

## CARATERIZAÇÃO DAS UTENTES QUE ACORREM AO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL NA MATERNIDADE DO HOSPITAL GERAL DO HUAMBO DE JUNHO DE 2018 A JULHO DE 2019

*Characterization of users that come to the vertical transmission prevention program in the Maternity of the Huambo General Hospital from june 2018 to july 2019*

NUNGULO, Victor Nhime<sup>1</sup>, MORAIS, Ana Maria Osvaldina<sup>2</sup>, & TERESA, Ana<sup>3</sup>

### Resumo

Introdução. O programa da prevenção da transmissão vertical constitui o pilar para a redução do HIV da mãe para o bebe e contribui para diminuir a morbi-mortalidade materna e infantil, aumentando assim a esperança de vida das populações. A presente pesquisa objectivou: caracterizar as utentas que acorrem ao programa de prevenção da transmissão vertical (PTV) na maternidade do Hospital Geral do Huambo no período de Junho de 2018 a Julho de 2019 através análise dos processos clinicos e livros de registo tendo em conta as seguintes variáveis: idade, estado civil, número de consultas pré-natais, idade gestacional, nível de escolaridade, proveniência, tratamento anti-retroviral, estado serológico do parceiro e do bebe. Métodos: O estudo é do tipo descritivo, retrospectivo e transversal. Foram analisadas informações de 247 utentes com HIV que aderiam ao programa de prevenção da transmissão vertical do ano 2018 a 2019 Resultados: A MD=28 Anos o DP=6,33 a faixa etaria mais prevalente foi de 23-28 anos de idade com 32% seguida de 29-34 com 27, 9% ; quanto o estado civil verificamos que maior parte das utentes são solteiras 37,2% seguidas das casadas 30%. Relativamente a aderência as consultas pré natais verifica-se que n=174(70,45%) realizaram apenas uma consulta, n=52(21,04%) duas consultas e n=7(2,83%) não aderiram. Quanto ao nível escolaridade verificamos que maior parte das utentes tem o médio concluído 51,4% e 14,2% tem o superior. Face a idade gestacional verificamos que 21,46% tinham entre 14-18 semanas, 13-20 semanas representvam 20,24% e de 23-27 com 19, 03% . O TARV mais usado foi o AZT+3TC+NVP com 49,4% é o TDF3TCEFV que representou 47,8%. Informações do estado serológico dos parceiros apontam para n= 165(66,8%) positivos e n=30 (12.1%) negativos mais verificou-se também que n=52(21,1%) não realizaram o teste.Quanto o estado serológico do bebe verificou-se n=172(69,64%) foram negativos, n=61(24,70%) não fizeram o teste e n=14(15,67%) foram positivos.Conclusão: o programa de prevenção da transmissão vertical do HIV da mãe para o bebe é de suma importância para evitar que crianças nasçam seropositivas. No entanto, há ainda algum trabalho a percorrer voltado a consciencialização sobre a necessidade da testagem e aderência ao PTV.

<sup>1</sup> VICTOR NHIME NUNGULO - Faculdade de Medicina do Huambo, ANGOLA. E-mail: nungulovictory@gmail.com

<sup>2</sup> ANA MARIA OSVALDINA MORAIS - Maternidade do Hospital Geral do Huambo, ANGOLA.

<sup>3</sup> ANA TERESA - Maternidade do Hospital Geral do Huambo, ANGOLA. E-mail: anamaria249@gmail.com

**Abstract**

**Introduction.** The program for the prevention of mother-to-child transmission is the pillar for the reduction of HIV from mother to baby, thus contributing to reduce morbidity and mortality, thus increasing the life expectancy of populations. The present research aimed to: characterize the users who attend the (PMTCT) program for the prevention of vertical transmission in the maternity ward of Hospital Geral do Huambo from July 2005 to July 2019 through analysis of clinical processes and record books taking into account the following variables: age, marital status, number of prenatal consultations, gestational age, school level, provenance, antiretroviral treatment, serological status of partner and baby. **Method:** The study is descriptive, retrospective and cross-sectional. Information from 247 HIV users who adhered to the vertical transmission prevention program from 2005 to 2019 were analyzed. **Results:** MD = 28 years o SD = 6.33 the most prevalent age group was 23-28 years old with 32 % followed by 29-34 with 27.9%; as for marital status, we found that most users are single with 37.2% followed by married women with 30%. Regarding adherence to prenatal consultations, it appears that from the users who come to the program n = 174 (70.45%) they had only one consultation, n = 52 (21.04%) two consultations and n = 7 (2.83% ) did not adhere. Regarding the level of education, we found that most users have completed secondary education 51.4% and 14.2% have higher education. In view of gestational age, we found that 21.46% were between 14-18 weeks, 13-20 weeks represented 20.24% and 23-27 with 19.03%. The most used ART was AZT + 3TC + NVP with 49.4% and TDF3TCEFV, which represented 47.8%. Information on the serological status of the partners points to n = 165 (66.8%) positive and n = 30 (12.1% ) negative results, it was also found that n = 52 (21.1%) did not perform the test. As the baby's serological status it was found that n = 172 (69.64%) were negative, n = 61 (24, 70%) did not take the test and n = 14 (15.67%) were positive. **Conclusion:** the program for the prevention of mother-to-child vertical HIV transmission is of paramount importance to prevent children who are born HIV-positive. However, there is still some work to be done to raise awareness of the need for testing and adherence to PVT.

**Palavras-chave:** *HIV; PTV; TARV; Adesão ao tratamento.*

**Keywords:** *HIV; PVT; ART; Treatment Adherence.*

**Data de submissão:** março de 2020 | **Data de publicação:** junho de 2020.

## **INTRODUÇÃO**

A infecção pelo HIV constitui um desafio sem precedentes para a Humanidade dada que a sua disseminação pode efectuar-se maioritariamente através da mesma via utilizada para perpetuar a espécie Humana (Sida 2014). O PTV (programa de Prevenção da Transmissão vertical) constitui-se no pilar importantíssimo para a prevenção da transmissão do HIV da mãe para o filho durante o trabalho de parto. A evolução desta epidemia atingiu de forma acentuada as mulheres suscitando a implementação de políticas publicas com oferta durante a assistência pré-natal para a detenção do HIV e o tratamento profilático com TARV(Terapia anti-retroviral) (Fischer, Rosario, Alves, Mezadi, & Grillo, 2019). No Brasil por exemplo em 2007, o número de casos notificados do sexo feminino foi de 2.811 número que em 2017 duplicou considerando apenas os meses de Janeiro e Fevereiro totalizando 4.491. No período de 2.000 a Junho de 2017 foram notificados 108.134 gestantes infetadas com HIV (Hernandes, Rocha, Hausmann, Appelt, & Marques, 2018). A África do Sul é considerado o País com a maior epidemia do HIV. Desde o ano de 2010, teve uma diminuição de novas infeções por HIV e mortes por SIDA com 49% respectivamente. Destas 19% do número global, 15 % de novas infeções e 11% das mortes relacionadas a SIDA. Em Angola no ano de 2016 houve cerca de 24.600 grávidas infetadas e esse número reduziu para 19.000 em 2017, onde cerca de 44% tiveram acesso a profiláxia da transmissão vertical, 56% precisaram de fazer a profiláxia e 1.800 novas infeções por transmissão vertical (Victor, 2018).

Em 2013 a Assembleia Geral das Nações Unidas, realizou uma revisão intercalar do progresso do programa no sentido de atingir as metas e os compromissos da declaração das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA, do qual verificou-se que os países conseguiram reduzir para a metade o número de novas infeções pelo HIV. Este compromisso ainda esta a quem da realidade para reverter a propagação. Sendo assim à necessidade dos países redobrem os esforços para a sua redução (Sida 2014). A OMS estima-se que 78 milhões de pessoas, incluindo 3,3 milhões de crianças foram infectadas pelo HIV. Nos Estados Unidos da América e na Europa a transmissão vertical foi dramaticamente reduzida devido a TRV (Friedrich, Menegotto, Magdaleno, & Silva, 2016). Apesar da redução de casos a nível do Mundo, estes dados mostram-se incipientes para os Países como Angola, Congo Guine -Bissau e Guine-Equatorial (Redmond & McNamara 2015). Em grande maioria as gestantes infectadas apresentam-se em fase reprodutiva e urge assim a necessidade de criar políticas para minimizar o número de infectadas (Santos et

al. 2017). A população de Angola é estimada em mais 25. 789.024 milhões de habitantes dos quais 52% são Mulheres. Huambo local onde se desenvolve o estudo e geograficamente localizada no centro de Angola e tem uma população estimada em mais de 2.231.385 habitantes, destes maior parte são jovem (Estatística 2014). Dai a necessidade de criar políticas para a prevenção da transmissão vertical com vista a que tenhamos crianças e jovens saudáveis. o PTV foi implantado nesta Província em 2005 com intuito de oferecer serviços de prevenção da transmissão do HIV de mãe para filhos a nível das unidades sanitárias que prestam atenção pré-natal. Este elemento constitui-se de suma importância para orientação de estratégias para eliminação de novas infeções em crianças. Tendo em conta está situação pretendemos com este trabalho caraterizar as utentes que acorrem ao programa de prevenção da transmissão vertical na maternidade do Hospital Geral do Huambo de Junho de 2018 a Julho de 2019.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo é do tipo descritivo, retrospectivo e transversal a amostra foi de 247 mulheres grávidas seropositivas que aderiram ao programa de prevenção da transmissão vertical desde o ano de 2005. Os dados foram recolhidos de Junho de 2018 a Julho de 2019 tendo em conta as seguintes variáveis: idade, estado civil, idade Gestacional/Puerpério, consultas Pré-natais realizadas, nível de escolaridade, TARV, estado serológico do parceiro, estado serológico do bebe( RN). Foi feito uma revisão da literatura a respeito dos principais estudos sobre a temática da prevenção da Transmissão vertical do HIV da mãe para o bebe. Consulta da base de dados como a SciELO, Pub Med, Medline BVS. Os critérios de inclusão foram: Ser gestante e testar positivo para o HIV e estar inscrito no PPTV (Programa de Prevenção da Transmissão Vertical). O estudo foi aprovado pela Direcção Pedagógica e Científica do Hospital Geral do Huambo. O tratamento estatístico dos dados teve suporte informático no programa *Statistical Package for Social Sciences* SPSS, versão 24.0 para *Windows*. Foi feita uma análise descritiva para compreender o comportamento das variáveis em estudo.

## RESULTADOS

**Tabela 1** - Dados descritivos da amostra segundo a idade, estado civil, idade gestacional e o número de consultas pré-natais.

<b>Idade (anos) mim-max</b> <b>17-41 <math>\mu \pm \sigma</math> 28, <math>\pm</math>6.33</b>	<b>n=247</b>	<b>%</b>
17-22 Anos	51	20,6
23- 28 Anos	80	32,4
29-34 Anos	69	27,9
35-40 Anos	42	17,0
> 41 Anos	5	2,0
<b>Estado Civil</b>	<b>n=247</b>	<b>%</b>
Casada	74	30,0
Comunhão de Bens	27	10,9
Solteira	123	37,2
Viúvas	23	0,8
Total	<b>247</b>	<b>100,0</b>
<b>Idade Gestacional/Puerpério</b>	<b>n=247</b>	<b>%</b>
17-21 Semanas	43	17,48
22-27 Semanas	82	33,33
28-33 Semanas	67	27,24
34-39 Semanas	49	19,9
40-42 Semanas	3	1,22
Puerperas	2	0,81
<b>Consultas Pré-natais realizadas</b>	<b>n=247</b>	<b>%</b>
Nenhuma Consulta	7	2,83
Uma Consulta	174	70,45
Duas Consultas	52	21,05
Três Consultas	6	2,43
Quatro Consultas	1	0,40
Cinco Consultas	3	1,21
Seis Consultas	4	1,62

**Fonte:** Processos Clínicos.

Na **Tabela 1**- Verifica-se que o maior número de mulheres que aderiram ao PTV estão na faixa etária de 23-28 anos de idade n=82 (33,3%) seguidas de 29-34 anos n=67 (27,24%) e n=42 (17%) de 35-40 anos de idade e n=5(2%) tiveram >41 Anos de idade. Na sua maioria são solteiras n=123 (37,2%) seguidas das casadas n=74 (30%) observamos que n=27(10,9%) viviam em comunhão de bens e n=23(0,8) eram viúvas. Quanto a idade gestacional/puerpério n=82(33,33%) tinham de 22-27 semanas, n=67(27,4%) apresentavam de 28-33semanas, n=49(19,9%) tinham 34-39 semanas, n=43(17,48%) tinham de 17-21, n=3(1,22%) tinham 40-42 semanas de gestação e

n=2(0,81%) entraram para o programa como puerperas. Dos dados sobre a realização de consultas pré-natais n=174(70,45%) realizaram uma consulta, n=52(21,05%) duas consultas, n=6(2,43%) três consultas, n=1(0,40%) quatro consultas, n=3(1,21%) cinco consultas e n=4(1,62%) realizaram até seis consultas.

**Tabela 2** - Dados descritivos da amostra segundo o nível de escolaridade, tratamento anti retroviral (TARV), estado serológico do parceiro, estado serológico do recém nascido (bebé)

<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>N=247</b>	<b>%</b>
<b>Sem escolaridade</b>	<b>34</b>	<b>13,8</b>
Ensino Primário	21	8,5
Primeiro Ciclo	<b>15</b>	<b>6,1</b>
Ensino Secundário	15	6,1
Ensino Médio	127	51,4
Ensino Superior	35	14,2
<b>TARV</b>	<b>N=247</b>	<b>%</b>
TDF3TCEFV	118	47,8
ABC+ALUVIA	1	0,40
ABC+EFV	6	2,4
AZT+3TC+NVP	122	49,4
<b>Estado Serológico do Parceiro</b>	<b>N=247</b>	<b>%</b>
Negativo	30	12,1
Positivo	165	66,8
Não Fez o Teste (Desconhecido)	52	21,1
<b>Estado Serológico do Bebe (RN)</b>	<b>N=247</b>	<b>%</b>
Não Fez	61	24,7
Negativos	172	69,4
Positivos	14	5,67

**Fonte:** Processos Clínicos.

Quanto ao nível de escolaridade, verificamos que maior parte das mulheres tinham o ensino médio concluído n=127 (51,4%) seguidas das que referiram terem feito o ensino superior n=35(14,2%), n=34(13,8) sem escolaridade, n=21(8,5) tinham o ensino primário concluído, n=15(6,1) primeiro ciclo e n=15(6,1) o ensino secundário concluído. A maior parte das utentes faz o tratamento anti – retroviral usando a combinação de AZT+3TC+NVP n=122 (49,4) e TDF3TCEFV n=118 (47,8%). Quanto a segunda linha de tratamento verificamos que n=6(2,4%) fazem com ABC+EFV e apenas n=1(0,40) foram tratadas com ABC+ALUVIA. Face ao estado serológico do parceiro verificamos

que maior parte dos parceiros das utentes realizaram o teste de HIV tendo testado positivo  $n=165(66,8\%)$ ,  $n=52(21,1\%)$  não aderiram ao teste e  $n=30(12,1\%)$  aderiram ao teste e tiveram resultados negativos. Do estado, estado serológico dos bebés (crianças) nascidas de mãe seropositivas (expostas) verificamos que o maior número foi submetido ao teste do HIV tendo resultado em negativo  $n=172(69,64\%)$ ,  $n=61(24,70\%)$  não realizaram o teste e  $n=14 (5,67\%)$  resultaram em positivos.

## **DISCUSSÃO**

A caracterização das utentes que ocorrem ao PTV constitui-se de capital importância para aferir o nível de adesão das mulheres grávidas, a fim de se elaborar políticas para diminuir novos casos de infeção do HIV de mãe para o filho e permitir assim dar oportunidade para o acesso a profilaxia anti-retroviral. Sendo assim o maior número de grávidas que ocorrem a maternidade do Hospital Central do Huambo no PTV estão na faixa etária dos 23 aos 28 anos de idade  $n=82 (33,3\%)$  seguidas de 29-34 anos  $n=67 (27,24\%)$  e  $n=42 (17\%)$  e as 35-40 anos de idade, estando em conformidade com o estudo feito por (Victor, 2018) na maternidade Lucrecia Paim em Luanda Angola e no Brasil respectivamente (Lima, Costa, Teles, Damasceno, & Oriá, 2014) .Quanto ao estado civil observamos que as solteiras aderiam ao PTV  $n=123(37,2\%)$  este resultado não coincide com o estudo de feito no Brasil pois para o nosso caso mais de metade eram solteiras o que contraria este resultado com 76% da amostra (Souza et al. 2016). O Acompanhamento adequado do pré-natal constitui um indicador preditor de um desfecho feliz do parto e de diminuição da morte infantil. Nos Estados Unidos foi demonstrado que mulheres com um pré-natal inadequado, isto é, com menos de 50% das visitas recomendadas tinham um risco aumentado de parto prematuro e mortalidade infantil quando comparadas com mulheres que receberam acompanhamento pré-natal adequado (Lisboa, 2019). Para o nosso contexto é recomendado o mínimo de 6 (Seis) consultas pré-natais com vista a diminuir os riscos decorrentes da gravidez e do parto ainda mais, quando se trata de seropositivas. Na nossa amostra verificamos que  $n=174(70,5\%)$  e  $52(21,05\%)$  realizaram uma a duas consultas apenas, o que constitui motivo de grande preocupação para os profissionais de saúde materna e uma oportunidade para melhorarem os mecanismos de captação das mulheres para adesão as CPN (consultas pré-natais) e ao PTV.

A combinação de AZT+3TC+NVP n=122 (49,4%), TDF3TCEFV n=118 (47,8%), bem como n=6(2,4%) para o tratamento anti-retroviral na nossa amostra assim como ABC+EFV n=1(0,40%) e ABC+ALUVIA constituem o protocolo para as grávidas seropositivas, estes último é aplicado para aquelas mulheres que por alguma razão tinham desistido (abandonado) o tratamento. Este protocolo apresenta algumas similitudes com as recomendações para a prevenção da transmissão vertical no Brasil (Gouvêa, 2015).

Do estado serológico dos bebés (crianças) nascidas de mãe seropositivas (expostas) verificamos que o maior número foi submetido ao teste do HIV tendo resultado em negativo n=172(69,64%), n=61(24,70%) não realizaram o teste; observamos ainda que n=14 (5,67%) resultaram em positivos. Fernandes et al., 2005 apontam para uma prevalência de 6% mesmos naqueles casos em que as mães tinham sido submetidas ao TARV. Conclui-se que há pouca adesão das gestantes ao programa da Prevenção da transmissão vertical do HIV da mãe para o bebé e às consultas pré-natais, pois maior parte delas, começam com o PTV na segunda metade da gravidez. As mulheres com escolaridades mais elevadas tendem a aderir mais ao programa. A maior parte das mães que aderiram ao PTV tiveram bebé com estado serológico negativo. Há necessidades de se continuar com estudos desta natureza, com vista a compreender melhor este fenómeno e consciencializar as mães sobre a importância do PTVe assim eliminar a infeção do HIV em crianças dando oportunidade a estas nascerem para brilhar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santos, S. M., Santos, D. S. S., Bispo, T. C. F., Nunes, F. N., Silva, L. G. P., & Lima, S. R. M. P. (2017). Transmissão vertical do HIV: dificuldade na adesão ao pré-natal. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(1), 56-61. [doi:10.17267/2317-3378rec.v6i1.1109](https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1109)

Estatística, I. N. (2014). *Resultados Definitivos do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola 2014*. Angola: Instituto Nacional de Estatística

Fischer, C., Rosario, J. L., Alves, G. A., Mezadi, T., & Grillo, L. T. (2019). Estado nutricional de gestantes infectadas pelo HIV/AIDS: período de 2010 a 2015. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 13(79), 400-406.

Friedrich, L., Menegotto, M., Magdaleno, A. M., & Silva, C. L. O. (2016). Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. *Boletim Científico de Pediatria*, 5(3), 81-86.

Gouvêa, A. N. (2015). Ações recomendadas para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14(2), 78-86  
doi:10.12957/rhupe.2015.18443

Hernandes, C. P., Rocha, R. K., Hausmann, A., Appelt, J. B., & Marques, C. M. (2018). Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. *Journal of Health & Biological Sciences*, 7(1), 32-40. doi:10.12662/2317-3076jhbs.v7i1.2211.p32-40.2019

Lima, A. C. M. A. C., Costa, C. C., Teles, L. M. R., Damasceno, A. K. C., & Oriá, M. O. B. (2014). Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 311-318. doi.org/10.1590/1982-0194201400053.

Lisboa, C. S. (2019). Programa Bolsa Família na fase gestacional: desfechos perinatais de mulheres de um município do Recôncavo da Bahia.(Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.

Souza, C. P., Piantino, C. B., Queiroz, C. A., Maia, M. A. C., Fortuna, C. M., & Andrade, R. D. (2016). Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4526-4537.

Redmond, A. M., & McNamara, J. F. (2015). O caminho para eliminação da transmissão vertical do HIV. *Jornal de Pediatria*, 91(6), 509-511. doi:10.1016/j.jpmed.2015.08.004

Sida, M. d. S. I. N. d. L. C. (2014). *V Plano Estratégico Nacional da Resposta as ITS e Hapatites Virais 2015-2018*. Luanda Angola 5.

Sida, M. d. S. I. N. d. L. C. (2014a). *Relatorio do Progresso da Resposta Global a SIDA (GARPR, 2014)*. Republica de Angola 4.

Victor, N. P. N. (2018). Perfil obstétrico das gestantes infectadas pelo VIH na maternidade Lucrecia Paim no período de janeiro–Junho de 2015.