







Abandono do acompanhamento em saúde de bebês de mães com agravo de transmissão vertical*

Abandonment of health monitoring of babies of mothers with vertical transmission grievance

Como citar este artigo:

Shibukawa BMC, Merino MFGL, Lanjoni VP, Brito FAM, Furtado MD, Higarashi IH. Abandonment of health monitoring of babies of mothers with vertical transmission grievance. Rev Rene. 2021;22:e60815. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260815>

-  Bianca Machado Cruz Shibukawa¹
-  Maria de Fátima Garcia Lopes Merino¹
-  Vanessa Paula Lanjoni²
-  Franciele Aline Machado de Brito¹
-  Marcela Demitto Furtado¹
-  Ieda Harumi Higarashi¹

*Extraído da dissertação "Acompanhamento de crianças de mães com agravo de transmissão vertical", Universidade Estadual de Maringá, 2019.

¹Universidade Estadual de Maringá.
Maringá, PR, Brasil.

²Hospital e Maternidade Santa Casa de Maringá.
Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente:

Bianca Machado Cruz Shibukawa.
Avenida Colombo, 5790. CEP: 87020-900.
Bloco 2. Maringá, PR, Brasil.
E-mail: bih.cruuz@gmail.com

EDITOR CHEFE: Viviane Martins da Silva
EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

RESUMO

Objetivo: analisar o abandono do acompanhamento em saúde de bebês de mães com agravo de transmissão vertical. **Métodos:** estudo documental retrospectivo. Os dados foram oriundos de prontuários de crianças estratificadas como alto risco pelo Programa Rede Mãe Paranaense, devido serem filhas de mulheres com diagnóstico de sífilis, toxoplasmose ou Vírus da Imunodeficiência Humana no período gestacional, atendidas em centro de referência de atendimento materno-infantil. Para a análise dos fatores associados ao abandono do tratamento, realizou-se análise univariada e Teste Exato de Fisher com as variáveis socio-demográficas. Todos os preceitos éticos foram observados. **Resultados:** foram analisados 136 prontuários. Os casos com maior taxa de abandono foram de filhos de mulheres com toxoplasmose e sífilis gestacional, apresentando taxas de 48,4% e 45,7%, respectivamente. **Conclusão:** o abandono do acompanhamento de saúde dos bebês é recorrente. Os motivos de abandono frequentes foram: falta de busca ativa, falta de transporte e imprevisto familiar. **Descritores:** Serviços de Saúde da Criança; Pacientes Não Comparecentes; Acesso aos Serviços de Saúde; Pacientes Desistentes do Tratamento; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the abandonment of the health monitoring of babies of mothers with vertical transmission grievance. **Methods:** a retrospective documental study. The data came from children's records stratified as high risk by the Paranaense Mother Network Program, due to being daughters of women diagnosed with syphilis, toxoplasmosis or Human Immunodeficiency Virus in the gestational period, attended in a reference center of maternal-infant care. For the analysis of factors associated with abandonment of treatment, univariate analysis and Fisher's Exact Test with sociodemographic variables were performed. All ethical precepts were observed. **Results:** a total of 136 medical records were analyzed. The cases with the highest abandonment rate were the children of women with toxoplasmosis and gestational syphilis, presenting rates of 48.4% and 45.7%, respectively. **Conclusion:** the abandonment of baby health monitoring is recurrent. The reasons for frequent abandonment were: lack of active search, lack of transportation and unforeseen family events. **Descriptors:** Child Health Services; No-Show Patients; Health Services Accessibility; Patient Dropouts; Continuity of Patient Care.

Introdução

As doenças de transmissão vertical são um grande desafio para a saúde pública, sendo as mais comuns, sífilis, toxoplasmose e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Para o adequado enfrentamento destas, é necessário garantir a correta abordagem da gestante e de seu parceiro para o tratamento, com vistas à interrupção da cadeia de transmissão⁽¹⁻³⁾.

No mundo, em 2016 existiam cerca de 2 milhões de gestantes infectadas com sífilis e, destas, 1,2 milhões transmitem o agravo para seus filhos por via transplacentária, gerando desfechos desfavoráveis⁽¹⁾. Anualmente, surgem 190.100 casos de toxoplasmose congênita no mundo, podendo causar hidrocefalia, epilepsia e perda de visão nos bebês⁽²⁾. Estima-se ainda que, se não tratadas, 20,0% das crianças com HIV podem morrer antes mesmo de completarem seis meses de vida, e 50,0% antes de completarem dois anos⁽³⁾.

A exposição intraútero aos agravos supracitados prevê sua estratificação como alto risco devido aos desfechos desfavoráveis que deles podem resultar. Portanto, para garantir a segurança de um crescimento assistido por uma rede multidisciplinar, é de suma importância o acompanhamento sistematizado de seu desenvolvimento⁽⁴⁾.

Ainda não estão claros, na literatura, todos os desfechos desfavoráveis que estas crianças podem desenvolver ao longo de sua infância; porém, é sabido que as mesmas possuem maior risco de mortalidade, o que as torna um grupo vulnerável⁽¹⁻⁴⁾. O acompanhamento especializado é um direito da criança vulnerável, garantido por meio de programas nacionais de saúde materna e infantil, os quais devem ser ofertados aos responsáveis, gerando a vinculação da criança a esta rede de serviços, garantindo o acesso⁽⁴⁾.

O acompanhamento sistemático da saúde do bebê em condições de vulnerabilidade por agravo de transmissão vertical, pode orientar o processo de decisão para a implementação de medidas que contribuam e estimulem as mães a manterem o acompanhamento dos filhos.

Entretanto, evidências na literatura apontam para altas taxas de abandono do tratamento e acompanhamento nos serviços de saúde⁽⁵⁻⁸⁾. Neste contexto, e considerando o cenário específico destas ações programáticas, a questão do estudo que se coloca é: quais os motivos de abandono de acompanhamento de bebês de mães com doenças de transmissão vertical, nos ambulatórios pediátricos de alto risco da Rede Mãe Paranaense?

Em assim sendo, e tendo em vista as possíveis complicações à saúde global e ao processo de crescimento/desenvolvimento decorrentes do abandono do acompanhamento especializado, objetivou-se analisar o abandono do acompanhamento em saúde de bebês de mães com agravo de transmissão vertical.

Métodos

Trata-se de um estudo documental retrospectivo. Os dados são oriundos de prontuários de todas as crianças encaminhadas e acompanhadas pelo ambulatório de alto risco, referência de atendimento da Rede Mãe Paranaense para 30 municípios no noroeste do Paraná, de janeiro de 2015 a dezembro de 2018, cujas mães apresentaram diagnóstico de sífilis, toxoplasmose ou Vírus da Imunodeficiência Humana. A inclusão de dados a partir de 2015, justifica-se pela data da implementação de registros eletrônicos do ambulatório de alto risco.

O embasamento teórico que conduziu o estudo foi ancorado nos conceitos preconizados do Programa Rede Mãe Paranaense, guiados pela Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Este manual define o funcionamento da atenção materna e infantil no Paraná, por meio da captação precoce da gestante e acompanhamento dos recém-nascidos com até um ano de vida⁽⁹⁾.

O manual prevê a estratificação do risco de morte das crianças em risco habitual, intermediário e alto. Após a estratificação, as crianças são vinculadas aos serviços de saúde. Crianças de baixo risco consultam somente na atenção primária à saúde; crianças

de risco intermediário e alto risco são atendidos em serviços ambulatoriais secundários, os quais promovem consultas com pediatras, especialistas, e equipes multiprofissionais, além de disponibilizar todos os exames prescritos⁽⁹⁾.

Considerou-se como único critério de inclusão o prontuário de bebês de mães diagnosticadas com sífilis, toxoplasmose ou HIV durante a gestação, conforme recomendado pela Linha Guia da Rede Mãe Paranaense⁽¹⁰⁾. Não houve adoção de critério de exclusão.

No período contemplado no estudo, foram encaminhadas ao ambulatório de alto risco 908 crianças, sendo que, destas, inicialmente, foram excluídas 772 por não atenderem ao critério de inclusão: terem sido encaminhadas devido sífilis, toxoplasmose e HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) materna. Portanto, integraram a amostra 136 prontuários de crianças que atenderam ao critério de inclusão. Destas, 81 foram encaminhadas por serem filhas de mulheres com sífilis gestacional, 31 filhas de mulheres com toxoplasmose e 24 filhas de mulheres com HIV/AIDS.

A coleta de dados ocorreu de setembro de 2018 a janeiro de 2019, mediante agendamento prévio junto ao setor responsável. Com a lista dos códigos referentes às crianças em mãos, a pesquisadora procedeu à leitura de todos os prontuários, com seleção apenas dos casos de interesse para a pesquisa, segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos.

Para auxiliar a coleta, os prontuários foram categorizados de acordo com os motivos de encaminhamento (tipo de agravo de transmissão vertical): sífilis, toxoplasmose e HIV/AIDS. O ambulatório de alto risco estudado realiza o acompanhamento destas crianças somente até os 12 primeiros meses de vida, limite étário geral para o alto risco previsto em Linha Guia⁽⁹⁾.

Os dados foram captados por meio de consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes, e as informações coletadas com o auxílio de formulário estruturado elaborado pela pesquisadora, o qual contemplava tanto variáveis infantis quanto maternas.

Para as variáveis infantis, foram selecionados dados referentes ao momento do nascimento, via de parto (normal e cesárea), idade gestacional (≤ 36 e ≥ 37 semanas), Apgar do 1º e 5º minutos de vida (≤ 7 e ≥ 8), além de motivo de encaminhamento ao serviço ambulatorial de alto risco (serem filhos de mulheres com diagnóstico de sífilis, toxoplasmose ou HIV/AIDS durante a gestação), desenvolvimento psicomotor relatado em consulta sem instrumento específico descrito (normal e alterado), e intercorrências ao longo do acompanhamento junto ao ambulatório de alto risco.

Em relação às variáveis maternas, coletou-se os dados referentes à idade (< 19 , 19 a 34, e ≥ 35 anos), escolaridade (< 8 e ≥ 8 anos de estudo), raça/cor (branca e não-branca), estado civil (com companheiro e sem companheiro), nacionalidade (brasileira e estrangeira) e religião (evangélica, católica, e outros).

Todas as crianças devem ser acompanhadas até os 12 meses de vida e realizar no mínimo quatro consultas. Contudo, a criança pode realizar mais consultas a critério médico, porém só receberá alta após completar um ano de vida. Portanto, em relação ao abandono de acompanhamento na Rede Mãe Paranaense, considerou-se abandono todos os casos em que as crianças não compareceram às consultas agendadas por um período de nove meses, visto que a primeira consulta ao ambulatório geralmente ocorre até o terceiro mês de vida do bebê, e o ambulatório de alto risco realiza o acompanhamento até as mesmas completarem um ano.

Como preconizado pela Rede Mãe Paranaense⁽⁹⁾, o ambulatório de alto risco ao final de cada dia de atendimento enviava um e-mail para todas as unidades de saúde/municípios, informando o nome e telefone do paciente não-comparecente, uma vez que é responsabilidade do ambulatório proceder uma busca ativa pelas crianças e realizar esta devolutiva para o ambulatório de alto risco.

Estas devolutivas eram registradas em prontuários e analisadas pelas pesquisadoras, as quais

classificaram os registros em oito motivos, sendo eles: responsável alegou não saber da existência da consulta; criança estava internada no dia da consulta; responsável esqueceu a consulta; falta de transporte; imprevisto familiar; mudança de município/referência; não conseguiram fazer os exames solicitados (por isso optaram não ir à consulta), e por fim, foram classificados como “sem resposta à busca ativa” aqueles casos em que não houve devolutiva de busca ativa por parte da atenção primária à saúde.

Para a análise dos fatores associados ao abandono do acompanhamento (variáveis maternas e infantis supracitadas), realizou-se análise univariada e aplicação do Teste Exato de Fisher. O resultado dos fatores associados ao abandono de acompanhamento foi expresso por meio de *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança (IC) de 95%, e os dados foram processados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS®).

A presente pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob parecer nº 2.287.476/2017. Todas as exigências formais contidas nas normas regulamentadoras de ética em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitadas.

Resultados

No total foram analisados 136 prontuários de crianças, sendo que, destes, os motivos de acompanhamento eram: 81 (59,6%) sífilis gestacional, 31 (22,8%) toxoplasmose gestacional, e 24 (17,6%) HIV/AIDS gestacional. A maioria era do sexo feminino (exceto sífilis), com idade gestacional de nascimento igual ou superior a 37 semanas, Apgar do primeiro e quinto minuto de vida igual ou superior a sete, com peso de pelo menos 2.500 gramas. A faixa etária prevalente das mães foi de 19 a 34 anos, com escolaridade de oito anos ou mais, brancas e com companheiro, exceto nos casos de encaminhamento por sífilis, nos quais as mães eram majoritariamente não brancas e sem companheiro, como descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das mães e caracterização das crianças. Maringá, PR, Brasil, 2019

Variáveis	Sífilis	*HIV/AIDS	Toxoplasmose
	n (%)	n (%)	n (%)
Idade (anos)			
<19	11 (13,6)	1 (4,2)	0
19-34	67 (82,7)	20 (83,3)	26 (83,9)
≥35	3 (3,7)	3 (12,5)	5 (16,1)
Escolaridade (anos)			
< 8	31 (38,3)	11 (45,8)	15 (48,4)
≥8	50 (61,7)	13 (54,2)	16 (51,6)
Etnia			
Branca	39 (48,1)	14 (58,3)	20 (64,5)
Não-branca	42 (51,9)	10 (41,7)	11 (35,5)
Situação civil			
Com companheiro	37 (45,7)	17 (70,8)	18 (58,1)
Sem companheiro	44 (54,3)	7 (29,2)	13 (41,9)
Variável clínica			
Cesárea	43 (53,1)	24 (100)	15 (48,4)
Normal	38 (46,9)	0	16 (51,6)
Sexo			
Feminino	36(44,4)	13(54,2)	16(51,6)
Masculino	45(55,6)	11(45,8)	15(48,4)
Idade gestacional			
< 36	10 (12,3)	4(16,7)	4(12,9)
≥ 37	53(65,4)	16(66,7)	21(67,7)
Em branco	18(22,2)	4(16,7)	6(19,4)
Apgar 1º minuto			
< 6	10(12,3)	2(8,3)	3(9,7)
≥ 7	56(69,1)	19(79,2)	23(74,2)
Em branco	15(18,5)	3(12,5)	5(16,1)
Apgar 5º minuto			
< 6	-	1(4,2)	1(3,2)
≥ 7	66(81,5)	20(83,3)	25(80,6)
Em branco	15(18,5)	3(12,5)	5(16,1)
Peso (gramas)			
< 2.499	8(9,9)	3(9,7)	6(25)
>2.500	55(67,9)	23(74,2)	15(62,5)
Em branco	18(22,2)	5(16,1)	3(12,5)

*HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Verificou-se um alto número de abandonos de acompanhamento no presente estudo. Ao proceder-se à distribuição dos abandonos de acordo com as cidades de origem, evidenciou-se que a maioria dos responsáveis pelas crianças que abandonaram o acom-

panhamento eram provenientes do próprio município sede, representando 44 (54,3%) e 14 (45,2%) crianças, respectivamente, para os casos encaminhados por sífilis e toxoplasmose. A exceção foram os casos encaminhados por HIV/AIDS, os quais apresentaram sete (29,2%) casos de evasão entre residentes dos municípios circunvizinhos.

O abandono chegou a quase metade dos acompanhamentos, exceto nos casos de HIV/AIDS. Os motivos frequentes de abandono listados pelo serviço foram: sem resposta à busca ativa, falta de transporte, e imprevisto familiar, como segue na Tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência e motivos de abandono do acompanhamento infantil. Maringá, PR, Brasil, 2019

Abandono	Sífilis	Toxo- plasmose	*HIV/ AIDS
	n (%)	n (%)	n (%)
Abandono de acompanhamento	37 (45,7)	15 (48,4)	7 (29,2)
Motivos do abandono			
Responsável alegou não saber da existência da consulta	1 (2,7)	-	-
Criança estava internada no dia da consulta	1 (2,7)	-	-
Responsável esqueceu-se da consulta	2 (5,4)	2 (13,3)	-
Falta de transporte	7 (18,9)	3 (20)	3 (42,9)
Imprevisto familiar	7 (18,9)	3 (20)	1 (14,3)
Mudança de município/referência	1 (2,7)	-	-
Não conseguir fazer exames solicitados	1 (2,7)	-	-
Sem resposta à busca ativa	17 (45,9)	7 (46,7)	3 (42,9)

*HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Ao analisar o cumprimento da diretriz relativa ao número mínimo de quatro consultas realizadas, foi possível evidenciar o abandono do acompanhamento muito antes do preconizado. Em relação ao abandono de acompanhamento de filhos de mulheres com sífilis, 73,0% desistiram já na segunda consulta, 21,6% na terceira e 5,4% na quarta; não houve abandono na quinta consulta. Em relação ao abandono de acompanhamento de filhos de mulheres com toxoplasmose, 40,0% desistiram na segunda consulta, 33,3% na terceira, 20,0% na quarta, e 14,3% na quinta consulta.

Em relação ao abandono de acompanhamento de filhos de mulheres com HIV/AIDS, 28,6% desistiram na segunda consulta, 28,6% na terceira e 42,9% na quarta; não houve abandono na quinta consulta.

Os motivos que podem justificar o abandono do acompanhamento relacionam-se com situações particulares; contudo, mediante estes achados, reflete-se ainda sobre falhas no cumprimento das ações preconizadas pelo programa, tais como a realização de visita às crianças faltosas nas atividades programadas e o agendamento de nova consulta, com priorização das crianças em situação de risco.

Numa tentativa de encontrar um padrão no abandono, optou-se por realizar cálculos de associação das variáveis maternas (idade, escolaridade, etnia, estado civil e via de parto) e infantis (sexo, idade gestacional, Apgar de primeiro e quinto minuto, e peso) com o agravo de transmissão vertical, visto o tamanho populacional. Porém, a única associação estatisticamente significativa identificada foi entre sexo masculino e ocorrência de agravo de transmissão vertical (p=0,002).

Discussão

Como limitação deste estudo documental, pode-se destacar a própria fonte de dados, os prontuários, uma vez que as informações necessárias estão condicionadas à qualidade dos registros realizados. Contudo, o estudo permitiu descortinar fragilidades no campo de acompanhamento de saúde infantil, evidenciando nós críticos para intervenções futuras. Ao se identificar as principais fragilidades do acompanhamento infantil, proporciona-se aos profissionais de saúde uma base teórica para auxiliar na formulação de atividades em educação em saúde, para melhorar a efetividade do programa da Rede Mãe Paranaense.

Os achados relacionados às variáveis maternas, como idade, escolaridade e etnia, coadunam-se com o perfil encontrado na literatura, ratificando a importância da valorização do seguimento do pré-natal e do tratamento da criança, os quais devem ser priorizados

pelas políticas públicas a fim de divulgar informações pertinentes que evitem o abandono dos serviços de saúde, com vistas à redução da transmissão vertical, além da conscientização acerca da importância da adesão e permanência no acompanhamento de saúde infantil, para evitar desfechos desfavoráveis⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A única característica materna divergente em relação à literatura foi a etnia, visto que, nesta pesquisa, apenas a sífilis apontou a predominância da cor não-branca, enquanto o HIV/AIDS e a toxoplasmose apresentaram uma maioria de mulheres brancas. Cabe destacar que tais resultados podem decorrer ou serem influenciados por fatores sociogeográficos, tendo em vista o predomínio da colonização europeia no Estado do Paraná^(5,12).

Com relação aos municípios de origem das famílias, os mais frequentes foram aqueles com uma distância máxima de 30 quilômetros do local da consulta. A quantidade de pacientes encaminhados ao serviço de referência, no entanto, se apresentou inferior ao esperado, considerando as notificações ao nascimento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A literatura destaca, dentre os possíveis motivos para esta discrepância numérica entre notificações e encaminhamentos efetivados, a confusão, ou mesmo o desconhecimento e a falta de treinamento sobre as referências e contrarreferências a serem praticadas entre os níveis de atenção à saúde⁽¹³⁾.

O não encaminhamento para o nível de atenção previsto, provoca exposição desnecessária ao risco de morte, além de representar uma privação ao direito de usufruir do acompanhamento especializado. Não proceder com o encaminhamento, constitui um ato de negligência por parte dos profissionais e serviços, e uma omissão inadmissível tendo em vista o consenso na literatura, que aponta a captação precoce e o acompanhamento infantil como grandes aliados contra a mortalidade infantil⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Os motivos encontrados para justificar o abandono, muitas vezes, apresentam relação com aspectos do cotidiano pessoal e familiar dos responsáveis, evi-

denciando a importância de todos os níveis de saúde estarem comprometidos não só com as crianças, mas também com suas famílias, que, em última análise, são os responsáveis diretos pela adesão ao processo de acompanhamento. Outrossim, enfatiza-se a necessidade de que se reforce, em cada consulta da criança no ambulatório de alto-risco ou da família na atenção primária à saúde, a importância deste acompanhamento⁽¹⁴⁾.

Embora ainda seja visível em nossa sociedade o estigma de “gravidade” nos casos da sífilis e de HIV/AIDS⁽¹⁶⁾, observou-se a prevalência de abandono do programa pelas mães do presente estudo já na segunda consulta das crianças, atingindo 73 e 28,6%, respectivamente. As altas taxas de abandono do acompanhamento de bebês no primeiro ano de vida são, em geral, observadas nos acompanhamentos preventivos da criança. Nesses casos, as mães tendem a apresentar tal comportamento por acreditarem não existir perigo iminente na saúde dos filhos. Esse perfil foi apresentado por um estudo da região sul, que investigou a frequência das consultas de puericultura, demonstrando que, apenas 73,0% retornam para a segunda, sendo 40,0% crianças de um e dois meses, 69,8% crianças entre três e quatro meses, e 88,8% maiores de cinco meses⁽¹⁵⁾.

Um estudo sobre o abandono de acompanhamento infantil, envolvendo mães com HIV/AIDS, apontou a realização de em média quatro consultas, resultado semelhante àquele obtido por esta pesquisa, a qual obteve média de três consultas⁽¹⁶⁾. Não foram encontrados na literatura estudos voltados à descrição das razões pelas quais os percentuais de abandono na segunda consulta, por crianças cujas mães possuíam sífilis e toxoplasmose gestacional, fossem tão altos. Porém, sabe-se que o abandono proveniente da clientela de alto risco, independente do motivo de estratificação, é em média de 39,0%⁽¹⁷⁾.

O abandono de acompanhamento provoca grandes problemas logísticos dentro do serviço, pois gera lacunas de horários, as quais não podem ser

preenchidos na última hora. A falta sem aviso prévio ao prestador de serviço também favorece a criação ou aumento da fila de espera daqueles que estão aguardando uma vaga para entrarem no sistema⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Vários foram os motivos de abandono listados neste estudo, porém os aspectos mais enfatizados relacionaram-se à falta de busca ativa e de transporte. Neste contexto, há que se destacar a importância da busca ativa de faltosos, que se constitui num dos pilares da Rede Mãe Paranaense⁽⁹⁾. Esta compõe uma estratégia que procura compreender o motivo da evasão dos pacientes, a fim de viabilizar o bom andamento do serviço de alto risco através do contato direto e assíduo com os pais, e da conscientização dos mesmos em relação à importância das consultas⁽⁴⁾.

Desta forma, o não cumprimento desta atividade fere não apenas as diretrizes da Rede Mãe Paranaense, mas também o direito já garantido de prioridade para reagendamento dos faltosos, quebrando assim o ciclo de funcionamento da rede e colaborando para o abandono^(4,9).

Outro fator preocupante é o número de faltas atribuído a problemas de transporte, remetendo a questões de acessibilidade da população, sendo tais problemas de atribuição do Estado^(4,9). O imprevisto familiar também foi citado como motivo de absenteísmo, fator sobre o qual a equipe de saúde não tem controle. Contudo, a referência a ele deve servir como sinal de alerta para a atenção primária à saúde, como indício de eventual necessidade de atendimento naquela residência. Isto traz relevância, novamente, às questões que envolvem a articulação entre os níveis de atenção à saúde, em prol da assistência com inclusão da família nos cuidados, considerando suas vulnerabilidades, estabelecendo e fortalecendo o vínculo profissional-paciente^(13,18).

O número de consultas previstas dentro do ambulatório de alto risco é muito restrito, fato que, por si só, prejudica a criação de um vínculo de confiança entre as mulheres que levam seus filhos para a consulta e os profissionais de saúde⁽³⁾. Deste modo, pode-se depreender que a falta de vínculo, associada à falta de

transporte e a problemas com busca ativa, acaba por criar um cenário assistencial que predispõe ao abandono do acompanhamento.

Embora tenha sido realizada a análise de todos os casos de abandono em 30 municípios pertencentes à regional de saúde do estudo, o tamanho amostral não permitiu que o teste de associação revelasse conexões entre as variáveis, exceto pelo sexo masculino. Esse dado pode estar associado ao fator cultural, visto que existe o predomínio de postura protetiva em relação ao sexo feminino, considerado mais frágil quando comparado ao masculino⁽¹⁹⁾, o que pode influenciar atitudes de cuidado e proteção dos bebês por parte dos familiares.

Estudos sobre a temática do abandono do acompanhamento nos serviços de saúde são escassos, e em geral se restringem a estudos com entrevistas junto a mães usuárias da rede, ou que descrevem sugestões e queixas de usuários, oriundas de formulários de pesquisa de opinião preenchidos por ocasião dos atendimentos, confirmando a importância desta pesquisa^(2,4,6,15,17).

Conclusão

O abandono do acompanhamento de saúde dos bebês é recorrente. Os casos com maior taxa de abandono foram de filhos de mulheres com toxoplasmose (48,4%), sífilis (45,7%) e Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (29,2%), respectivamente. Os motivos de abandono frequentes foram, falta de busca ativa, falta de transporte e imprevisto familiar.

Agradecimentos

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Código de Financiamento 001, pela concessão de bolsa a Bianca Machado Cruz Shibukawa por meio do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Colaborações

Shibukawa BMC e Higarashi IH contribuíram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Merino MFGL, Lanjoni VP, Brito FAM e Demitto MO contribuíram na redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(6):e00082415. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
2. Bissati KEL, Levigne P, Lykins J, Adlaoui EB, Barkat A, Berraho A. Global initiative for congenital toxoplasmosis: an observational and international comparative clinical analysis. *Micróbios Emerg Infect*. 2018; 7(1):165-7. doi: <https://doi.org/10.1038/s41426-018-0164-4>
3. Peters H, Byrne L, Ruitter A, Francis K, Harding K, Taylor GP, et al. Duration of ruptured membranes and mother-to-child HIV transmission: a prospective population-based surveillance study. *BJOG*. 2016; 123(6):975-81. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13442>
4. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019; 27:e3139. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
5. Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. HIV and syphilis coinfection in pregnancy and vertical HIV transmission: a study based on epidemiological surveillance data. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2016 [cited Aug 20, 2020] 40(6):435-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28718492>
6. Caldeira S, Luz MS, Tacla MTGM, Machineski GG, Silva RMM, Pinto MPV, et al. Nursing care actions in the Paranaense Mother Network Program. *Rev Min Enferm*. 2017; 21:e-992. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170002>
7. Obiefune M, Dakum P, Byron JP. Identifying and prioritizing implementation barriers, gaps, and strategies through the Nigeria implementation science alliance: getting to zero in the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016; 72 (Suppl 2):161-6. doi: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001066>
8. Faria R, Santana P. Spatial variations and regional inequalities in infant mortality in the state of Minas Gerais, Brazil. *Saúde Soc*. 2016; 25(3):736-49. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016147609>
9. Secretaria de Estado do Paraná. Linha Guia Rede Mãe Paranaense [Internet]. 2018 [cited Aug 30, 2020]. Available from: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Mae-Paranaense>
10. Iloghalu EI, Dim CC, Ugwu EO, Onwuka CI, Ozumba BC. Effect of maternal HIV infection on treatment with HAART on neonatal birth weight and other anthropometry: a cohort study of HIV sero-positive women in Enugu, South-East Nigeria. *J Clin Diagn Res*. 2019; 13(12):QC01-QC04. doi: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2019/42918.13361>
11. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018; 26:e3019. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>
12. Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(11):3517-24. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>
13. Reichert APS, Rodrigues PF, Cruz TMAV, Dias TKC, Tacla MTGM, Collet N. Mothers' perception about the relationship with nurses in the child consultation. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017; 11(2):483-90. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201701
14. Gaíva MAM, Monteschio CAC, Moreira MDS, Salge AKM. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av Enferm*. 2018; 36(1):9-21. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>

15. Monteiro ATA, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Souza ALDM. Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária. *Rev Soc Bras Enferm Ped* [Internet]. 2017 [cited Aug 15, 2020]; 17(1):7-13. Available from: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol17-n1/vol_17_n_1-artigo_original_1.pdf
16. Paula CC, Silva FS, Toebe TRP, Bick MA, Ferreira T, Padoin SMM. Chemoprophylaxia, clinical follow-up and immunizations of children exposed to HIV: assessment of family capacity. *Cienc Cuid Saúde*. 2019; 18(1):e45024. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i1.45024>
17. Mirnia K, Akrami F, Jodeiry B, Heidarzadeh M, Safavinia S. Clinical outcomes of high-risk infant follow-up Program in a Tertiary Care Centre. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017; 22(6):476-80. doi: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_62_16
18. Klossowski DG, Godói VC, Xavier CR, Fujinaga CI. Integral assistance to premature infant: implications of practices and public policy. *Rev CEFAC*. 2016; 18(1):137-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161814515>
19. Martins PCR, Pontes ERJC, Higa LT. Convergência entre as taxas de mortalidade infantil e os Índices de Desenvolvimento Humano no Brasil no período de 2000 a 2010. *Interações*. 2018; 19(2):57-62. doi: <https://doi.org/10.20435/inter.v19i2.1552>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons