENTO CLÍNICO DAS GESTANTES VIVENDO COM HIV, [s. d.]).

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo foi conduzido no Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) que é um hospital federal situado na cidade do Rio de Janeiro e seu Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP-HFSE) tem sido referência no atendimento pré-natal das GVHIV desde o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) na década de 80. Além disto, o DIP-HFSE se consolidou como um importante centro de pesquisa na área da transmissão vertical do HIV e na infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, fazendo parte da rede IMPAACT (International Maternal Pediatric Adolescent AIDS Clinical Trials Network), que é uma rede de pesquisa financiada pelos National Institutes of Health dos Estados Unidos da América, que tem como objetivo fomentar pesquisas no campo do tratamento de crianças e adolescentes portadores do HIV e na prevenção da transmissão vertical.

Desde a implementação do SISREG, no ano de 2019, o DIP-HFSE oferece ao sistema de regulação um quantitativo expressivo de vagas para o atendimento pré-natal de GVHIV. No ano de 2019, foram disponibilizadas 25 vagas por semana para o primeiro atendimento das GVHIV no HFSE. Em virtude da longa tradição como referência no atendimento das GVHIV e em pesquisa, o Serviço também continuou recebendo gestantes diretamente encaminhadas por algumas Unidades de Saúde e gestantes já atendidas previamente no serviço em função de gestações anteriores sem que isso prejudicasse a capacidade de absorção das GVHIV referenciadas pelo SISREG. Consta no nosso banco de dados que no ano de 2018, foram acompanhadas 298 gestantes no HFSE, das quais 38 (12,75%) chegaram com 28 ou mais semanas de gestação. A idade gestacional média na 1ª consulta no HFSE foi de 17 semanas. Estes números apontavam para a existência de fatores que poderiam estar impactando no tempo para o início do acompanhamento especializado destas gestantes.

No Município do Rio de Janeiro, apesar de ter havido uma grande expansão das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) entre 2008 e 2012, passando de 0,2 a 1,1 equipes por 10,000 habitantes, ainda ficou bem aquém de outras cidades como, por exemplo, Belo Horizonte e São Gonçalo, respectivamente com 2,0 e 1,8 equipes por 10,000 habitantes (COSTA, 2016). Em abril de 2020, o percentual da população coberta pela rede de assistência básica no município do RJ era de 47,29%, bem abaixo do desempenho de outras cidades da região metropolitana do estado

(Quadro 1), a exceção de Duque de Caxias. O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica e portanto o percentual da população coberta pela assistência básica, seja através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou das UBS tradicionais é um fator determinante para um acesso ágil à assistência pré-natal. (“Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres”, [s.d.]).

Quadro 1. Percentual da população coberta pela assistência básica nos municípios do Estado do RJ em abril de 2020

MUNICÍPIO	% COBERTURA ESTRTEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	% COBERTURA ASSISTÊNCIA BÁSICA
Rio de Janeiro	40,96	47,29
Duque de Caxias	24,01	39,64
Nova Iguaçu	49,16	66,53
São João de Meriti	46,74	60,03
Nilópolis	59,45	100,00
Niterói	67,85	75,75
São Gonçalo	66,15	73,94
Maricá	77,04	92,12

Elaboração Própria.

Fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/>

A crise econômica e fiscal brasileira dos últimos anos teve um importante impacto no setor de saúde na cidade do Rio de Janeiro, com uma diminuição em 2018 no número de médicos trabalhando na atenção primária, uma redução de 8,4 % no acesso à atenção básica e uma importante redução no número de agentes comunitários de saúde. As despesas com ações e serviços públicos de saúde caíram de cerca de R\$ 5.000.000,00 em 2016 para R\$ 3.000.000,00 em 2018. A opção pela gestão das UBS pelo sistema de Organizações Sociais também facilitou a precarização e redução dos recursos humanos (O'DWYER *et al.*, 2019).

Em 2018 foram identificadas, segundo o Ministério da Saúde, 608 GVHIV no município do RJ. Destas, apenas cerca de 40% receberam todos os cuidados de assistência pré-natal recomendados pelas diretrizes nacionais e menos de 60% das GVHIV sem uso prévio da TARV fizeram a genotipagem pré-tratamento. No Estado do RJ, a taxa de detecção de AIDS em menores de 5 anos, que é um indicador para monitoramento da transmissão vertical no Brasil, foi de 5,9 casos por 100 mil

habitantes, bem superior à média nacional de 1,9 casos por 100 mil habitantes (Ministério da Saúde-boletim-hiv_aids-2020).

Este desmonte do sistema de Atenção Primária à Saúde no Município do RJ, particularmente nas áreas que tem uma menor taxa de cobertura da ESF, associada a baixa cobertura da assistência básica nos municípios da região metropolitana, poderia estar influenciando no tempo para o encaminhamento das GVHIV aos centros especializados, tanto pela dificuldade de acesso quanto pela falta de profissionais, falta de treinamento e/ou de recursos para testagem. Apesar da implantação do SISREG ter melhorado o acesso ao atendimento especializado em geral no município do Rio de Janeiro (Angélica Pereira, 2015), analisar as questões relacionadas à idade gestacional no primeiro acesso às UBS, à condução dos procedimentos relativos à testagem rápida para o HIV, à velocidade no encaminhamento da GVHIV à regulação no SISREG assim como o desempenho do SISREG no agendamento da primeira consulta nas unidades de referência pode apontar fatores que estejam impactando no acesso ágil ao acompanhamento pré-natal especializado.

O diagnóstico da infecção pelo HIV na gestação em curso é profundamente impactante para a mulher, que tem que lidar com o medo da doença em si própria e no seu bebê, o medo da discriminação social, familiar e do parceiro, dentre outros desafios (BASTOS *et al.*, 2019). Muitas MVHIV ocultam seu diagnóstico, em função do estigma, da culpa ou do medo de represálias. A dificuldade de revelação da soropositividade para o HIV ao parceiro ou ao núcleo familiar após o diagnóstico da gravidez pode ser um fator que contribui para o retardo na ida ao atendimento pré-natal especializado, pois isto gera questionamentos pela família e parceiros, que terão que ser enfrentados pela gestante. Muitas vezes, enquanto não é feita esta revelação, a GVHIV tem dificuldades em explicar o motivo de ter que realizar seu pré-natal em um hospital distante de casa. Por outras vezes, o diagnóstico durante a gravidez põe em xeque o atual relacionamento conjugal, tanto pela culpabilização pelo parceiro quanto pelo medo de contrair a infecção (AZEVEDO; GUILHEM, 2005). Este fator se torna ainda mais relevante na gravidez entre adolescentes, por geralmente se tratar de uma gravidez não planejada, além do fato de estar mais frequentemente associado a abusos sexuais e violência física, levando a adolescente a ocultar a gestação por medo ou vergonha, adiando os cuidados de pré-natal (CRUZ; PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS (BRAZIL), 2006). A GVHIV é duplamente vulnerável em relação ao emprego, visto que gestantes

já sofrem discriminação na busca por emprego, assim como as PVHIV (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011). O impacto de uma gestação não planejada em uma MVHIV também pode ser um fator contributivo para o prolongamento no tempo para o acesso ao atendimento especializado

A inclinação religiosa das GVHIV, na medida em que a religiosidade pode tanto ser um fator que ajude na aceitação e na adesão ao tratamento para proteger sua criança quanto um fator de vergonha, culpa e dificuldade de revelar o diagnóstico, poderia estar interferindo no acesso ao pré-natal. (NEVES; GIR, 2006).

Fatores socioeconômicos e demográficos também podem estar impactando no tempo decorrido até o atendimento pré-natal especializado. Com grande parte da população residindo em áreas de conflito armado em função do tráfico e das milícias, podem estar ocorrendo barreiras ao acesso ao atendimento básico em função disto, particularmente devido à resistência dos profissionais de saúde de trabalhar nestas localidades (BORGES; CANO; CABRAL, 2014). Da mesma forma, nas grandes áreas metropolitanas, a questão do transporte e da mobilidade urbana precária pode contribuir para um retardo no acesso aos centros especializados por parte de moradoras de baixa renda das periferias das cidades, na maioria das vezes exigindo a utilização de mais de um meio de transporte para ter acesso (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Na medida em que as diretrizes institucionais orientam para um encaminhamento e acesso das GVHIV aos centros especializados, estudar o intervalo de tempo entre o atendimento nas UBS e o atendimento na unidade de referência buscando identificar fatores que podem estar impactando nesse tempo, sejam estes relacionados diretamente ao funcionamento da rede assistencial/reguladora ou a questões sociodemográficas, econômicas ou culturais pode vir a contribuir para uma melhor assistência às GVHIV no Estado do Rio de Janeiro.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

- Estudar o tempo para o encaminhamento e acesso de GVHIV a um centro de referência no município do RJ

-

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Descrever as características sociodemográficas das GVHIV que realizaram sua assistência pré-natal no HFSE entre janeiro e dezembro de 2019.
- Identificar fatores regionais e locais da rede assistencial básica que impactam no tempo para o encaminhamento e acesso das GVHIV ao centro especializado
- Identificar barreiras socioeconômicas, familiares, geográficas e culturais específicas que impactam no tempo para o encaminhamento e acesso das GVHIV ao centro especializado
- Elaborar um sistema de coleta de dados nas unidades de referência, compartilhado em tempo real com o gestor municipal da assistência às PVHIV para monitorar parâmetros referentes ao fluxo do referenciamento das GVHIV às unidades de referência.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal e retrospectivo, com coleta de dados de prontuário de uma coorte de gestantes vivendo com HIV, acompanhadas no pré-natal em um centro de prevenção da transmissão materno-fetal do HIV.

4.2 LOCALIDADE

As gestantes foram acompanhadas durante o pré-natal no ambulatório do DIP-HFSE. O Serviço acompanha desde 1996 uma coorte de gestantes infectadas pelo HIV, sendo um dos centros de referência do Estado do Rio de Janeiro para a prevenção da transmissão materno-fetal do HIV.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foi realizada a coleta retrospectiva dos dados de prontuário do DIP-HFSE das GVHIV que iniciaram sua assistência pré-natal no período de janeiro a dezembro de 2019.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos os dados das GVHIV que realizaram sua primeira consulta de pré-natal especializado no DIP-HFSE no período de janeiro a dezembro de 2019.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as GVHIV que não foram referenciadas ao HFSE via SISREG.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Foram coletados dados dos prontuários, sendo verificados os registros médicos, de enfermagem e de assistentes sociais, cartões de pré-natal, entrevistas com psicólogas, resultados de exames e fichas de referenciamento. A rotina de acompanhamento pré-natal das GVHIV no DIP-HFSE inclui consultas

multidisciplinares nas áreas de infectologia, obstetrícia, enfermagem, assistência social e psicologia com formulários de visitas estruturados, o que permitiu que os dados deste estudo pudessem ser coletados.

Os seguintes dados foram coletados em uma ficha de coleta (**Anexo 1**) para a elaboração das variáveis:

- Idade na 1ª consulta no HFSE
- Endereço e região de moradia
- Raça/cor autodeclarada
- Religião
- Local de moradia
- Renda individual e familiar
- Uso de drogas ilícitas durante a gestação
- Via de encaminhamento (SISREG, encaminhamento direto)
- Endereço e região da UBS
- Data da última menstruação (DUM)
- Idade gestacional na 1ª consulta na UBS e no HFSE
- Se houve revelação da soropositividade à família e ao parceiro
- Estado civil
- Status sorológico do parceiro
- Planejamento da gravidez
- Início da TARV
- Data do diagnóstico do HIV
- Data da primeira consulta na UBS e no HFSE
- Data e região da UBS em que ocorreu a regulação no SISREG
- Data em que foi agendada a consulta no HFSE
- Data da testagem para o HIV no pré-natal

- Carga viral (CV) do HIV mais próxima ao parto

Foram calculadas as seguintes variáveis de tempo (variáveis de desfecho):

- Intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta na HFSE (variável de desfecho primário)
- Intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a data em que foi feita a solicitação da regulação no SISREG
- Intervalo de tempo entre a data em que foi feita a solicitação da regulação no SISREG e a data agendada para a 1ª consulta no HFSE
- Intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e o início da TARV
- Intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e o resultado do teste anti-HIV
- Intervalo de tempo entre a DUM e a 1ª consulta na UBS
- Intervalo de tempo entre a data agendada e a data da 1ª consulta no HFSE

Utilizamos o software REDCap (Research Electronic Data Capture) para construir o banco de dados e posteriormente exportar para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0, para fazer as análises estatísticas. A exploração de inconsistências e dos dados ausentes também foi realizada. Para descrever as variáveis do estudo foi utilizada a estatística descritiva. As variáveis contínuas foram expressas como mediana e as variáveis categóricas foram apresentadas como números e porcentagens. Os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis foram utilizados para a comparação das medianas e o teste do qui-quadrado para a comparação das variáveis categóricas. O nível de significância considerado foi de 5%.

4.5 CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.5.1 Idade gestacional (trimestre)

- 1º trimestre: 01-13 semanas de gestação
- 2º trimestre: 14 – 27 semanas de gestação
- 3º trimestre: Igual ou maior que 28 semanas de gestação

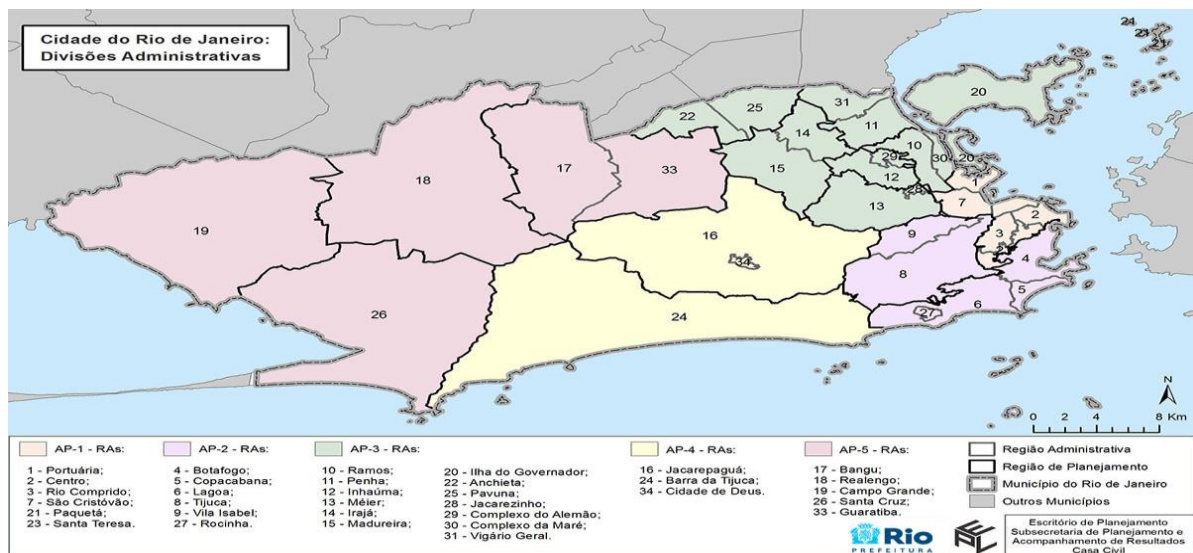
4.5.2 Carga viral próxima ao parto

A carga viral próxima ao parto foi definida neste estudo como a carga viral para o HIV coletada mais próxima ao parto, desde que a partir da 34^a semana de gestação.

4.5.3 Região dos endereços

A região de moradia e das UBS no Município do Rio de Janeiro foi definida utilizando o critério das Áreas de Planejamento utilizada pela Secretaria Municipal de Fazenda e Planejamento do Município do Rio de Janeiro e estão representados geograficamente na figura 1.

Figura 1. Representação das Áreas de Planejamento e bairros do Município do Rio de Janeiro



Fonte: Secretaria Municipal de Fazenda e Planejamento do Município do Rio de Janeiro.

As cidades foram incluídas como sendo da região da Baixada Fluminense utilizando o critério do Observatório do Trabalho do Governo do Estado do Rio de Janeiro ("1327008 - Fevereiro 2021 - Baixada Fluminense.pdf", [s.d.]). Foram definidas como sendo municípios da Baixada Fluminense as seguintes cidades: Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Queimados, Magé, Nilópolis, Guapimirim, Paracambi, Seropédica, Mesquita, Itaguaí, Japeri e Belford Roxo. Foi incluída uma GVHIV residente em Mangaratiba, que é um município que faz fronteira com a AP5 do município do Rio de Janeiro. A distribuição geográfica destes municípios está representada na figura 2.

Figura 2. Distribuição geográfica dos municípios da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: (FORTES; OLIVEIRA; SOUSA, 2020).

4.5.4 Residência em comunidades

Nos prontuários das GVHIV há o registro relacionado à percepção do seu local de moradia, declarando se residem no asfalto, comunidade ou área rural. O termo "comunidade" foi utilizado para fazer referência a conglomerados habitacionais com baixos índices de ordenamento urbano, saneamento e assistência estatal com um maior risco potencial de violência, historicamente chamados de favelas (PEREIRA; CASTRO; CHEIBUB, 2019).

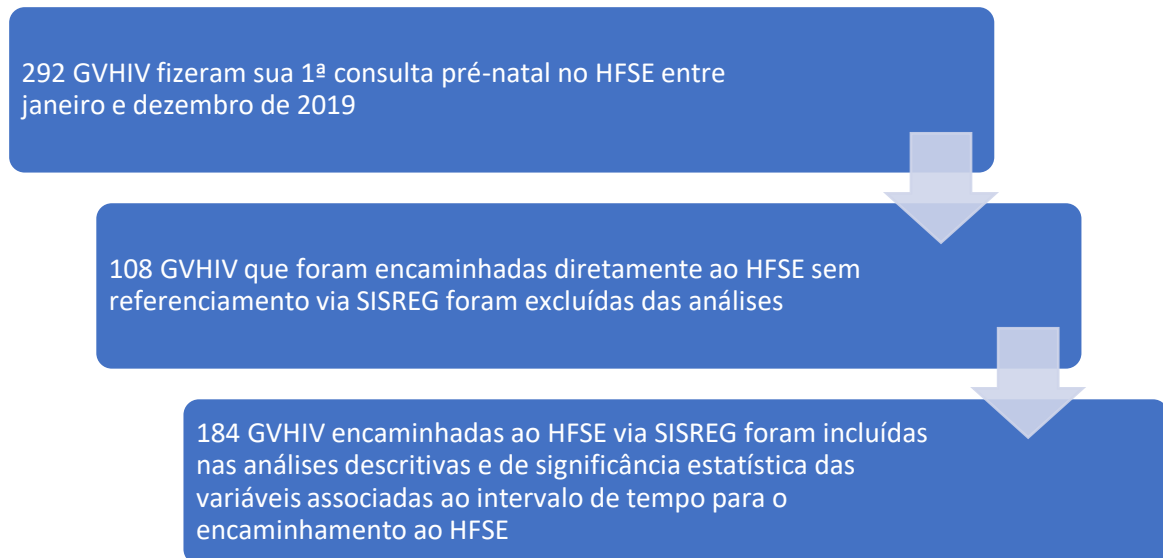
5 ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo de estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HFSE (CEP-HFSE) e aprovado em 14/07/2020. A versão final 3.0 foi aprovada pelo CEP-HFSE em 28/12/2021. O CEP-HFSE aprovou o termo de dispensa de obtenção de Termo de Consentimento Informado, visto que este é um estudo retrospectivo de análise de dados de prontuário no qual as participantes não se encontram mais em acompanhamento pré-natal. Foi garantido o anonimato das GVHIV, assegurando que qualquer informação pessoal nesta dissertação ou em futuras publicações não será disponibilizada.

6 RESULTADOS

Foram analisados os dados de 184 GVHIV que iniciaram a assistência pré-natal no DIP-HFSE de janeiro a dezembro de 2019 e que foram encaminhadas pelo SISREG (**Figura 3**).

Figura 3. Número de GVHIV incluídas no estudo



6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A mediana de idade das GVHIV do estudo foi de 27 anos, sendo que 63,1% tinham mais de 23 anos e 3,8% eram adolescentes menores de 18 anos.

A população parda e negra constituiu 73,3% do total.

O maior percentual de GVHIV residiam na AP5 (42,4%) e na AP3 (21,7%). Apenas 4,3% das GVHIV residiam na Baixada Fluminense.

Quase metade das GVHIV (48,8%) não dispunham de renda própria e 10,5% das suas famílias não apresentavam renda familiar fixa.

A religião preponderante entre as gestantes foi a protestante (37,9%), enquanto 31,6% das gestantes declararam não ter religião. O percentual de GVHIV que declararam morar em comunidades foi de 51,2% (**tabela 1**).

Tabela 1. Características sociodemográficas das GVHIV

Característica	N (%)
Idade (faixa etária em anos) (n=184)	
<18	7 (3,8%)
18 - 23	61 (33,1%)
24 - 29	45 (24,5%)
= ou > 30	71 (38,6%)
Raça (n=184)	
Branca	48 (26,1%)
Negra	47 (25,5%)
Parda	88 (47,8%)
Indígena	-
Outra	1 (0,5%)
Região de moradia (n=184)	
AP1	15 (8,2%)
AP2	10 (5,4%)
AP3	40 (21,7%)
AP4	32 (17,4%)
AP5	78 (42,4%)
Baixada Fluminense	8 (4,3%)
Sem endereço fixo (moradora de rua)	1 (0,5%)
Religião (n=174)	
Candomblé	7 (4,0%)
Católica	34 (19,5%)
Espírita	9 (5,2%)
Não tem	55 (31,6%)
Protestante	66 (37,9%)
Umbanda	3 (1,7%)
Renda familiar em salários-mínimos (n=171)	
sem renda	18 (10,5%)
< 1	32 (18,7%)
1-2	73 (42,7%)
2-3	35 (20,5%)
>3	13 (7,6%)
Residência em comunidades (n=172)	
sim	88 (51,2%)
não	84 (48,8%)

6.2 DADOS RELACIONADOS AO NÚCLEO FAMILIAR E CONJUGAL

A soropositividade ao HIV foi revelada à família por 81,7% das GVHIV revelaram ser soropositivas para o HIV à família e 81,4% não planejaram a gravidez.

Em relação ao status conjugal, 80,2% das GVHIV declararam ter parceiro fixo. Apesar de 89,0% dos parceiros estarem cientes do status sorológico para o HIV da GVHIV na sua primeira consulta no HFSE, 34,0% ainda não tinham realizado o teste rápido e desconheciam seu status sorológico para o HIV (**tabela 2**).

Tabela 2. Dados relacionados ao núcleo familiar e conjugal das GVHIV que iniciaram a assistência pré-natal no HFSE no período de janeiro a dezembro de 2019

CARACTERÍSTICAS	N (%)
Estado civil (n=182)	
Parceiro Fixo	146 (80,2%)
Sem parceiro fixo	36 (19,8%)
Status sorológico do parceiro (n=146)	
Positivo	39 (26,7%)
Negativo	58 (39,7%)
Desconhecido	49 (33,6%)
Revelação à família (n=142)	
Sim	116 (81,7%)
Não	26 (18,3%)
Revelação ao parceiro (n=145)	
sim	129 (89,0%)
não	16 (11,0%)
Gravidez planejada (n=183)	
sim	34 (18,6%)
não	149 (81,4%)

6.3 DADOS OBSTÉTRICOS

A entrada na rede assistencial básica para o atendimento pré-natal ocorreu após 60 dias da data da DUM em 66,7% das GVHIV com este dado disponível. Apenas 2,0% procuraram a assistência pré-natal nos primeiros 30 dias após a data da última menstruação. Em relação à idade gestacional no início do pré-natal nas UBS, 69,7% iniciaram seu atendimento no primeiro trimestre de gestação, 27,5% no segundo e 2,8% no terceiro trimestre de gestação (**tabela 3**).

Em relação ao acesso ao HFSE, 72 (39,1%) fizeram sua primeira consulta no 1º trimestre, 81 (44,0%) no 2º trimestre e 31 (16,9%) no 3º trimestre. A média da idade gestacional foi de 12 semanas na 1ª consulta na UBS e de 17,5 semanas na 1ª consulta no HFSE.

O diagnóstico da infecção pelo HIV ocorreu durante a gestação atual em 39,7% das GVHIV. Entre as já cientes do diagnóstico da soropositividade, 39,6% não faziam uso regular da TARV.

A CV próxima ao parto permaneceu acima de 1000 cópias em 19 das 163 GVHIV com o dado disponível em prontuário. Destas, 11 (57,9%) iniciaram o acompanhamento especializado no 3º trimestre. O percentual de gestantes com CV pré-parto > 1000 cópias foi de 8,5% (5/59) nas GVHIV cuja 1ª consulta no HFSE foi no 1º trimestre, 4,1% (3/73) no 2º e 36,7% (11/30) no 3º trimestre.

Entre as GVHIV que iniciaram a assistência pré-natal no HFSE no 3º trimestre, 61,3% iniciaram o acompanhamento pré-natal nas UBS no 2º ou 3º trimestre de gravidez.

A maioria das GVHIV (81,4%) não planejaram a gestação, entretanto apenas 37,4% estavam em uso de algum método anticoncepcional.

Tabela 3. Dados clínicos e obstétricos das gestantes vivendo com HIV que iniciaram o acompanhamento pré-natal no HFSE no período de janeiro a dezembro de 2019

Variável	n (%)
Tempo entre a data da última menstruação e a 1ª consulta na UBS (n=150) N (%)	
<30 dias	3 (2,0%)
30-60 dias	47 (31,3%)
>60 dias	100 (66,7%)
Idade gestacional em semanas na primeira consulta	
N (média)	
UBS (n=178)	178(12)
HFSE (n=184)	184(17,5)
Idade gestacional (trimestre) na 1ª consulta na UBS (n=178) N (%)	
1º trimestre	124 (69,7%)
2º trimestre	49 (27,5%)
3º trimestre	5 (2,8%)
Idade gestacional (trimestre) na 1ª consulta no HFSE (n=184) N (%)	
1º trimestre	72 (39,1%)
2º trimestre	81 (44,0%)
3º trimestre	31 (16,9%)
Diagnóstico da infecção pelo HIV antes desta gestação (n=184) N (%)	
não	73 (39,7%)
sim	111 (60,3%)
Idade gestacional em semanas na 1ª consulta no HFSE (n=185) N (mediana)	
Soropositividade conhecida antes da gestação	111 (16)
Soropositividade conhecida nesta gestação	73 (15)
Em uso regular da TARV antes da gravidez (n=184) N (%)	
sim	67 (36,4%)
não	117 (63,6%)
GVHIV com CV próxima ao parto >1000 cópias (n=19) N (%)	
1ª consulta no HFSE 1º trimestre	5 (26,3%)
1ª consulta no HFSE 2º trimestre	3 (15,8%)
1ª consulta no HFSE 3º trimestre	11 (57,9%)
GVHIV sem TARV com 1ª consulta na UBS no 2º trimestre: intervalo para início da TARV após 1ª consulta na UBS (n=28) N (%)	
mesmo dia	2 (7,1%)
<3 dias	1 (3,6%)
3-5 dias	1 (3,6%)
6-10 dias	6 (21,4%)
11-30 dias	8 (28,6%)
31-60 dias	4 (14,3%)
>60 dias	5 (17,9%)
Não fez uso	1 (3,6%)

6.4 GESTANTES ENCAMINHADAS PARA A UNIDADE DE REFERÊNCIA – HFSE - ATRAVÉS DO SISREG: ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DE DESFECHO

Dentre as 184 GVHIV encaminhadas pelo SISREG ao Hospital Federal dos Servidores do Estado, 6 foram atendidas em unidades de saúde da Baixada Fluminense, 15 da AP1, 10 da AP2, 42 da AP3, 34 da AP4 e 76 da AP5 e 01 de Mangaratiba. O percentual de comparecimento ao HFSE na data agendada foi de 94,7%.

A mediana do tempo entre a primeira consulta na UBS e a primeira consulta no HFSE foi de 16 dias nas GVHIV encaminhadas pelo SISREG. Porém o percentual de GVHIV encaminhadas pelo SISREG com o intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE superior a 15 dias foi de 51,4% (**tabela 4**).

Em 2019, 66 GVHIV atendidas no HFSE, encaminhadas pelo SISREG, apresentaram intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE superior a 30 dias. Dentre estas, 17 (25,8%) faltaram às consultas nas UBS ou à consulta agendada pela regulação. Neste grupo, 6 das 14 (42,9%) GVHIV com a informação disponível em prontuário não revelaram o diagnóstico às famílias, percentual significativamente superior ao percentual geral da coorte (18,2%).

Tabela 4. Intervalo de tempo entre 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE das GVHIV encaminhadas pelo SISREG

Intervalo de tempo entre 1ª consulta na UBS e 1ª consulta no HFSE (N=185)	N (%)
0-7 dias	48 (25,9%)
8-15 dias	42 (22,7%)
16-30 dias	28 (15,1%)
31-60 dias	30 (16,3%)
>60 dias	36 (20,0%)

O tempo mediano entre a 1ª consulta na UBS e a data em que foi realizada a solicitação da regulação via SISREG foi de 3 dias e a mediana do tempo entre a data da regulação e a data agendada da 1ª consulta no HFSE foi de 7 dias. No entanto o tempo máximo encontrado nesses intervalos foi de 217 dias e 75 dias (**tabela 5**). Os

intervalos de tempo das variáveis de desfecho diminuíram nas GVHIV que iniciaram a assistência pré-natal após o primeiro trimestre (**tabela 6**).

Tabela 5. Variáveis de desfecho das 184 GVHIV encaminhadas ao HFSE via SISREG

Intervalo de tempo (dias) entre 1ª consulta na UBS e 1ª consulta no HFSE n (mediana, <i>min</i> , <i>max</i>)	Intervalo de tempo (dias) entre 1ª consulta na UBS e a data da solicitação da regulação n (mediana, <i>min</i> , <i>max</i>)	Intervalo de tempo (dias) entre a data da solicitação da regulação e a data agendada p/ 1ª consulta no HFSE n (mediana, <i>min</i> , <i>max</i>)
179 (16, 1, 218)	179 (3, 0, 217)	180 (7, 1, 75)

Tabela 6. Variáveis de desfecho por idade gestacional na primeira consulta na UBS.

Idade Gestacional	Intervalo de tempo (dias) entre 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE (mediana)	Intervalo de tempo (dias) entre 1ª consulta na UBS e a data da solicitação da regulação (mediana)
Primeiro trimestre	16	4
Segundo trimestre	15	1
Terceiro trimestre	11	0

A mediana do tempo entre a solicitação da regulação e a data agendada pelo sistema para consulta na unidade especializada foi de 7 dias. Porém o intervalo variou de 1 a 75 dias. O intervalo de tempo entre a solicitação da regulação e a data agendada foi superior a 7 dias em 85 GVHIV, sendo que em 13 destas gestantes o intervalo foi superior a 30 dias, o que ocorreu em todas as regiões geográficas à exceção da AP2.

O tempo mediano entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE das gestantes encaminhadas pela AP2 foi inferior às demais, e as da Baixada Fluminense e de Mangaratiba foi superior (p-valor = 0,024) (**tabela 7**). 10,0% das GVHIV provenientes da AP2 e 83,3% da Baixada Fluminense apresentaram o intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE superior a 15 dias. (**tabela 8**). Porém a Baixada Fluminense apresentou o menor intervalo de tempo entre a data do agendamento no SISREG e a consulta no HFSE (p-valor = 0,018). O valor máximo (dias) entre o intervalo de tempo da 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE foram muito distantes das medianas em todas as regiões das UBS (**figura 4**).

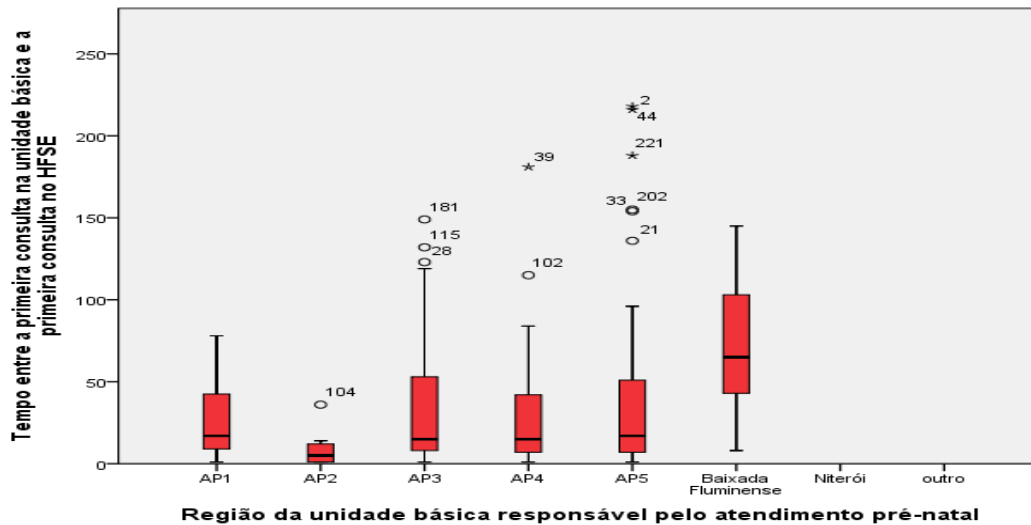
Tabela 7. Variáveis de desfecho por região da UBS responsável pelo acompanhamento pré-natal

Região da UBS	Intervalo de tempo (dias) entre 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE n (mediana, <i>min</i> , <i>max</i>)	Intervalo de tempo (dias) entre 1ª consulta na UBS e a data da solicitação da regulação n (mediana, <i>min</i> , <i>max</i>)	Intervalo de tempo (dias) entre data da solicitação da regulação e a data agendada p/ 1ª consulta no HFSE n (mediana, <i>min</i> , <i>max</i>)
AP1	15 (17, 1,78)	15 (4, 0,77)	15, (12, 1, 45)
AP2	10 (5, 1,36)	10 (1, 0,44)	10, (5, 1, 13)
AP3	42 (15, 1,149)	42 (4, 0,148)	42, (8, 1, 73)
AP4	34 (15, 1,181)	34 (0, 0,161)	34, (7, 1, 75)
AP5	76 (17, 1,218)	76 (1, 0,217)	76, (7, 1, 63)
Baixada Fluminense	6 (65, 8,145)	6 (51, 7,145)	6, (1, 1, 27)
Mangaratiba	1 (46, 46, 46)	1 (0,0,0)	1 (46, 46, 46)
<i>p valor</i>	0,024	0,045	0,018

Tabela 8. Percentual de gestantes vivendo com HIV com intervalo de tempo entre 1ª consulta na UBS e 1ª consulta no HFSE > 15 dias, por região

Região da UBS responsável pelo atendimento pré-natal	(%)
AP1	60% (9/15)
AP2	10,0% (1/10)
AP3	47,6% (20/42)
AP4	47,1% (16/34)
AP5	51,3% (39/76)
Baixada Fluminense	83,3% (5/6)

Figura 4. Intervalo de tempo entre a 1ª consulta na unidade básica de saúde e a 1ª consulta no HFSE, por região da unidade básica responsável pela assistência pré-natal



Foi realizado o teste para o HIV em 122 das 184 GVHIV encaminhadas via SISREG. As demais gestantes não realizaram por já estarem cientes de sua soropositividade. Em 17 GVHIV, o teste não foi realizado na 1ª consulta na UBS, sendo que em 11 o intervalo de tempo entre a primeira consulta na UBS e o resultado do anti-HIV foi superior a 30 dias. Todas estas 11 gestantes tiveram o diagnóstico na gestação em curso. Neste grupo de 11 gestantes a mediana de intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a data da solicitação da regulação foi de 110 dias. O percentual de GVHIV que foram testadas para o HIV na 1ª consulta na UBS e obtiveram o resultado no mesmo dia foi menor na Baixada Fluminense (**tabela 9**) e o percentual das que obtiveram o resultado do exame anti-HIV com mais de 30 dias foi significativamente superior nesta região (p-valor <0,001) (**tabela 10**). O intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a data da realização do exame anti-HIV impactou diretamente o tempo para o acesso ao HFSE (p-valor = 0,002).

Tabela 9. Percentual de testagem rápida para HIV na 1ª consulta na UBS, por região

Região da UBS responsável pelo atendimento pré-natal	%, (n/n total)
AP1	90,0% (9/10)
AP2	100,0% (6/6)
AP3	88,9% (24/27)
AP4	85,0% (17/20)
AP5	90,6% (48/53)
Baixada Fluminense	20,0% (1/5)

Tabela 10. Percentual de gestantes vivendo com HIV com intervalo de tempo entre 1ª consulta na UBS e o resultado do exame anti-HIV > 30 dias, por região

Região da UBS responsável pelo atendimento pré-natal	%, (n/n total) (p valor < 0,001)
AP1	0,0% (0/10)
AP2	0,0% (0/6)
AP3	7,4% (2/27)
AP4	5,0% (1/20)
AP5	7,5% (4/53)
Baixada Fluminense	60,0% (3/5)

Não revelar que era soropositiva para o HIV à família foi associado ao maior intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE ($p = 0,036$), ao intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a data em que foi solicitada a regulação (**tabela 11**) ($p = 0,014$) e saber ser soropositiva para o HIV na gestação atual ($p < 0,001$) (**tabela 12**). A revelação ao parceiro, gestações planejadas e status conjugal não foram associadas às variáveis de desfecho analisadas.

Tabela 11. Revelação da soropositividade para o HIV à família e ao parceiro nas variáveis de desfecho

Características	Intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE n (mediana)	Intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a data da solicitação da regulação n (mediana)	Intervalo de tempo entre a data da solicitação da regulação e a data agendada para a 1ª consulta no HFSE n (mediana)
Revelação à família			
sim	112 (15)	112 (1)	113 (7)
não	25 (30)	25 (17)	26 (7)
<i>p - valor</i>	0,036	0,014	0,667
Revelação ao parceiro			
sim	125 (15)	126 (1)	125 (7)
não	16 (42)	15 (15)	16 (8)
<i>p - valor</i>	0,143	0,071	0,424

Tabela 12. Revelação à família sobre a soropositividade para o HIV e momento do diagnóstico da soropositividade (p-valor < 0,001)

Diagnóstico do HIV nesta gestação	REVELAÇÃO À FAMÍLIA N (%)	
	SIM	NÃO
SIM	36 (63,2%)	21 (36,8%)
NÃO	80 (94,1%)	5 (5,9%)
TOTAL	116	26

O intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE foi associado à idade gestacional na 1ª consulta no HFSE (p-valor <0,001).

CV próxima ao parto > 1000 cópias foi associada a idade gestacional na 1ª consulta no HFSE (p-valor < 0,001) (**tabela 13**) e ao intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE (p-valor = 0,021).

O intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e o início da TARV foi associado a CV próxima ao parto (p-valor = 0,005).

Tabela 13. Carga viral para o HIV próxima ao parto e a idade gestacional na 1ª consulta no HFSE

CARGA VIRAL PRÓXIMA AO PARTO	1º trim n (%)	2º trim n (%)	3º trim n (%)	p valor
Indetectável	47 (79,7%)	62 (84,9%)	16 (53,3%)	<0,001
40 - 100	2 (3,3%)	3 (4,1%)	2 (6,7%)	
101 - 1000	5 (8,5%)	5 (6,8%)	1 (3,3%)	
>1000	5 (8,5%)	3 (4,1%)	11 (36,7%)	

7 DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a idade gestacional no início da assistência pré-natal especializada está associada a carga viral para o HIV próxima ao parto. Entre as 31 GVHIV que iniciaram a assistência pré-natal no HFSE no 3º trimestre, 11 (35,5%) apresentaram uma CV próxima ao parto maior do que 1000 cópias, demonstrando que o percentual de GVHIV com carga viral acima de 1000 cópias próxima ao parto foi significativamente maior entre as gestantes que iniciaram este pré-natal especializado no 3º trimestre de gestação. Um dos fatores relacionados à entrada no atendimento especializado no 3º trimestre de gestação foi a entrada tardia no pré-natal nas UBS. Entre as GVHIV que iniciaram o pré-natal nas UBS no 2º trimestre, 28,6% realizaram sua 1ª consulta no HFSE no 3º trimestre. Em contrapartida, apenas 9,7% das GVHIV que iniciaram o pré-natal nas UBS no 1º trimestre tiveram sua 1ª consulta no HFSE realizada no 3º trimestre de gestação. O pré-natal iniciado após o 1º trimestre nas UBS ocorreu em todas as regiões estudadas e não foi associado à nenhuma característica específica das gestantes. A maioria das GVHIV declaram que a gestação não havia sido planejada, mas isto não impactou na idade gestacional na 1ª consulta na UBS ou no intervalo de tempo para o referenciamento e acesso das GVHIV ao atendimento especializado. Campanhas públicas incentivando o acesso precoce ao pré-natal nas UBS e a intensificação da busca ativa de gestantes pelos agentes comunitários de saúde seriam da mesma forma justificadas (SANINE et al., 2019).

Em relação às gestantes encaminhadas ao HFSE pelo SISREG, a mediana entre o início da assistência pré-natal nas UBS e a solicitação de regulação no SISREG foi de 03 dias, a mediana entre a regulação e a data agendada para a consulta no HFSE foi de 7 dias e a mediana entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE foi de 16 dias. Este intervalo de tempo pode ser considerado satisfatório, principalmente se levarmos em consideração que essa mediana caiu para 11 dias nas GVHIV que iniciaram sua assistência pré-natal nas UBS já no 3º trimestre de gravidez e a mediana do intervalo entre o início da assistência pré-natal e a solicitação da regulação nestas gestantes foi de 0 dias. Entretanto, este grupo de gestantes apresentou a maior mediana (11 dias) para o intervalo de tempo entre a solicitação da regulação e a data agendada para a 1ª consulta no HFSE, quando estas deveriam ser referenciadas com mais rapidez. Apesar da mediana para o intervalo de tempo entre

a 1ª consulta no HFSE estarem dentro de uma faixa de tempo aceitável, 89 das 184 GVHIV encaminhadas via SISREG tiveram um intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE superior a 16 dias, inclusive quando atendidas em UBS com intervalos de tempo iguais ou menores do que a mediana no atendimento de outras GVHIV na mesma unidade. Nestas gestantes, a mediana para o intervalo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE foi de 47 dias, impactando tanto no intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e o início da TARV como na carga viral realizada próxima ao parto. Portanto, em quase metade das GVHIV analisadas e encaminhadas por UBS de todas as regiões geográficas, o intervalo de tempo para o acesso ao HFSE foi influenciado por algum fator específico.

O intervalo de tempo entre a data da 1ª consulta na UBS e a data da solicitação da regulação pode ser influenciado por diversos fatores relacionados tanto ao desempenho das equipes das UBS (data da testagem para o HIV, velocidade para solicitar a regulação) quanto às próprias gestantes (comparecimento regular as consultas). O intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e o resultado do teste anti-HIV foi um dos fatores associados a esta variável. O teste não foi realizado na 1ª consulta na UBS em 17 GVHIV encaminhadas via SISREG, sendo que em 11 o intervalo de tempo para obter o resultado do anti-HIV foi superior a 30 dias. Destas 11 GVHIV, 2 foram atendidas em UBS da AP3, 1 da AP4, 4 da AP5, 3 da Baixada Fluminense e 1 de Mangaratiba. Nestas gestantes, a mediana de intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a data da solicitação da regulação foi de 43 dias. Estes resultados podem indicar que houve alguma falha no processo de atendimento dessas gestantes nas diversas UBS ligado a aplicação precoce do teste rápido para o HIV, postergando o diagnóstico nestas gestantes e impactando negativamente no tempo para o encaminhamento e acesso destas GVHIV ao HFSE.

Outro fator associado ao intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e 1ª consulta no HFSE foi a não revelação da soropositividade ao HIV à família. Em 2019, 65 GVHIV atendidas no HFSE e encaminhadas pelo SISREG apresentaram intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE superior a 30 dias. Dentre estas, 17 (26,2%) faltaram às consultas nas UBS ou à consulta agendada pela regulação. Neste grupo, 6 das 14 (42,9%) GVHIV com a informação disponível em prontuário não revelaram o diagnóstico às famílias, percentual significativamente superior ao percentual geral da coorte (18,3%). O apoio familiar demonstrou ser um fator de facilitação da adesão ao tratamento e às consultas do pré-natal (SILVA;

TAVARES, 2015). Cada GVHIV tem um contexto familiar próprio e na ausência do apoio familiar, o aconselhamento individualizado e próximo por parte do profissional de saúde se consultas torna mais determinante para assegurar a adesão da GVHIV às consultas e tratamento (CAVALCANTE et al., 2021). Esses resultados reforçam a importância do aconselhamento individualizado destas GVHIV. Embora a não revelação do resultado do exame para o HIV à família tenha sido associada ao tempo necessário para chegar ao pré-natal especializado, esta variável não teve impacto significativo no nível de carga viral pré-parto.

Na análise dos prontuários das 65 GVHIV descritas acima, verificamos que o retardo por parte das equipes de saúde nas UBS para encaminhar a solicitação de regulação foi responsável pelo prolongado intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a solicitação da regulação em 21 (32,3%). Este retardo na solicitação de regulação por parte das equipes não foi motivado por atraso no resultado do exame anti-HIV, falta de adesão da gestante, primeiro teste anti-HIV realizado na UBS negativo ou solicitação da regulação ao HFSE apenas para realização do parto. Nestas gestantes, o intervalo de tempo mediano entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE foi de 74,5 dias, demasiadamente elevado na medida em que as diretrizes nacionais recomendam o encaminhamento das GVHIV aos centros especializados no mais breve espaço de tempo. Os dados de prontuário não foram elucidativos para a realização do levantamento dos motivos para estes atrasos na solicitação da regulação.

O intervalo de tempo entre a solicitação da regulação e a data agendada pelo sistema para a 1ª consulta no HFSE foi o parâmetro utilizado para analisar a agilidade do SISREG em agendar as consultas especializadas e foi a única variável que não sofreu interferência de outros fatores relacionados às gestantes ou à problemas na assistência às GVHIV nas UBS. O intervalo de tempo entre a solicitação da regulação e a data agendada para a 1ª consulta no HFSE foi superior à mediana de 7 dias em 86 GVHIV, sendo que em 13 destas gestantes o intervalo foi superior a 30 dias. Neste grupo de 86 gestantes, a mediana do intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e no HFSE foi de 25 dias. Os resultados demonstraram que houve um impacto no intervalo de tempo entre a 1ª consulta na atenção primária e o atendimento especializado causado pela data em que o SISREG agendou a consulta no HFSE, com casos ocorridos em UBS de todas as regiões geográficas. No ano de 2019 o DIP-HFSE disponibilizou ao SISREG um número de vagas diárias maior do que o número

de gestantes atendidas. Portanto, este fato deve estar relacionado mais à problemas na operacionalização do agendamento do que à restrição de vagas disponíveis.

Os dados sociodemográficos demonstraram uma situação de vulnerabilidade social de grande parte da população estudada, com cerca de 50% destas gestantes vivendo sem renda própria e em comunidades, porém este dado não teve impacto no intervalo de tempo para o acesso ao HFSE.

As gestantes encaminhadas via SISREG pelas UBS situadas na Baixada Fluminense tiveram uma mediana de dias significativamente maior no intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE em relação às demais regiões geográficas. Entre as seis GVHIV encaminhadas via SISREG por municípios da Baixada Fluminense, 5 tiveram um intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE superior a 30 dias. Em 3 destas 5 gestantes, todas atendidas no município de Duque de Caxias, a demora do resultado do exame anti-HIV foi responsável pelo atraso no encaminhamento à regulação. Embora não tenham sido incluídas neste estudo, analisamos o prontuário de 14 GVHIV atendidas em 2019 no HFSE que iniciaram seu pré-natal na Baixada Fluminense e que não foram referenciadas via SISREG. Em 6 (42,9%) destas gestantes, 5 das quais atendidas no município de Duque de Caxias, o intervalo de tempo entre a 1ª consulta na UBS e o resultado do exame anti-HIV foi superior a 30 dias. Estes números corroboram os dados estatísticos relacionados às 6 GVHIV encaminhadas via SISREG analisadas neste estudo e sugerem que poderia existir, em 2019, problemas relacionados à testagem rápida nas gestantes da região da Baixada Fluminense, particularmente no Município de Duque de Caxias, aumentando significativamente o tempo entre a primeira consulta na UBS e o encaminhamento destas gestantes ao atendimento especializado.

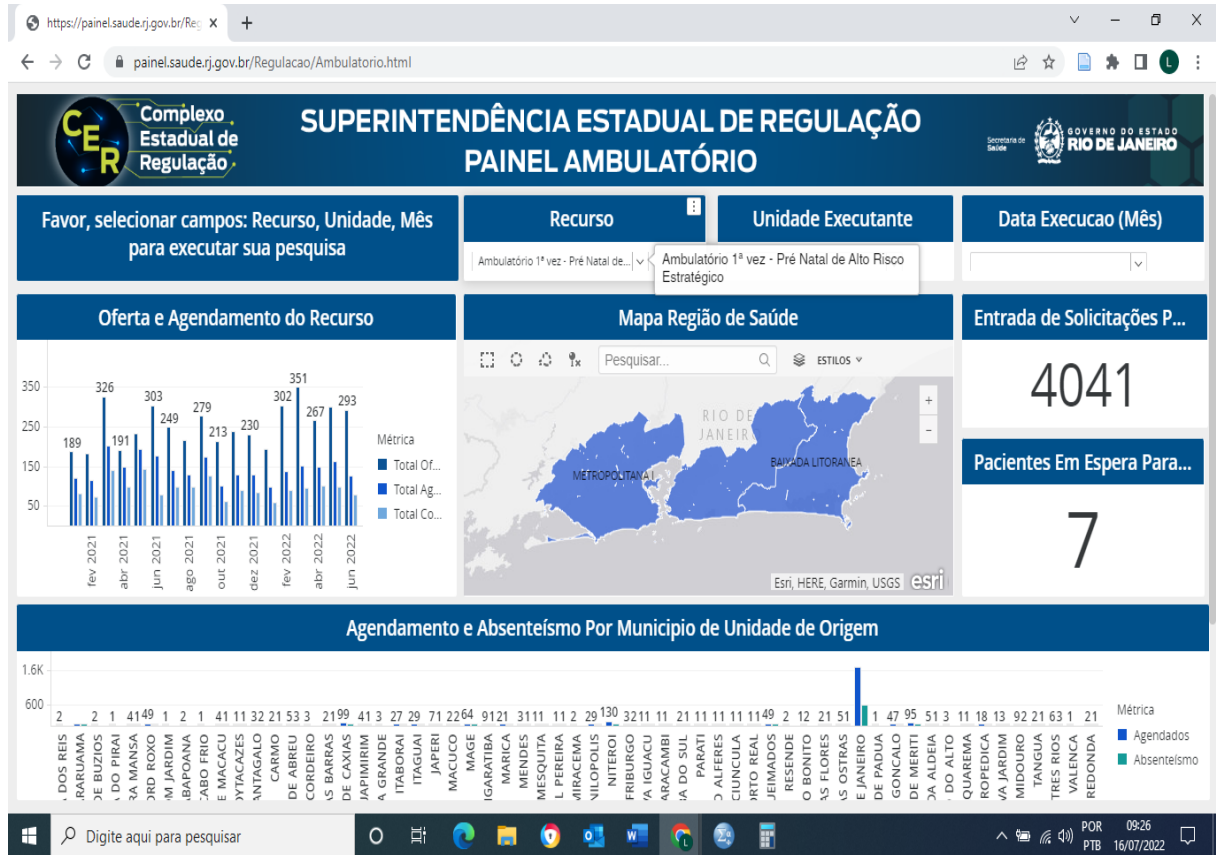
Os dados deste estudo demonstraram que 96,2% das GVHIV referenciadas pelo SISREG ao HFSE no ano de 2019 foram atendidas em UBS do município do Rio de Janeiro. Segundo os dados de 2020 do IBGE, a população da cidade do Rio de Janeiro era de 6,7 milhões de pessoas e a da Baixada Fluminense de 3,7 milhões. As diretrizes estaduais (**Anexo 2**) recomendam o encaminhamento das GVHIV para os seguintes centros de referência, sendo que apenas o Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart está situado fora do município do Rio de Janeiro, na Cidade de São João de Meriti, na Baixada Fluminense:

- Hospital Federal de Bonsucesso – MS/DGH
- Hospital Federal dos Servidores do Estado – MS/DGH
- Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ
- Maternidade Escola – UFRJ
- Hospital Universitário Gafreé Guinle – UNIRIO
- Instituto de Puericultura Martagão Gesteira – UFRJ
- Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart – SES/RJ.

Dados do portal da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (**figura 5**) revelam que de janeiro de 2021 a junho de 2022 foram feitos um pouco mais de 1600 agendamentos para consultas de pré-natal de alto risco pelo município do Rio de Janeiro contra 476 feitos pelo conjunto dos 13 municípios da Baixada Fluminense. Ou seja, os municípios da Baixada Fluminense, cuja população equivale a 55,2% da população do município do Rio de Janeiro agendaram apenas 29,7% de consultas em comparação com o número de agendamentos da referida cidade. Estes agendamentos se concentraram no HFSE, Maternidade Escola, Hospital Pedro Ernesto, Hospital Federal de Bonsucesso e no Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Neste Período, foram realizadas apenas 4 consultas de pré-natal de alto risco no Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart, devido ao elevado índice de absenteísmo (**figura 6**).

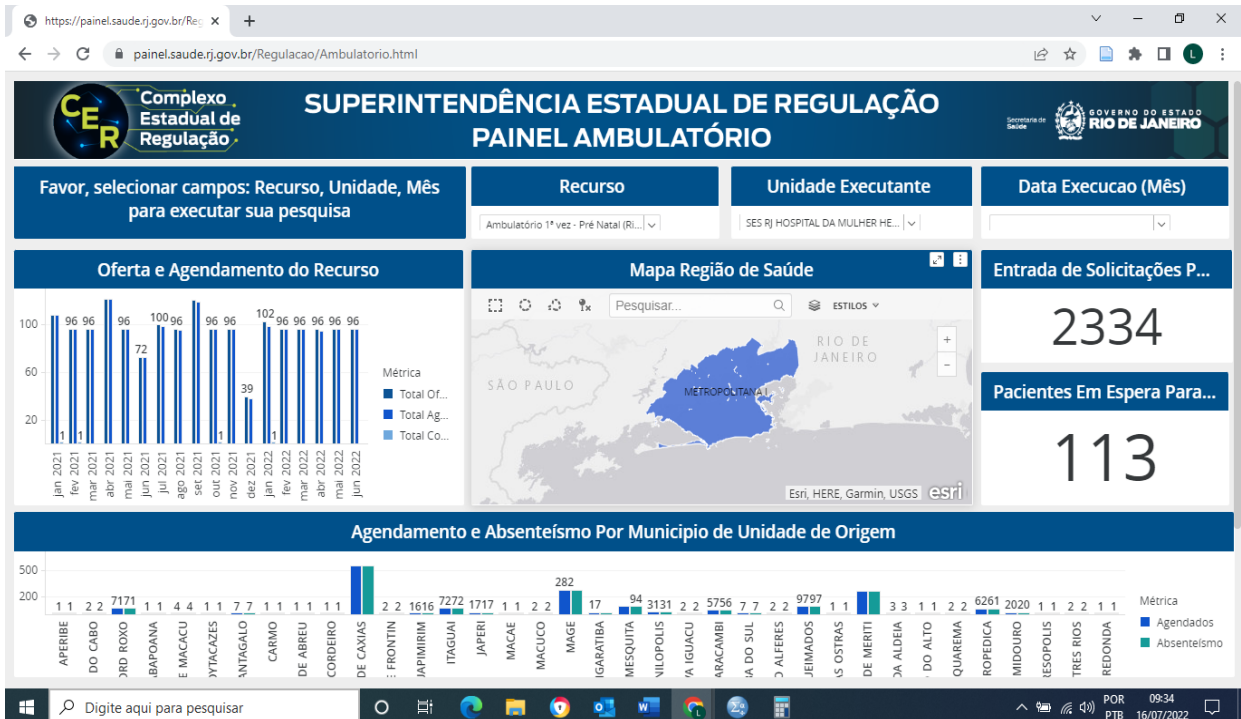
Contrastando com a região da Baixada Fluminense, a região da AP2, que concentra os bairros com as maiores rendas per capita da cidade do Rio de Janeiro, demonstrou os melhores índices de desempenho, inclusive com percentual de 100% de testagem rápida para o HIV na 1ª consulta nas UBS. Estes dados sugerem que pode estar ocorrendo uma iniquidade tanto no acesso quanto na qualidade do pré-natal especializado, privilegiando não apenas o município do Rio de Janeiro, mas também seus bairros mais ricos.

Figura 5. Agendamentos para consultas de pré-natal de alto risco no período de janeiro de 2021 a junho de 2022



Fonte: <https://painel.saude.rj.gov.br/Regulacao/Ambulatorio.html>

Figura 6. Agendamentos no Hospital da Mulher Heloneida Studart de janeiro de 2021 a junho de 2022



Fonte: <https://painel.saude.rj.gov.br/Regulacao/Ambulatorio>

Os resultados demonstraram uma cobertura ainda insuficiente da testagem rápida para o HIV na 1ª consulta do pré-natal (86,1%) na população estudada. Se considerarmos apenas as GVHIV atendidas no município do Rio de Janeiro, o percentual de testagem rápida na 1ª consulta do pré-natal foi de 88,9%. Existiram também atrasos na solicitação da regulação por parte das equipes nas UBS, agendamentos via SISREG com datas muito distantes e possível necessidade de reforço na adesão das GVHIV às consultas em UBS de todas as regiões geográficas estudadas. Na medida em que o tempo é um fator determinante no acompanhamento das GVHIV e para a conseqüente redução da transmissão vertical do HIV, nos parece que se faz necessária a criação de instrumentos que permitissem ao mesmo tempo diagnosticar de forma ágil possíveis entraves no referenciamento e acesso ao atendimento especializado destas gestantes e implementar com rapidez as adequações necessárias.

8 CONCLUSÃO

Se levarmos em consideração o intervalo de tempo mediano entre a 1ª consulta nas UBS e a 1ª consulta no HFSE de 16 dias, o fluxo de encaminhamento das GVHIV desde as UBS até o HFSE pode ser considerado satisfatório. O decréscimo desse intervalo de tempo à medida em que a idade gestacional na 1ª consulta nas UBS avançou também foi um indicador positivo de desempenho. Entretanto, os dados demonstraram que quase metade destas gestantes (48,4%), referenciadas por UBS de todas as regiões estudadas, tiveram este intervalo de tempo superior a 16 dias, chegando ao máximo de 218 dias, tendo impacto direto na idade gestacional por ocasião da 1ª consulta no HFSE, no início da TARV e conseqüentemente no nível de carga viral para o HIV próxima ao parto.

O único fator diretamente relacionado às gestantes que demonstrou ter impactado significativamente o tempo para o referenciamento e acesso ao HFSE foi a não revelação da soropositividade ao HIV à família, diminuindo a adesão das gestantes às consultas agendadas nas UBS e no HFSE. Este estudo não avaliou o processo de aconselhamento das GVHIV, mas os resultados sugerem que há necessidade de implementar ações para aumentar a adesão das GVHIV às consultas, particularmente daquelas com o diagnóstico da soropositividade ao HIV durante a gestação em curso e das gestantes com dificuldade de revelar o diagnóstico ao seu núcleo familiar.

O atraso na realização ou no resultado do teste anti-HIV foi um dos fatores que teve impacto direto no prolongamento do intervalo de tempo para o acesso ao HFSE. Embora isto tenha ocorrido em UBS de todas as regiões geográficas do Município do Rio de Janeiro à exceção da AP2, os dados sugerem que este problema ocorreu de forma sistêmica no município de Duque de Caxias. Também ocorrendo em UBS de todas as regiões do Município do Rio de Janeiro, tanto o intervalo de tempo prolongado entre a solicitação da regulação via SISREG e a data do agendamento quanto o atraso na solicitação da regulação contribuíram significativamente para o retardo no acesso de um contingente significativo de GVHIV ao HFSE.

Diversas UBS apresentaram resultados satisfatórios em algumas GVHIV atendidas na unidade e resultados acima das medianas em outras igualmente atendidas na mesma unidade. Estes dados sugerem que as falhas apontadas pelo estudo estão mais relacionadas a problemas específicos na condução dos

procedimentos assistenciais e regulatórios por parte das equipes assistenciais e gerenciais de determinadas UBS, em particular nas regiões mais carentes da cidade e do Estado do Rio de Janeiro, do que a inconsistências nas diretrizes da assistência pré-natal ou a problemas sistêmicos do SISREG.

Este estudo aponta para a necessidade de um monitoramento em tempo real dos indicadores relacionados ao fluxo de encaminhamento desde o início da assistência pré-natal para identificar e corrigir em tempo hábil eventuais problemas nas UBS, sejam estes relacionados à necessidade de reforçar o treinamento dos profissionais de saúde nos procedimentos assistenciais e regulatórios ou à possíveis problemas no estoque e fornecimento dos testes rápidos para o HIV.

9 PRODUTO DO MESTRADO

Desde 2020, o SUS vem sofrendo o impacto da pandemia de COVID-19, o que vem causando uma redução nos procedimentos durante o pré-natal, inclusive da testagem rápida para o HIV (CHISINI et al., 2021) sendo possível que o cenário atual relacionado ao fluxo de encaminhamento e acesso das GVHIV aos serviços especializados esteja pior que no ano de 2019. A agilidade no encaminhamento e atendimento nas unidades especializadas pode melhorar a qualidade do atendimento e reduzir a transmissão vertical do HIV, e nos parece que seria necessário a criação de instrumentos que permitissem ao mesmo tempo diagnosticar de forma ágil possíveis entraves no encaminhamento e acesso ao atendimento especializado destas gestantes e implementar com rapidez as adequações necessárias.

Em face dos dados resultantes deste estudo e dos desafios impostos ao SUS pela pandemia de COVID-19, nos parece que há necessidade de estabelecer um mecanismo para que os gestores tenham um panorama mais amplo do fluxo do encaminhamento destas gestantes em tempo real, incluindo o período entre a 1ª consulta nas UBS e a 1ª consulta no HFSE, na medida em que os dados disponibilizados pelo SISREG apenas se referem ao tempo de espera e ao intervalo de tempo entre a solicitação da regulação e a data agendada para a assistência especializada. Isto possibilitaria a detecção de problemas de maneira ágil, permitindo uma intervenção mais rápida e efetiva para sua adequação, seja através de treinamento das equipes nas UBS em relação à testagem rápida, aconselhamento, celeridade no encaminhamento da solicitação de regulação e manuseio do SISREG, ou na verificação de problemas relacionados a insumos e disponibilidade de vagas. Neste sentido, desenvolvemos uma plataforma online no REDCap para a captura de dados das GVHIV atendidas no HFSE com o objetivo de monitorar em tempo real o fluxo do encaminhamento das gestantes ao HFSE. Elaboramos uma ficha de coleta de dados (**Anexo 3**) com um número pequeno de variáveis, incluindo as de maior interesse para o objetivo proposto. Os dados a serem coletados são:

- Nome
- Endereço e região do endereço
- Via de encaminhamento
- Nome e região da UBS em que foi atendida
- Nome e região da UBS em que foi feita a solicitação da regulação

- Data da 1ª consulta na UBS
- Data da solicitação da regulação no SISREG
- Data da 1ª consulta no HFSE
- Tempo entre a 1ª consulta na UBS e a 1ª consulta no HFSE
- Tempo entre a 1ª consulta na UBS e a data da solicitação da regulação
- Tempo entre a data da solicitação da regulação e a data do agendamento da 1ª consulta no HFSE

Os dados serão coletados e inseridos no banco do REDCap após a primeira consulta da GVHIV no HFSE. Será disponibilizada uma senha à Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro para que o gestor municipal tenha acesso e possa monitorar em tempo real a dinâmica do referenciamento das GVHIV ao HFSE. Caso seja do interesse dos gestores e dos demais centros especializados, este sistema poderia ser implantado com facilidade nos outros centros de referência e centralizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A coleta e inserção dos dados já está sendo feita no HFSE.

REFERÊNCIAS

1. **Angélica_Pereira_ENSP_2015.pdf**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14196/1/ve_Ang%c3%a9lica_Pereira_ENSP_2015>. Acesso em: 27 abr. 2022
2. AZEVEDO, A. F.; GUILHEM, D. A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de soro-diferença para o HIV/AIDS. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, p. 189–196, 2005a.
3. BASTOS, R. A. *et al.* Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 281–288, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-80422019000200281&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 abr. 2020.
4. BORGES, D.; CANO, I.; CABRAL, C. O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda. **Humanitarian Action in Situations Other Than WAR**, [S. l.], v. 13, p. 40, dez. 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.
6. CAVALCANTE, M. A. E. DA S. *et al.* O impacto do diagnóstico do HIV na gravidez ou pós-parto e seus efeitos na vida das mulheres: revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e17010313157–e17010313157, 11 mar. 2021.
7. CHIAPPINI, E. *et al.* Strategies for Prevention of Mother-to-Child Transmission Adopted in the “Real-World” Setting: Data from the Italian Register for HIV-1 Infection in Children. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [S. l.], v. 79, n. 1, p. 54–61, 1 set. 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2018/09010/strategies_for_prevention_of_mother_to_child.28.aspx. Acesso em: 10 abr. 2020.
8. CHISINI, L. A. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210013, 2021.
9. CONSOLIDATED GUIDELINES ON THE USE OF ANTIRETROVIRAL DRUGS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION: RECOMMENDATIONS FOR A PUBLIC HEALTH APPROACH. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2016(WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK374294/>. Acesso em: 10 abr. 2020.
10. COSTA, N. do R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, p. 1389–1398, maio 2016. Disponível em:

- <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1389-1398/es/>. Acesso em: 12 abr. 2020.
11. CRUZ, M. L. S.; PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS (BRAZIL). **Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, 2006.
 12. ESTATÍSTICAS. [s. d.]. **UNAIDS Brasil**. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 24 jun. 2021.
 13. FARIA, E. R. et al. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, p. 197–203, jun. 2014
 14. FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. de C.; SOUZA, L. B. Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicologia em Estudo**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 259–267, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-73722011000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 ago. 2020.
 15. FORTES, A.; OLIVEIRA, L. D. DE; SOUSA, G. M. DE. A COVID-19 na Baixada Fluminense: Colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. **Espaço e Economia. Revista brasileira de geografia econômica**, n. 18, 21 abr. 2020.
 16. GRINSZTEJN, B. *et al.* Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomized controlled trial. **The Lancet. Infectious diseases**, [S. l.], v. 14, n. 4, p. 281–290, abr. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144040/>. Acesso em: 2 ago. 2020.
 17. GUABIRABA, K.; GOMES, G.; MELO, E. A. Oportunidades, percalços e justificativas: a descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 107–120, 21 fev. 2022.
 18. GUIAPRENATAL_REUNIDO.PDF. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176323/GuiaPrenatal_reunido.pdf. Acesso em: 4 ago. 2020.
 19. LOVERO, K. L. *et al.* Retrospective analysis of risk factors and gaps in prevention strategies for mother-to-child HIV transmission in Rio de Janeiro, Brazil. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1110, 10 set. 2018.
 20. NASCIMENTO, D. B. do *et al.* Transporte Público e Acesso a Tratamento de Saúde: Percepção dos Usuários. **Revista Brasileira de Bioética**, [S. l.], v. 15, p. 1–22, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/29258>. Acesso em: 2 ago. 2020.
 21. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. p. 231, [s.d.].

22. **Ministério da Saúde**. Disponível em:
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
23. NASCIMENTO, D. B. do *et al.* Transporte Público e Acesso a Tratamento de Saúde: Percepção dos Usuários. **Revista Brasileira de Bioética**, [S. l.], v. 15, p. 1–22, 2019. Disponível em:
<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/29258>. Acesso em: 2 ago. 2020.
24. NEVES, L. A. DE S.; GIR, E. HIV positive mothers' beliefs about mother-to-child transmission. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 781–788, out. 2006.
25. O'DWYER, G. *et al.* Financial crisis and healthcare: the case of the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 12, p. 4555–4568, dez. 2019. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019001204555&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 ago. 2020.
26. PAIVA, P.; BARRETO BRANDÃO, C.; MIRANDA, R. Associação entre a incidência de dengue e os elementos climáticos na XVI ra de Jacarepaguá-RJ. **Geoambiente On-line**, 30 jun. 2015.
27. PEREIRA, R. M.; CASTRO, C. L. DE C.; CHEIBUB, B. L. Favela ou comunidade? Como os moradores, guias de turismo e outros agentes sociais compreendem simbolicamente o “morro” Santa Marta (RJ)? **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, v. 6, n. 3, p. 23–36, 2019.
28. PCDT_PTV_HIV_CP_42_2020.PDF. [S. l.], [s. d.]. Disponível em:
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/PCDT_PTV_HIV_CP_42_2020.pdf. Acesso em: 24 jun. 2021.
29. RELATÓRIO DE MONITORAMENTO CLÍNICO DAS GESTANTES VIVENDO COM HIV. [s. d.]. **Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-das-gestantes-vivendo-com-hiv>. Acesso em: 1 ago. 2020.
30. SANDLER, N. G.; SERETI, I. Can ART treatment reduce long-term complications by reducing inflammation? **Current opinion in HIV and AIDS**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 72–79, Jan. 2014. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160125/>. Acesso em: 1 ago. 2020.
31. SANINE, P. R. et al. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00103118, 7 out. 2019.
32. SILVA, L. M. S. DA; TAVARES, J. S. C. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1109–1118, abr. 2015.

33. TEERAANANCHAI, S. *et al.* Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. **HIV Medicine**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 256–266, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hiv.12421>. Acesso em: 31 jul. 2020.
34. VAN DYKE, R. B. Mother-to-child transmission of HIV-1 in the era prior to the availability of combination antiretroviral therapy: the role of drugs of abuse. **Life Sciences**, v. 88, n. 21–22, p. 922–925, 23 maio 2011.

ANEXO A - FICHA DE COLETA DE DADOS

Confidential

Claudia Mestrado
Page 1

Ficha de coleta de dados

Record ID	_____
Nome	_____
Prontuário	_____
Idade	_____
Raça	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Asiática <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Outra
Endereço	_____
Região	<input type="radio"/> AP1 <input type="radio"/> AP2 <input type="radio"/> AP3 <input type="radio"/> AP4 <input type="radio"/> AP5 <input type="radio"/> Baixada Fluminense <input type="radio"/> Outro
Data ultima menstruação	_____
SISREG	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Data primeira consulta UBS (DPCUBS)	_____
Tempo DUM x DPCUBS	<input type="radio"/> < 30 dias <input type="radio"/> 30-60 dias <input type="radio"/> >60 dias
Idade gestacional PCUBS	_____
IG PCUBS TRIM	<input type="radio"/> primeiro trimestre <input type="radio"/> segundo trimestre <input type="radio"/> terceiro trimestre
Nome UBS	_____

Confidential

Page 2

Região UBS	<input type="radio"/> AP1 <input type="radio"/> AP2 <input type="radio"/> AP3 <input type="radio"/> AP4 <input type="radio"/> AP5 <input type="radio"/> Baixada Fluminense <input type="radio"/> Outro
Tempo PCUBS/REs Ex HIV	<input type="radio"/> mesmo dia <input type="radio"/> < 3 dias <input type="radio"/> 3-5 dias <input type="radio"/> 6-10 dias <input type="radio"/> 11 dias - 30 dias <input type="radio"/> >30 dias <input type="radio"/> N/A (teste não realizado)
Aconselhamento	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> unknown
HIV antes da gestação atual	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Data início TARV	<input type="radio"/> Gestação atual <input type="radio"/> Antes da gestação
Tempo PCUBS x INÍCIO TARV	<input type="radio"/> mesmo dia <input type="radio"/> < 3 dias <input type="radio"/> 3-5 dias <input type="radio"/> 6-10 dias <input type="radio"/> 11-30 dias <input type="radio"/> 31 -60 dias <input type="radio"/> >60 dias <input type="radio"/> N/A (já em uso) <input type="radio"/> Não usou
Data regulação	_____
Tempo PCUBS x Regulação	_____
Região realizou regulação	<input type="radio"/> AP1 <input type="radio"/> AP2 <input type="radio"/> AP3 <input type="radio"/> AP4 <input type="radio"/> AP5 <input type="radio"/> Baixada Fluminense <input type="radio"/> Outra
Data marcação PCHFSE	_____
tempo regulação-data marcada	_____
Tempo PCUBS/data marcação PCHFSE	_____

14-06-2022 13:31

projectredcap.org



Confidential

Page 4

Renda individual	<input type="radio"/> sem renda <input type="radio"/> < 1 sal min <input type="radio"/> 1-2 sal <input type="radio"/> 2-3 <input type="radio"/> >3 sal
Renda familiar	<input type="radio"/> < 1 sal <input type="radio"/> 1-2 sal <input type="radio"/> 2-3 sal <input type="radio"/> >3 sal

Confidential

Page 3

Data PCHFSE	<input type="text"/>
IG PCHFSE	<input type="text"/>
IG HFSE TRIM	<input type="radio"/> primeiro trimestre <input type="radio"/> segundo trimestre <input type="radio"/> terceiro trimestre
Tempo PCUBS/PCHFSE	<input type="text"/>
Tempo data marcada/PCHFSE	<input type="text"/>
CV préparto	<input type="text"/>
Status marital	<input type="radio"/> casada (união estável) <input type="radio"/> solteira
Parceiro sabe HIV?	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> N/A
Status HIV Parceiro	<input type="radio"/> positivo <input type="radio"/> negativo <input type="radio"/> não sabe <input type="radio"/> N/A
Família sabe HIV	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
Religião	<input type="radio"/> Católica <input type="radio"/> Protestante <input type="radio"/> Umbanda <input type="radio"/> Candomblé <input type="radio"/> Espírita <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> não tem <input type="radio"/> sem informação
Estava em uso de anticoncepcional?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Gravidez planejada?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Uso de maconha	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Uso de cocaína	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Uso de crack?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

ANEXO B – PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A organização da Rede de Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal nas Regiões de Saúde e Municípios está ligada à consolidação dos quatro componentes da Rede Cegonha, conforme preconizado na Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Para tratar dos mecanismos utilizados para a garantia de acesso das gestantes aos leitos de maternidade, exames complementares e consultas de pré-natal, cabe apontar as atribuições dos municípios e do estado em relação à organização da rede de serviços.

De acordo com o Anexo I da Resolução nº 4 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias na transição entre o Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), é de responsabilidade dos municípios, dentre outras atividades:

“e. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território”;

“h. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação”;

“j. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento”.

Neste contexto, em que os municípios são os executores das ações e serviços de Atenção Básica, cabe, dentre outras responsabilidades, às Secretarias Estaduais:

“e. Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos Municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos”;

“h. Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos Municípios da região”;

“i. Organizar e pactuar com os Municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde”.

Considerando ainda as competências colocadas na Lei nº 8080, Seção II, Artigo 18, compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS):

“I - Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”;

“II - Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual.”

Neste sentido, a gestão e execução dos serviços públicos de saúde cabem às Secretarias Municipais de Saúde, incluindo os serviços da Rede Materno-Infantil, desde unidades de Atenção Básica até a gestão e organização das Maternidades existentes em seu território. À direção estadual do SUS compete, de acordo com o Artigo 17 da Lei nº 8080, dentre outras ações “prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde”, bem como “acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

No estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde atua complementarmente aos serviços de maternidades municipais e conveniadas, contando com uma rede de hospitais próprios, dentre eles 06 (seis) maternidades, sendo 05 (cinco) voltadas para o atendimento à Gestação de Alto Risco e uma para a Gestação de Risco Habitual. As maternidades sob gestão estadual são as seguintes: Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (Duque de Caxias), Hospital Melchíades Calazans (Nilópolis), Hospital da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti). Hospital Estadual Azevedo Lima (Niterói), Hospital Estadual dos Lagos (Saquarema) e Hospital da Mãe (Mesquita), sendo esta última voltada para a Gestação de Risco Habitual e as demais para o Alto Risco.

A Secretaria de Estado de Saúde dispõe em suas maternidades de leitos obstétricos que atendem gestantes de alto risco e também de risco habitual, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal e leitos de UTI adulto para gestantes e puérperas de alto risco. Além dos serviços próprios, a Secretaria de Estado ainda contrata 250 (duzentos e cinquenta) leitos de UTI Neonatal, através do chamamento público para atender à grande demanda de assistência e de internação de crianças que nascem prematuras, com complicações do parto, má formações, etc., e que, em grande parte, poderiam ser evitadas com a realização do pré-natal de qualidade que é atribuição municipal.

Fazendo um destaque ao componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação apontamos que este é composto pelas seguintes ações: acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, devidamente equipado para tal; implantação do modelo "Vaga Sempre", com plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Sobre a organização do transporte sanitário, o atendimento do SAMU é voltado para situações de urgência e emergência das gestantes e recém-natos de risco, realizando o atendimento pré-hospitalar e o transporte inter-hospitalar em situações agudas. Além da utilização das ambulâncias do SAMU, cabe ainda apontar a doação pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro de ambulâncias voltadas para o transporte de gestantes a municípios fluminenses, no intuito de facilitar o atendimento e encaminhamento das gestantes fortalecendo a implantação da Rede Cegonha no âmbito municipal.

A organização do modelo “Vaga Sempre” vem sendo trabalhada com os municípios e maternidades da Baixada Fluminense, e apesar dos esforços, ainda são enfrentadas dificuldades por haver um importante déficit de leitos obstétricos e também de unidades de atenção básica nos municípios. Deve-se dar continuidade à discussão pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha da Metropolitana I e pelo Fórum Perinatal da Região Metropolitana I, de uma proposta de “mapa de vinculação” das gestantes ao local do parto, qualificando o encaminhamento das gestantes às maternidades de risco habitual e alto risco.

A Regulação de Leitos para Gestação de Alto Risco vem sendo realizada pela Secretaria de Estado de Saúde através da Central Estadual de Regulação desde o ano de 2001, de acordo com o documento “Rede de Centrais de Regulação – Diretrizes Básicas”, elaborado pela SES-RJ no ano de 2005. Neste documento, consta o arcabouço jurídico-institucional da Rede de Centrais de Regulação, tendo como marco inicial a Deliberação CIB-RJ nº 39, de 24 de junho de 1999, que aprovou o projeto de centrais de regulação do Rio de Janeiro e criou o Comitê de Implantação.

A implantação da regulação materno-infantil no âmbito dos municípios diz respeito aos leitos obstétricos de risco habitual e às consultas e exames que sejam necessários durante o pré-natal e após o nascimento da criança. Em relação à regulação da Gestação de Alto Risco, informamos que o processo regulatório relacionado ao Alto Risco Estratégico Ambulatorial da Rede Cegonha é realizado pela Central de Regulação Unificada - REUNI/RJ, desde a sua criação em junho de 2015 e que foi instituída através da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB-RJ nº 3.470, de 20 de julho de 2015, cujos protocolos estão relacionados diretamente às co-morbidades associadas à gestação, a saber:

- Doenças Hematológicas;
- Colagenoses;
- Doenças Endócrinas Materna;
- Doenças Malignas Tromboembólicas;
- Síndrome Anti-Fosfolipideo (SAF);
- Cardiopatias Maternas;
- Nefropatias Maternas;
- Pacientes Transplantadas;
- Obesidade Índice de Massa Corporal >40;
- Doença Hemolítica;
- Doença Trofoblástica;
- Gemelaridade Monocoriônica;
- Má Formação Fetal com Necessidade de Intervenção com menos de 24h de vida do recém-nascido;
- Doenças Infecto parasitárias (Sida/Malária/Esquistossomose/Leishmaniose);
- Doenças Neurológicas Maternas;
- Doenças Endócrinas Maternas.

As unidades hospitalares de referência para este grupo de co-morbidades incluem Hospitais Federais, Hospitais Universitários, Institutos e um Hospital Estadual, a saber:

- Hospital Federal de Bonsucesso – MS/DGH;
- Hospital Federal dos Servidores do Estado – MS/DGH;
- Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ;
- Maternidade Escola – UFRJ;
- Hospital Universitário Gafreé Guinle – UNIRIO;
- Instituto de Puericultura Martagão Gesteira – UFRJ;
- Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart – SES/RJ.

O processo regulatório é realizado através de gestão de fila e classificação de risco, onde todos os 92 municípios do estado do Rio de Janeiro estão aptos e habilitados a inserirem suas solicitações de consulta de primeira vez no Sistema Estadual de Regulação. A partir das solicitações dos municípios, os médicos reguladores centralizados lotados na REUNI/RJ qualificam a demanda reunindo o maior número de informações possíveis sobre os casos e agendam as consultas em tempo hábil à assistência nas vagas de primeira vez ofertadas pelos prestadores supracitados.

As demandas para pré-natal de alto risco que não demandam atenção em serviços hospitalares especializados são reguladas pelas Centrais Municipais e Regionais de Regulação considerando as pactuações vigentes em Programação Pactuada Integrada (PPI).

Conforme já apontado acima, o processo regulatório relacionado aos leitos de Alto Risco Materno ou Fetal para internação e transferência inter-hospitalar é realizado pela Central Estadual de Regulação 24 horas por dia, através de protocolos referentes basicamente a dois tipos de risco, o materno e o fetal, e considerando o grau de desassistência da gestante e do recém-nascido, isto é, se contam com profissionais habilitados e se estão em ambiente adequado.

As demandas de transferência de Alto Risco Materno e Fetal são feitas pelas maternidades através do Sistema Estadual de Regulação e reguladas através de gestão de fila e prioridades para as unidades pactuadas, a saber:

- Hospital Federal de Bonsucesso – MS/DGH;

- Hospital Federal dos Servidores do Estado – MS/DGH;
- Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ;
- Maternidade Escola – UFRJ;
- Hospital Universitário Gafreé Guinle – UNIRIO;
- Instituto de Puericultura Martagão Gesteira – UFRJ;
- Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart – SES/RJ;
- Hospital Estadual dos Lagos – SES/RJ;
- Hospital Estadual Azevedo Lima – SES/RJ;
- Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF;
- Hospital São José do Avaí – Itaperuna;
- Hospital Plantadores de Cana – Campos dos Goytacazes;
- Hospital Alcides Carneiro – Petrópolis;
- Hospital Universitário Severino Sombra – Vassouras.

No entanto, considerando a baixa oferta de leitos Neonatais Públicos e a grande demanda de internação neste tipo de leito, a Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, através de chamamento público, contratou da iniciativa privada 250 (Duzentos e cinquenta) Leitos de UTI Neonatal, como já apontado acima, para assistir recém-nascidos que necessitem destes leitos desde o ano de 2010.

Este processo regulatório se dá de forma centralizada, em que as unidades que atendem recém-nascidos e que estejam necessitando de atenção em leitos neonatais, solicitam sua transferência e a Central Estadual de Regulação após gestão da fila, ordena e viabiliza a vaga no perfil necessário.

As consultas de acompanhamento dos recém-nascidos egressos de UTI Neonatal, UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru são organizadas e agendadas a partir das unidades de referência que assistiram a estes recém-nascidos e, quando estas unidades não contam com ambulatórios de referência, fica a cargo dos municípios o seguimento a estes bebês em ambulatórios especializados em policlínicas municipais e/ ou outros serviços complementares na rede.

Diante do processo regulatório materno-infantil no âmbito estadual explicitado acima, reforçamos que:

- Os instrumentos utilizados para esta regulação são o Sistema Estadual de Regulação,

- os protocolos e a grade de serviços de referência pactuada;
- Os fluxos para encaminhamento das gestantes de recém-nascidos são direcionados a partir da avaliação dos médicos reguladores da Central Estadual de Regulação e de acordo com as consultas e leitos disponíveis nos hospitais especializados da rede pública e contratada;
 - A vinculação das gestantes de alto risco está organizada a partir do agendamento das consultas de pré-natal de alto risco no grupo de co-morbidades pactuado nos hospitais citados acima, considerando que as gestantes atendidas e vinculadas a estas maternidades deverão ter garantidos os exames e procedimentos necessários, bem como os leitos para internação no momento do parto ou em situação de intercorrências;
 - Os processos regulatórios referentes a exames complementares, gestação de baixo risco, transporte sanitário estão sob responsabilidade dos gestores municipais de cada município e região do estado.

As principais dificuldades encontradas na implementação da Rede Cegonha até o presente momento, estão ligadas ao subfinanciamento das ações de saúde à concretização da solidariedade regional no estado, com entraves nas pactuações intermunicipais, na pouca comunicação e articulação entre os serviços e na fragilidade da formação dos profissionais para o SUS.

Apesar destes entraves, hoje está estabelecido um processo de discussão em todas as Regiões de Saúde sobre os problemas que ainda persistem na organização da Rede Materno-Infantil e propostas para sua qualificação. No final do ano de 2013 e início de 2014, foram instituídos os Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha, que tem a função de acompanhar a ampliação e qualificação das ações voltadas para a linha materno-infantil, com a proposta de reuniões periódicas sobre os Planos de Ação Regionais, acompanhamento dos indicadores de saúde e organização de ações prioritárias para a região, incluindo a Regulação Materno-Infantil.

ANEXO C - FICHA DE COLETA DE DADOS DO PRODUTO DO MESTRADO

Confidential

Banco SMS-RJ
Page 1

ficha gestantes

Record ID	_____
nome	_____
idade	_____
endereço	_____
região do endereço	<input type="checkbox"/> AP1 <input type="checkbox"/> AP2 <input type="checkbox"/> AP3 <input type="checkbox"/> APR <input type="checkbox"/> AP5 <input type="checkbox"/> BAIXADA FLUMINENSE <input type="checkbox"/> NITERÓI/SÃO GONÇALO <input type="checkbox"/> OUTRO
SISREG	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Data da 1ª consulta na UBS	_____
Nome da UBS que regulou	_____
Data da regulação	_____
Região da unidade reguladora	<input type="checkbox"/> AP1 <input type="checkbox"/> AP2 <input type="checkbox"/> AP3 <input type="checkbox"/> AP4 <input type="checkbox"/> AP5 <input type="checkbox"/> BAIXADA FLUMINENSE <input type="checkbox"/> NITERÓI/SÃO GONÇALO <input type="checkbox"/> OUTRO
Data da 1ª consulta no HFSE	_____
tempo 1ª consulta UBS x 1 consulta HFSE	_____
tempo pcubs x regulação	_____
tempo regulação x pchfse	_____