

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E**  
**ADOLESCENTE**

**ANDRESSA DA SILVA MOREIRA**

**INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – SIFILIS E HIV/AIDS - EM**  
**GESTANTES E RECÉM NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE NA CIDADE**  
**DE BAGÉ/RS**

**PELOTAS**

**2019**

**ANDRESSA DA SILVA MOREIRA**

**INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – SIFILIS E HIV/AIDS - EM  
GESTANTES E RECÉM NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE NA CIDADE  
DE BAGÉ/RS**

Projeto de pesquisa apresentado ao  
Mestrado Profissional em Saúde da  
Mulher, Criança e Adolescente da  
Universidade Católica de Pelotas.

Orientador: Prof. Dr. Fernando  
Barros

**PELOTAS**

**2019**

M838i Moreira, Andressa da Silva  
Infecções sexualmente transmissíveis – sífilis e HIV/AIDS –  
em gestantes e recém nascidos em uma maternidade na cidade  
de Bagé/RS / Andressa da Silva Moreira. - 2019.  
62 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher,  
Criança e Adolescente) - Universidade Católica de Pelotas, 2019.  
Orientador: Fernando Celso Lopes Fernandes de Barros.

1. HIV/AIDS. 2. Parturiente. 3. Recém-nascido. 4. Sífilis I.  
Barros, Fernando Celso Lopes Fernandes de. II. Título.

CDD 616.951

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jetlin da Silva Maglioni CRB-10/2462

**INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – SIFILIS E HIV/AIDS - EM  
GESTANTES E RECÉM NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE NA CIDADE  
DE BAGÉ/RS**

Conceito final: Aprovado  
Aprovado em: 29 de Agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Ricardo Azevedo da Silva  
Universidade Católica de Pelotas

---

Prof. Dr. Maurício Moraes  
Universidade Católica de Pelotas

---

Orientador – Prof. Dr. Fernando Celso Lopes Fernandes De Barros

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter me proporcionado a oportunidade e acompanhamento nesse período para a conclusão desta importante etapa de minha vida.

Aos meus familiares, mãe, pai e minha avó que acreditaram em mim e não mediram esforços para a realização desse sonho.

Aos meus amigos, que compreenderam minha ausência e sempre me incentivaram na concretização dessa etapa.

À Universidade Católica de Pelotas, instituição que muito me orgulho e me possibilitou realizar mais uma etapa importante na minha vida profissional.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente por todos os ensinamentos, satisfação em conhecer e conviver com pessoas fantásticas que me proporcionaram tanto conhecimento.

Ao meu orientador, pelo auxílio, ensinamento e compreensão para realização desta pesquisa.

Por fim, agradeço a banca examinadora por aceitarem e disponibilizarem seu tempo para avaliar o meu trabalho.

## RESUMO

As doenças infectocontagiosas são causas importantes de morbidade. Aquelas transmitidas sexualmente têm particularidades específicas, cursando inicialmente sem sintomatologia específica e podendo acarretar complicações importantes no período gestacional, acometendo não somente a gestante mas também o feto. Duas destas patologias – sífilis e HIV/AIDS – são especialmente importantes devido a sua alta prevalência e aos danos que podem causar. Devido ao aumento significativo dos casos de infecções sexualmente transmissíveis descrito no Brasil, objetivou-se realizar um estudo transversal, para descrever sua prevalência e os fatores socioeconômicos e demográficos associados, em uma maternidade do Hospital Santa Casa, localizado na cidade de Bagé. Serão revisados todos os prontuários de parturientes e recém-nascidos no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, aqueles que tiverem exames positivos para as doenças citadas.

**PALAVRAS CHAVES:** Parturiente, recém-nascido, HIV/AIDS, Sífilis.

## **ABSTRACT**

Infectious disease are important causes of morbidity, and those sexually-transmitted (STIs) are of particular risk, especially when occurring during pregnancy, as they might affect both mothers and fetuses. Two STIs are of special interest, due to their high prevalence: syphilis and HIV/AIDS. Due to the marked increase in cases of STIs in Brazil, a cross-sectional study was designed to describe the prevalence and socio-demographic characteristics of these pathologies in a maternity hospital located in Bagé, in the far south of Rio Grande do Sul, the southernmost state of Brazil. The study will revise all medical records of women and newborns hospitalized in the period from January 2018 to December 2018 and analysed those who tested positive for the diseases. .

**KEYWORDS:** Parturient, newborns, HIV / AIDS, Syphilis.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|               |  |
|---------------|--|
| <b>CEP</b>    | Comitê de Ética em Pesquisa                                  |
| <b>LILACS</b> | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| <b>SUS</b>    | Sistema Único de Saúde                                       |
| <b>SAME</b>   | Serviço de Arquivo Médico e Estatística                      |
| <b>UCPel</b>  | Universidade Católica de Pelotas                             |
| <b>IST</b>    | Infecções sexualmente transmissíveis                         |
| <b>HIV</b>    | Vírus da Imunodeficiência Humana                             |
| <b>AIDS</b>   | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                       |
| <b>OMS</b>    | Organização Mundial da Saúde                                 |
| <b>SINAN</b>  | Sistema de Informação de Agravos de Notificação              |
| <b>ESF</b>    | Estratégia de Saúde da Família                               |
| <b>SCIELO</b> | Scientific Electronic Library Online                         |
| <b>VDRL</b>   | Venereal Disease Research Laboratory                         |
| <b>CDC</b>    | Centros de Controle de Doenças                               |
| <b>CFM</b>    | Conselho Federal de Medicina                                 |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b> .....                   | 11 |
| 1. <b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....            | 12 |
| 2. <b><u>OBJETIVOS</u></b> .....             | 15 |
| 2.1 Geral.....                               | 15 |
| 2.2 Específicos.....                         | 15 |
| 3. <b><u>HIPÓTESES</u></b> .....             | 15 |
| 4. <b><u>REVISÃO DA LITERATURA</u></b> ..... | 16 |
| 4.1 Base de Dados .....                      | 16 |
| 4.2 Descritores.....                         | 16 |
| 4.3 Limites .....                            | 16 |
| 4.4 Critérios de Exclusão.....               | 16 |
| 4.5 Achados da Revisão .....                 | 17 |
| 4.6 Atenção Pré Natal .....                  | 17 |
| 4.7 Sífilis.....                             | 19 |
| 4.8 HIV/AIDS .....                           | 25 |
| 4.9 Interação Sífilis e HIV/AIDS.....        | 28 |
| 5. <b><u>METODOLOGIA</u></b> .....           | 29 |
| 5.1 Delineamento.....                        | 29 |
| 5.2 Local do Estudo .....                    | 29 |
| 5.3 Amostragem .....                         | 30 |
| 5.3.1 Critérios de Inclusão.....             | 30 |
| 5.3.2 Critérios de Exclusão .....            | 30 |
| 5.3.3 Cálculo de Tamanho de Amostra.....     | 30 |
| 5.4 Procedimentos e Instrumentos.....        | 31 |
| 5.4.1 Desfecho Primário .....                | 31 |
| 5.4.2 Desfecho Secundário .....              | 31 |
| 5.4.3 Variáveis de Exposição .....           | 31 |
| 5.5 Análise de Dados .....                   | 32 |
| 5.6 Logística .....                          | 32 |
| 5.7 Aspectos Éticos .....                    | 32 |
| 5.7.1 Riscos.....                            | 32 |
| 5.7.2 Benefícios .....                       | 32 |
| 5.8 Divulgação de Resultados.....            | 33 |
| 6. <b><u>CRONOGRAMA</u></b> .....            | 33 |
| 7. <b><u>ORÇAMENTO</u></b> .....             | 33 |

|   |           |
|---|-----------|
| 8. <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 34        |
| ANEXOS .....  | 36        |
| ANEXOS I- Carta de Autorização do Responsável do Local de Realização da Pesquisa..  | 37        |
| ANEXOS II- Folha de Rosto do CONEP .....  | 38        |
| ANEXOS III- Carta de Apresentação do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCPEL .....  | 39        |
| ANEXOS IV- Parece do Comitê de Ética em Pesquisa .....  | 40        |
| APÊNDICE- Instrumento de pesquisa .....   | 43        |
| <b>Artigo: Infecções sexualmente transmissíveis – Sífilis E HIV/AIDS - em gestantes e recém-nascidos em uma maternidade na cidade de Bagé/RS.....</b> | <b>46</b> |

## **IDENTIFICAÇÃO**

**Título:** Infecções sexualmente transmitidas – sífilis e HIV/AIDS em gestantes e recém-nascidos internados na maternidade da Santa Casa de Caridade de Bagé.

**Mestranda:** Andressa da Silva Moreira

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernando Celso Lopes Fernandes de Barros

**Instituição:** Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

**Curso:** Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

**Linha de pesquisa:** Epidemiologia

**Data:** 2019

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças infectocontagiosas apresentam prevalência importante na população geral, e aquelas de transmissão sexual (infecções sexualmente transmissíveis – IST), são de interesse especial para gestantes e recém-nascidos. Nas gestantes, as alterações fisiológicas decorrentes da gravidez as tornam especialmente sensíveis, e podem alterar o curso da doença. Complicações obstétricas e neonatais podem ocorrer em decorrência destas infecções, acarretando aumento da morbimortalidade materna e infantil. Estas alterações incluem imunossupressão relativa, mudanças anatômicas da gravidez e alterações hormonais.

As infecções na mãe podem impactar tanto a saúde materna quanto a fetal, e a transmissão pode se dar no período da gestação, durante o parto e no puerpério, representando um importante problema de saúde que produz altos índices de morbimortalidade intrauterina, a ocorrência de mal formações, abortos, além de outros problemas. As IST preocupam os órgãos de saúde pública, pelas dificuldades de ações preventivas eficazes. (Magalhães *et al.*, 2011)

O acompanhamento por agentes de saúde de todas gestantes deve ser uma estratégia fundamental de saúde pública. Preferencialmente, esta atenção deveria começar antes da gravidez, pois algumas ações de saúde já podem ser tomadas quando a mulher planeja engravidar. A assistência precoce prestada de forma preventiva é de fundamental importância para a detecção precoce de qualquer comprometimento à saúde.

A atenção pré-natal e puerperal deve ser baseada em ações que garantam a promoção e prevenção da saúde, e um componente fundamental desta atenção é o diagnóstico precoce das doenças infectocontagiosas, que acometem o ser humano em todo momento da vida, porém na gestação o agravante torna-se duplo devido ao grande potencial de transmissão vertical. Oportunizar os exames estabelecidos no protocolo de saúde da gestante é dever de todo estabelecimento de saúde materna, ofertando assim o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, além do acompanhamento da patologia.

O exame de pré-natal é um direito de toda gestante e dever do profissional de saúde, e a ausência de atenção pré-natal é um dos principais fatores do aumento de casos de IST na gravidez. Gestantes que não realizam consultas pré-natais, ou iniciam muito tardiamente estas consultas, e a não realização de procedimentos de triagem para sífilis e HIV/AIDS, são fatores que dificultam a prevenção da transmissão vertical destas doenças. (Figueiró-Filho, 2012)

As IST devem ser enfrentadas com extrema atenção e conscientização por parte dos profissionais de saúde, principalmente quanto ao seu diagnóstico, que deve ser precoce. Quanto ao tratamento, algumas limitações podem ocorrer, produzidas pela possível toxicidade de medicamentos comumente empregados.

O diagnóstico e os tratamentos das IST irão depender do tipo de infecção, do período de incubação, da apresentação clínica da doença, da disponibilidade de testes diagnósticos acurados e rápidos e de tratamento específico.

Tratando-se de IST, deve-se garantir o acompanhamento e tratamento da gestante e parceiro, investigando o comprometimento da doença e acompanhando o seu curso com o tratamento adequado. A sífilis e HIV/AIDS devem merecer especial atenção, tendo em vista o aumento recente de casos.

A sífilis é uma doença ancestral, que tem um curso inicial silencioso, cuja prevalência vem aumentando nos últimos anos, ocasionada pela falta de exames diagnósticos, troca de parceiro e o não uso do preservativo.

A AIDS/HIV permanece sendo um grande problema de saúde, mesmo que o uso de drogas antivirais tenha diminuído muito sua letalidade. Embora o preconceito com relação à doença tenha diminuído, o número de casos ainda permanece elevado, atingindo também as gestantes.

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória, mas estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto. (Magalhães *et al.*, 2011) A inclusão da sífilis na gestação como IST de notificação compulsória justifica-se por sua elevada prevalência e taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado. Na ocorrência de transmissão da sífilis congênita, cerca de 40% dos casos evoluem para aborto espontâneo, e morte fetal ou neonatal. (Estado, 2008) (Magalhães *et al.*, 2011)

A importância do diagnóstico precoce e o acompanhamento através dos serviços de saúde torna-se primordial para objetivo da saúde materno infantil e seus possíveis comprometimentos futuros. Cabe ao profissional a notificação da patologia tornando assim possível, identificar os casos de sífilis adquirida e em gestantes para subsidiar as ações de prevenção e controle da sífilis e da sífilis congênita, monitorar o perfil epidemiológico da sífilis adquirida e em gestantes e suas tendências, monitorar a sífilis adquirida de acordo com seu estadiamento e desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns. (Brasil, 2017)

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem 340 milhões de casos de IST no mundo por ano, dos quais 12 milhões são de sífilis.

Noventa por cento dos casos ocorrem em países em desenvolvimento. (Magalhães *et al.*, 2011)

No período de 2010 a junho de 2016, no Brasil, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 227.663 casos de sífilis adquirida. (Brasil, 2017) Somente no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, entre eles, 185 óbitos. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. (Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2017)

Já para o HIV/AIDS, entre 2007 e 2017, foram notificados no SINAN 194.217 casos de infecção no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste. (Ministério da Saúde do Brasil, 2017) Neste período, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV; a taxa de detecção de gestantes com HIV vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em grande parte devida ao grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha. Em 2016, a região Sul mostrou a maior taxa de detecção (5,6 casos/mil nascidos vivos) entre as regiões – aproximadamente 2,2 vezes maior que a taxa do Brasil. (Ministério da Saúde do Brasil, 2017) Ressalte-se que, na população de gestantes portadoras de HIV, estão inseridas as doentes de AIDS, um estágio mais avançado da infecção. (Acosta e Gonçalves, 2016)

A cidade de Bagé localiza-se na região centro oeste do estado do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 122 mil habitantes de população estimada. A cidade possui 19 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e um posto de atendimento especializado em gestação de alto risco e acompanhamento puerperal e materno-infantil, localizado no centro da cidade. Possui também uma Santa Casa, que atende cinco outros municípios da região: Aceguá, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul. O hospital também é credenciado para atendimento de gestantes de alto risco, e conta ainda com UTI neonatal e pediátrica especializada.

Devido aos dados citados e à prevalência crescente de casos de doenças infectocontagiosas (sífilis e HIV) na gestação, foi realizada esta investigação na cidade de Bagé.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar todos os casos de sífilis e HIV/AIDS diagnosticados em gestantes e recém nascidos internados no Hospital da Santa Casa de Caridade de Bagé entre janeiro de 2018 e dezembro 2018.

### **2.2 Específicos**

- ✓ Estimar a prevalência de sífilis e HIV/AIDS na maternidade estudada, através da comparação do número de casos diagnosticados com o número total de nascimentos no estabelecimento naquele período;
- ✓ Analisar a associação entre a ocorrência destas doenças e condições sociais e demográficas das mães (idade, estado civil, cor da pele, escolaridade);
- ✓ Identificar o perfil do profissional que realizou a atenção pré-natal;
- ✓ Investigar quando o diagnóstico foi realizado, se houve oportunidades perdidas para o diagnóstico, se o tratamento foi prescrito e efetivamente realizado, tanto pela paciente como pelo parceiro;
- ✓ Avaliar a quantidade e qualidade da atenção pré-natal (preconizado pelo Ministério da Saúde) entre os casos diagnosticados: número de consultas, mês de início do pré-natal, acesso a exames de laboratório e medicamentos, acompanhamento da doença pelo profissional de saúde.

## **3. HIPÓTESES**

- ✓ Os casos de sífilis e HIV/AIDS são diagnosticados inicialmente no pré-natal na maioria das gestantes conforme estudos já apontam em pesquisas do ministério, obtendo um aumento gradativo dos anos anteriores devido ao desconhecimento de prevenção e das doenças. A prevalência de sífilis e HIV/AIDS será em torno de 2,5% e 0,8 %, respectivamente.
- ✓ As IST ocorrerão predominantemente em mulheres com baixo nível educacional e sem parceiro fixo.
- ✓ Nestes casos os exames de atenção pré-natal começaram tardiamente, e o número de consultas foi menor do que o preconizado. Haverá casos onde não houve atenção pré-natal.

- ✓ Em alguns casos a prescrição de medicamentos foi realizada, mas o tratamento não foi realizado corretamente.
- ✓ O acompanhamento das gestantes com IST não foi realizado de maneira conveniente.

#### **4. REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão de literatura constituiu-se da busca de artigos científicos relevantes ao tema de pesquisa. A revisão privilegiou artigos realizados no Brasil.

##### **4.1 Bases de dados**

Foram utilizadas as seguintes bases de dados para as buscas:

- a) Scielo.
- b) Google Acadêmico;
- c) PubMed
- d) LiLacs

Também foi realizado para pesquisa busca de informações no site do Ministério da Saúde –Brasil.

##### **4.2 Descritores**

Os descritores utilizados na busca de artigos foram os seguintes:

- a) Pregnancy and siphylis
- b) sífilis congenita
- c) Pregnancy and HIV/AIDS

##### **4.3 Limites**

Os limites utilizados com o intuito de focar a busca nos artigos mais específicos e recentes sobre o assunto de interesse foram os seguintes:

- a) Artigos publicados nos últimos 10 anos (2008 a 2018);
- b) Artigos escritos em língua inglesa e portuguesa;
- c) Artigos realizados com humanos

##### **4.4 Critérios de exclusão**

- a) Artigos que não mostraram relevância em relação ao tema;
- b) Artigos em outros idiomas que não em língua inglesa e portuguesa.

#### 4.5 Achados da revisão

Os achados da revisão de literatura, inicialmente ocorrida nos meses de Janeiro a Maio de 2018.

#### 4.6 Atenção Pré-Natal

Inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado é um importante fator de diminuição da incidência de agravos como baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênitas e óbito perinatal. Para que tais desfechos sejam evitados é necessário que a assistência oferecida cumpra requisitos mínimos o que tradicionalmente tem sido atribuído apenas ao número mínimo de consultas e a época de início de acompanhamento. (Magalhães *et al.*, 2011) Porém há ações que garantem promoção e prevenção da saúde e ainda diagnósticos e tratamentos que podem ocorrer durante esse processo. Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é essencial para o bem estar materno e neonatal.(Figueiró-Filho, 2012)

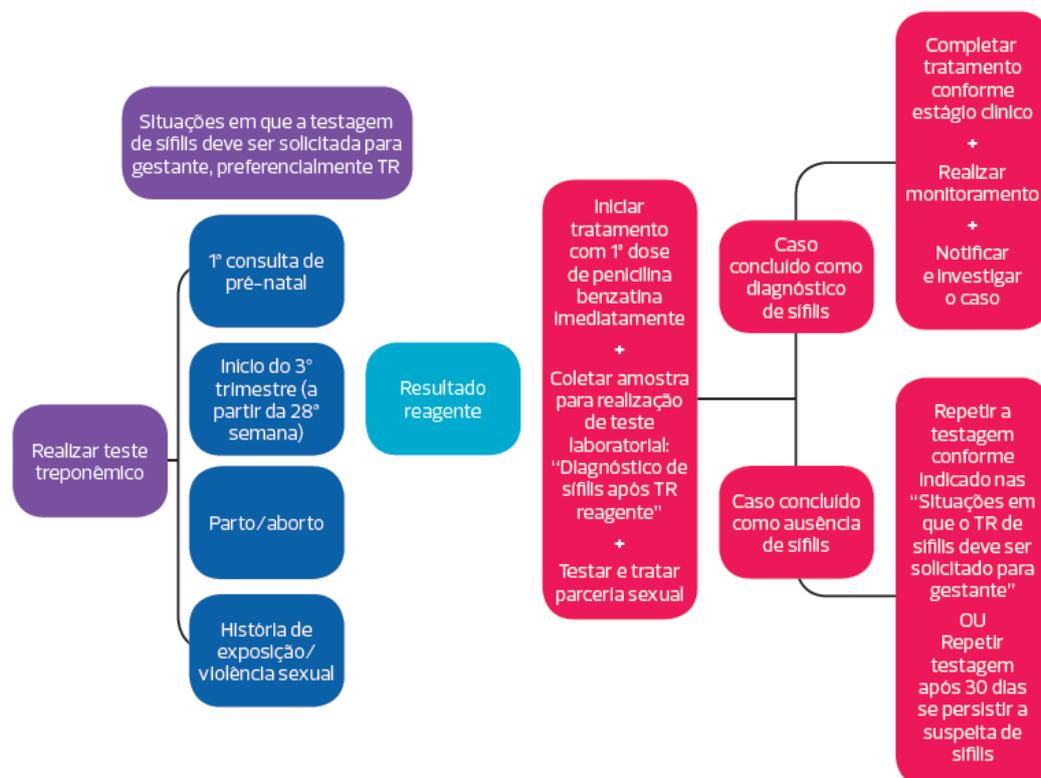
A assistência à gestante deve ter como principal objetivo evitar o comprometimento do feto e do recém-nascido e, conforme recomenda a política nacional de atenção à saúde integral da mulher, todas as mulheres devem ser assistidas de forma integral e adequada às suas necessidades.(Magalhães *et al.*, 2011) Os efeitos imediatos e a longo prazo das infecções de transmissão vertical representam um importante problema de saúde pública.(Brasil, 2017)

A qualidade da assistência à gestação e parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical de importantes doenças tais como a sífilis e o HIV/AIDS, o controle das doenças tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros. (Magalhães *et al.*, 2013) O feto e o recém-nascido podem adquirir infecção causada por vários microrganismo: vírus, bactérias, protozoários e fungos. Essas infecções podem ser adquiridas intra útero, durante o parto ou no período pós parto. (Brasil, 2017)

A falta de ações articuladas envolvendo gestores do sistema de saúde para prevenir a transmissão vertical, com ações de aconselhamento, vigilância epidemiológica e rastreamento do parceiro são fatores que comprometem a prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV/AIDS. A não realização do pré-natal ou a realização de forma inadequada ou incompleta são fatores que podem ocasionar a

sífilis congênita e HIV/AIDS. Faz-se necessário maiores esclarecimentos as gestantes e um maior interesse dos profissionais da saúde. (Figueiró-Filho, 2012)

Os exames para sífilis e HIV/AIDS devem ser solicitados preferencialmente na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semanas) e no momento do parto ou aborto, independente dos exames anteriores. A testagem para IST deve ser realizada em qualquer momento de exposição de risco e/ou violência sexual. (Brasil, 2017) (Magalhães *et al.*, 2011)



Quadro 1 copiado de ref (Brasil, 2017b)

No Brasil, a prevalência da sífilis em parturientes aproximadamente é quatro vezes mais que a infecção pelo HIV. Este é um fato que sinaliza a qualidade na assistência à saúde, podendo ocorrer em média quatro mil novos casos a cada ano, com taxa de incidência de 1,6 caso por mil nascidos vivos. (Figueiró-Filho, 2012)

De 1980 a junho de 2017, foram identificados no país 882.810 casos de AIDS/HIV no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de AIDS/HIV nos últimos cinco anos. No período de 2000 a junho de 2017, registrou-se um total de 673.634 casos de AIDS. Entre as mulheres, verifica-se que nos últimos dez anos a taxa de detecção vem apresentando uma tendência de queda em quase todas as faixas etárias, exceto entre as de 15 a 19: nestas, foram observados aumento. A taxa de detecção de AIDS/HIV em menores de cinco anos tem

sido utilizada como indicador para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Observou-se tendência de queda na taxa para o Brasil nos últimos dez anos, que passou de 3,6 casos/100.000 habitantes em 2006 para 2,4 casos/100.000 habitantes em 2016, o que corresponde a uma queda de 34%. (Brasil, 2017)

#### 4.7 Sífilis

A história da origem da sífilis confunde-se com a história da civilização moderna e é marcada por controvérsias que persistem há mais de meio século. A teoria do novo mundo sustenta que a doença era endêmica nas Américas e foi introduzida na Europa pelos marinheiros de Colombo; a teoria do Velho Mundo se apoia na tese de que as trepanematoses já existiam em terras europeias e eram causadas por um único micro-organismo, mas, que foram sofrendo variações com os anos de modo a adquirirem características que aumentaram sua virulência, permitindo a transmissão sexual e acarretaram epidemias. A primeira epidemia de sífilis relatada na história ocorreu na Europa e data do final do século XV, até então a doença era desconhecida. (Magalhães *et al.*, 2011)

O termo *lues venérea* ou simplesmente *lues*, cujo significado em latim é algo como peste, epidemia, surgiu no século XVI, sífilis como definição de um quadro patológico, começou a ser usado somente no final do século XVIII. Porém, somente em 1907 desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis. (Magalhães *et al.*, 2011)

A descoberta da penicilina em 1928 ofereceu uma medicação eficaz para o tratamento da doença, e trouxe uma redução importante na incidência de casos. Porém, nos anos 1980, ocorreu um ressurgimento da moléstia, provavelmente associado às condições socioeconômicas deterioradas, mudanças no comportamento sexual e ao uso indiscriminado de drogas ilícitas. (Magalhães *et al.*, 2011) (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de evolução crônica e abrangência mundial. Apresenta um período de incubação entre 10 a 90 dias e sua transmissão ocorre principalmente pela via sexual e vertical, mas também por contato com lesões e transfusão sanguínea na fase inicial da doença. A infecção da criança pela sífilis a partir da mãe acarreta o desenvolvimento da sífilis congênita. Durante a evolução natural da doença, ocorrem períodos de atividade com características clínicas e imunológicas distintas, intercalados por períodos de latência, durante os

quais não se observa a presença de sinais ou sintomas. (Magalhães *et al.*, 2011) (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

O curso da doença se divide em quatro estágios: sífilis primária, secundária, latente e tardia ou terciária, esta divisão ocorre de acordo com o tempo de evolução da doença. Sem tratamento a doença tende a se disseminar pelo organismo provocando lesões cutâneas em várias partes do corpo, cardiopatias e acometimento neurológico. Aproximadamente um terço das pessoas acometidas na forma secundária desenvolve as complicações da fase terciária da doença, quando pode haver comprometimentos cardíacos, neurológicos e ortopédicos. Na maioria das vezes são assintomáticas, não se observam treponemas nas lesões e as reações sorológicas têm baixos títulos. (Magalhães *et al.*, 2011)

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do treponema, na gestante infectada e não tratada ou tratada inadequadamente, para o conceito por via transplacentária (transmissão vertical), Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis materna e a duração da exposição do feto no útero. (Carlos, Avelleira e Bottino, 2006) (Magalhães *et al.*, 2011) (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

A transmissão é maior nas fases iniciais da doença; a taxa de transmissão é de 70-100% nas fases primária e secundária, 40% na latente recente e 10% na latente tardia. (Carlos, Avelleira e Bottino, 2006)

A contaminação do feto pode ocasionar em abortamento, óbito fetal e morte neonatal em 40% dos conceptos infectados, ou o nascimento de crianças com sífilis. Aproximadamente 50% das crianças infectadas estão assintomáticas ao nascimento. Há possibilidade de transmissão direta pelo contato da recém nato com lesões genitais maternas no canal do parto. (Carlos, Avelleira e Bottino, 2006) (Magalhães *et al.*, 2011)

O tratamento da sífilis é fase dependente, determinado pelos sintomas e perfil sorológico. A penicilina é a única droga considerada eficaz no tratamento da sífilis materna e o esquema terapêutico varia conforme o estágio da doença, nas mesmas doses do tratamento padrão. (Magalhães *et al.*, 2011)

Toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal. Uma no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre. A parceria sexual também deve ser testada. Além disso é obrigatória à realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, imediatamente após a internação para o parto na maternidade, ou em caso de abortamento. Para o diagnóstico de sífilis em gestante, podem ser utilizados os testes treponêmicos rápidos ou os testes treponêmicos

convencionais (teste rápido) e os não treponêmicos (exames laboratoriais). (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

|                                |                         |   |  |
|--------------------------------|-------------------------|---|--|
| <b>TESTES<br/>IMUNOLÓGICOS</b> | <b>Não treponêmicos</b> | VDRL<br>RPR<br>TRUST  | Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8)<br>Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento  |
|                                | <b>Treponêmicos</b>     | FTA-Abs<br>ELISA/EQL<br>TPHA/TPPA/MHA-TP<br>Teste Rápido (TR) | Na maioria das vezes, permanecem reagentes mesmo após o tratamento, pelo resto da vida da pessoa<br>Não são indicados para monitoramento da resposta ao tratamento |

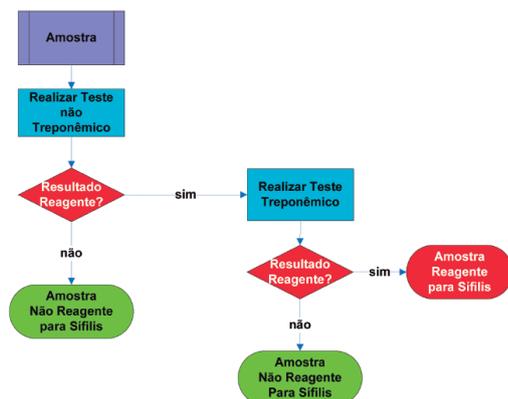
Quadro 2 copiado de ref (Brasil, 2017b)

O primeiro teste indicado é um teste não treponêmico, de menor custo, que apresente boa sensibilidade e que seja de fácil execução. O segundo teste, habitualmente mais caro e mais específico, visa confirmar o diagnóstico, eliminando possíveis resultados falso-positivos que tenham sido gerados no teste não treponêmico. Quando ambos os testes apresentam resultados reagentes, realiza-se um teste não treponêmico quantitativo para a definição do título de anticorpos presentes na amostra. Esse teste quantitativo serve como base para o posterior monitoramento da eficácia do tratamento. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

Nas gestantes positivas é mandatória a realização de controle mensal de tratamento e cura até o parto, assim como a testagem de mulheres internadas para curetagem pós aborto. Os baixos títulos devem ser confirmados com o teste treponêmico, sempre que possível, e na impossibilidade de realiza-lo, todos os títulos devem ser assumidos como doença ativa e as mulheres tratadas como portadoras de sífilis. (Magalhães *et al.*, 2011)

É importante enfatizar que, para a definição do diagnóstico, também se faz necessária a realização de uma avaliação clínica meticulosa, que inclui o exame físico, permitindo a observação da presença dos sinais e sintomas da sífilis, além de uma detalhada anamnese da pessoa, incluindo informações referentes ao risco de infecção por via sexual recente. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

Fluxograma 1 - Teste de triagem não treponêmico confirmado por teste treponêmico



Quadro 3 copiado de ref (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

O diagnóstico de sífilis congênita depende da combinação de critérios clínicos, sorológicos, radiológicos e microscópicos. No Brasil, o Ministério da Saúde normatizou a definição de caso para fins de vigilância epidemiológica. (Magalhães *et al.*, 2011) (Carlos, Avelleira e Bottino, 1943) (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

Os sinais de sífilis congênita podem não ser óbvios e os estigmas da doença podem não ter se desenvolvido ainda. Achados laboratoriais, como teste não treponêmico reagente e titulação elevada (VDRL, por exemplo), assim como a presença de leucócitos e proteína no líquido, podem ocorrer, os achados radiográficos de alterações típicas de ossos longos podem ajudar, já que são sinais clássicos da sífilis congênita. (Brasil, 2017b)

O diagnóstico da sífilis congênita representa um processo complexo, devido ao fato de que mais da metade das crianças são assintomáticas ao nascimento e, mesmo naquelas com alguma expressão clínica, os sinais e sintomas costumam inespecíficos. Não há uma avaliação que determine com alta especificidade e sensibilidade o diagnóstico da infecção na criança. Ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis congênita, devendo ser avaliada a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos exames laboratoriais e radiológicos. (Brasil, 2017b)



Quadro copiado da ref (Brasil, 2017b)

Deve-se avaliar a história clínico epidemiológica da mãe, realizar exame físico detalhado da criança e avaliar os resultados dos testes laboratoriais e dos exames radiológicos. Embora existam testes treponêmicos específicos capazes de detectar recém-nascido, esses testes possuem baixa sensibilidade. Por isso, quando utilizados, deve-se ter em mente que um resultado negativo, não exclui o diagnóstico de sífilis congênita. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

Um resultado reagente no teste não treponêmico em crianças com menos de 18 meses de idade só tem significado clínico se o título encontrado aumentar em duas diluições quando comparado ao título encontrado na amostra da mãe, e deve ser confirmado com uma segunda amostra que deverá ser coletada na criança. Nas situações em que a amostra do recém-nascido for não reagente, ou que o título encontrado na amostra do recém-nascido for menor ou igual ao título encontrado na amostra da mãe, o teste não treponêmico deve ser repetido após 1, 2, e 3 meses. Isso porque, caso ocorra a soro conversão ou detecção de aumento significativo de dois títulos ou mais, considera-se sífilis congênita. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016) (Magalhães *et al.*, 2013) (Magalhães *et al.*, 2011)

Para definição do diagnóstico da sífilis congênita, também se recomenda que sejam realizados os exames complementares: amostra de sangue: hemograma, perfil hepático e eletrólitos, avaliação neurológica, incluindo punção líquórica: células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos; raio-x de ossos longos, avaliação oftalmológica e audiológica. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

As manifestações clínicas da doença em gestantes são semelhantes às da sífilis adquirida que acomete a população geral. A infecção é dividida em estágios

baseados em achados clínicos, que orientam tanto o tratamento como o seguimento dos infectados. (Brasil, 2017b)

A evolução da doença é determinada conforme o tempo de duração dela no organismo, sendo classificada em sífilis recente (menos de dois anos) e sífilis tardia (mais de dois anos). (Brasil, 2017b)

Dentro de sua evolução são apresentadas diferentes manifestações clínicas da patologia que se subdividem em formas de estágio; na sífilis congênita existem três estágios; primário, em média sua manifestação surge 21 dias após contato e apresenta geralmente nódulos indolor único no local do contato (região genitália, períneo, anus, orofaringe, lábios ou mãos) evoluindo para ulcera rapidamente, rico em treponemas (bactéria causadora da doença); secundaria, surge após 6 semanas a 6 meses do contato, são comuns manifestações sistêmicas da infecção, surgindo erupções cutâneas em regiões específicas do corpo (tronco e pés) associado a febre, mal estar e cefaleia; e latente recente, esse período é determinado nos primeiros 2 anos de infecção, onde não há sinais e sintomas clínicos da doença, porém testes imunológicos positivos, a maioria dos diagnósticos é detectado nesse estágio. Já a evolução da sífilis tardia é realizada após dois anos da infecção/ duração da patologia e divide em dois estágios: latente tardia e terciária; o estágio latente tardio se dá através do diagnóstico laboratorial da doença, sem sintoma prévio, apresentando lesões de secundarismos com períodos de latência, durante seu primeiro ano; o estágio terciário há o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular, podendo haver tumorações na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. (Brasil, 2017b)

E indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento. A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição durante o período analisado, indica sucesso do tratamento, denominando se cicatriz ou memória sorológica e pode durar anos ou a vida toda. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

No entanto indivíduos com títulos altos constantes devem permanecer em acompanhamento trimestral e um novo tratamento deve ser realizado se houver ocorrido nova exposição de risco. Caso haja uma elevação de títulos em duas diluições ou mais, deve-se considerar a possibilidade de reinfecção ou reativação da infecção. Nesses casos, deve ser instituído um novo tratamento, estendido as parcerias sexuais, quando necessário. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

A realização de testes treponêmicos não devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Esses testes não permitem a realização de titulação e espera-se que permaneçam reagentes por toda a vida do indivíduo. Quando não tratadas, cerca de 35% das pessoas irão progredir para a cura espontânea, cerca de 35% permanecerão em estado de latência por toda vida e as restantes progredirão para sífilis terciária. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

Apesar de a sífilis ser uma doença de etiologia conhecida e poder alcançar 100% de êxito em relação à prevenção, tratamento e cura, e estes encontrarem-se ao alcance de todos, ainda é possível verificar um recrudescimento dessa. A partir do ano de 2005, o ministério da saúde incluiu a sífilis em gestantes na lista de agravos de notificação compulsória, na tentativa de controlar a transmissão vertical e acompanhar adequadamente o processo da infecção, podendo assim, planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle. (Figueiró-Filho, 2012)

#### **4.8 HIV/AIDS**

O surgimento da AIDS/HIV data de 1981, quando os Centros de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos fizeram o primeiro relato de infecções oportunistas especialmente entre homossexuais. O surgimento da epidemia, grave e mortal, envolvendo diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, discriminação e preconceito) revelou a grande dificuldade de efetivar a prevenção, de se desenvolver medicamentos eficazes e de custo acessível e, ainda, de disponibilizar vacinas eficazes, além de revelar as disparidades inter e entre países. (Greco, 2016)

A disseminação da AIDS/HIV trouxe um lado positivo, que foi o envolvimento da sociedade exigindo informações, verbas para a pesquisa e novos medicamentos, além do esclarecimento sobre os temas complexos (direitos sexuais, direitos humanos, morte, uso de drogas, confidencialidade). (Greco, 2016)

O medo era o sentimento mais presente e teoricamente o mais fácil de combater. Mas o medo sentido pela população era reforçado pelos profissionais de saúde que se recusavam a cuidar de pessoas vivendo com HIV/AIDS e pelas instituições de saúde que se negavam a interná-las. Foi necessária a Resolução (nº 1.359) em 1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o dever dos médicos de atenderem pessoas em risco ou infectadas pelo HIV/AIDS, a qual foi sucedida por outra mais completa, a Resolução 1.665/20033 que incluiu a proibição aos médicos de solicitar compulsoriamente exames sorológicos para o HIV. (Greco, 2016)

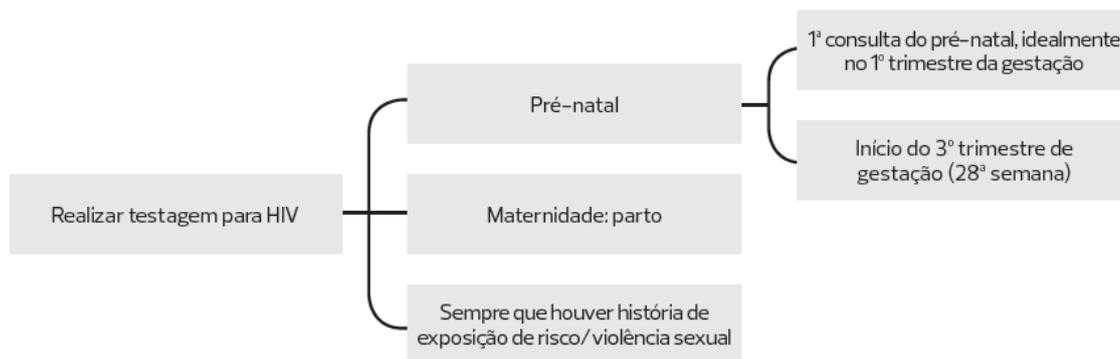
Em 1987, o primeiro alento, quando se comprovou a queda da mortalidade com o uso de zidovudina (AZT), abrindo o caminho para o tratamento do HIV; no Brasil foi

iniciada a distribuição do medicamento no ano de 1991, confirmando assim o compromisso do país com os direitos sociais e humanos, constituídos nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando após esta política aplicado direito a todos o acesso aos medicamentos aprovado em lei.(Greco, 2016) É recomendado pelo programa de controle as infecções sexualmente transmissíveis a utilização da terapia antirretroviral durante o período do ciclo gravídico-puerperal, sobretudo para o recém-nascido. (Costa *et al.*, 2015)

O HIV/AIDS é um problema de saúde pública mundial, que vem atingir também mulheres em idade reprodutiva, ampliando a possibilidade da ocorrência da transmissão vertical, que pode ocorrer desde a gestação e o parto, até o puerpério por intermédio da amamentação. (Costa *et al.*, 2015) (Educação, 2009) (Gomes, Oliveira e Fonseca, 2015)

Segundo a estimativa de prevalência de HIV em parturientes, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de aproximadamente 12 mil casos por ano, sendo a taxa de detecção de 2,4 por 1.000 nascidos vivo. Cerca de 5% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação e, também, por meio do aleitamento, que representa risco adicional de transmissão de 7% a 22%.(Educação, 2009)

Toda gestante ao procurar o serviço de pré-natal deve ser orientada sobre a importância da realização da testagem do HIV/AIDS, salientando os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para a prevenção da transmissão vertical quanto para o controle da infecção materna. Ao momento da testagem, faz-se necessário um ambiente de confiança e respeito, que favoreça o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades, permitindo a atenção resolutiva e a articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. A testagem para HIV/AIDS deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação, ou que houver suspeita de abuso e repetido na internação do ambiente hospitalar. (Brasil, 2017b)



Quadro copiado de ref (Brasil, 2017b)

Um dos fatores de maior risco para transmissão vertical do HIV é a carga viral materna detectável, próximo ao parto. Estudos apontam maior eficácia da profilaxia com esquemas combinados para as crianças expostas de mães que não receberam antirretrovirais na gestação e/ou que não tiverem comprovação de carga viral abaixo último trimestre de gestação. (BRASIL, 2017)

Todos os recém-nascidos expostos ao vírus HIV devem receber medicação profilática com antirretrovirais. O AZT (medicamento antirretroviral) deverá ser administrado imediatamente após o nascimento (nas quatro primeiras horas de vida) e a indicação da medicação Nevirapina (antirretroviral) deverá ser administrada conforme protocolo. Para a eficácia da profilaxia, esta deve ser iniciada o mais precocemente possível, até 48 horas do nascimento. A indicação após 48 horas do nascimento deve ser avaliada individualmente. (BRASIL, 2017)

Na década de 1990 iniciou a organização das ações de prevenção da transmissão vertical da infecção pelo AIDS/HIV no mundo, com foco nas gestantes de risco. Estas ações logo mais assumiram caráter universal, levando à possibilidade de controle e eliminação da AIDS/HIV infantil. (BRASIL, 2017)

Posteriormente foram implantadas medidas para prevenção eficaz do risco de transmissão, sendo elas o diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de drogas antirretrovirais, o parto cesariano programado, a suspensão do aleitamento materno, substituindo por leite artificial (formula infantil) e outros alimentos, de acordo com a idade. Durante o pré-natal, toda gestante tem direito e deve realizar o teste HIV, proporcionando um diagnóstico precoce, que irá favorecer maiores chances de evitar a transmissão para o bebê. (Educação, 2009)

As rotinas de rastreamento de infecção pelo vírus HIV, durante a assistência pré-natal e ao parto no Brasil, estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), estão descritas em vários documentos e recomendam a realização obrigatória de testes para detecção de anticorpos anti-HIV nas gestantes durante a primeira consulta de pré-

natal, e sua repetição no início do 3º trimestre, sempre que possível. (Gomes, Oliveira e Fonseca, 2015)

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico-obstétrico de gestantes infectadas pelo HIV tem como objetivo avaliar a condição geral de saúde da mulher e identificar o status da infecção pelo HIV (situação imunológica e virológica inicial), a presença de comorbidades e de fatores que possam interferir na evolução da gravidez, o nível da carga viral é um dos fatores mais importantes associados ao risco de transmissão vertical do HIV/AIDS. (Brasil, 2017b)

As desigualdades sociais e a discriminação aumentam a vulnerabilidade das pessoas em relação ao HIV/AIDS e dificultam o acesso à necessária prevenção, aos cuidados médicos e à adesão ao tratamento. Outra percepção equivocada, tanto da população quanto da mídia, é que a epidemia estaria controlada, dificultando a necessária e contínua discussão sobre prevenção e diagnóstico, especialmente com os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e com os mais jovens, que não viram o início da epidemia. (Greco, 2016)

As posições geralmente assumidas pelo estado brasileiro se pautam pelo respeito aos direitos humanos, numa visão de não julgamento das atitudes individuais, na política de produção e distribuição de insumos (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, seringas/agulhas descartáveis para usuários de drogas intravenosas) e no acesso universal à prevenção e aos medicamentos antirretrovirais. Infelizmente a responsabilidade dos departamentos responsáveis pelo controle de infecções sexualmente transmissíveis, está sofrendo retrocesso nos últimos anos, devido à pressão dos grupos conservadores, que impedem campanhas, distribuição de materiais educativos em ocasiões especiais e escolas. (Greco, 2016)

As crianças de mãe HIV positivas, devem receber acompanhamento mensal nos primeiros seis meses e no mínimo bimestral a partir do 1º ano de vida. Em todas as consultas, deve-se registrar o peso, o comprimento e o perímetro cefálico. A avaliação do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar déficits. As crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV também podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos. (BRASIL, 2017)

#### **4.9 Interação Sífilis e HIV/AIDS**

A sífilis é um importante agravo em saúde pública, pois além de ser infectocontagiosa e de poder acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de se contrair a infecção pelo vírus da

imunodeficiência humana, uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sífilíticas. A presença da doença no organismo também acelera a evolução da infecção pelo HIV para a síndrome da imunodeficiência adquirida. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016)

As interações entre a sífilis e o vírus do HIV iniciam-se pelo fato de que ambas as doenças são transmitidas principalmente pela via sexual e aumentam sua importância porque lesões genitais ulceradas aumentam o risco de contrair e transmitir o vírus do HIV. (Carlos, Avelleira e Bottino, 1943)

A literatura mostra que a sífilis é a coinfeção mais prevalente em gestantes portadoras do HIV, podendo além de eventos vinculados à sua própria morbidade, facilitar a transmissão vertical do HIV. O compartilhamento das formas de transmissão do HIV e da sífilis, assim como o fato de que práticas sexuais inseguras em relação a transmissão e aquisição do HIV também expõem à sífilis, pode explicar a presença importante da coinfeção em gestantes. (Acosta e Gonçalves, 2016)

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Delineamento**

Estudo descritivo retrospectivo, de natureza transversal, abrangendo o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, realizado em uma maternidade na cidade Bagé. Esta maternidade oferece assistência para a cidade e região, sendo referência regional, por possuir alojamento para mãe de alto risco e UTI adulto e neonatal. As cidades assistidas pelo hospital são Aceguá, Hulha Negra, Candiota, Lavras e Dom Pedrito. O município possui três hospitais na região, um com nível universitário que não possui atendimento obstétrico, outro, militar, que realiza ainda alguns procedimentos, porém não atende a parte neonatal. Portanto, a maioria dos casos são encaminhados para o terceiro hospital, onde será realizada a pesquisa.

Somente serão consideradas as puérperas residentes nos municípios citados acima, por pertencerem à Regional de Saúde, visto que esse é o critério adotado pela diretoria da Vigilância Epidemiológica para contagem de casos locais.

### **5.2 Local do Estudo**

Será realizado no Hospital Santa Casa de Caridade de Bagé, no setor da maternidade; este hospital possui um total de 25 leitos, sendo 16 leitos SUS e 9 leitos particulares. São realizados em média 1200 partos por ano, cerca de 100 por mês. Serão incluídas todas as puérperas com resultado positivo para sífilis ou HIV/AIDS,

testadas no pré-natal ou diagnosticadas no hospital. Com base em dados estaduais do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificações), no ano de 2016 o município registrou 56 casos de sífilis em gestantes, sendo confirmados quatro casos de sífilis congênita. Desta forma, estimamos que serão diagnosticados cerca de 60 casos de sífilis materna e cinco neonatais para o ano de 2018. Já para casos de HIV/AIDS foram notificados na maternidade seis casos de gestantes com a doença e estima-se encontrar 10 casos de puérperas com a doença para os anos de 2017/2018. Os dados utilizados para os casos de HIV/AIDS foram baseados somente nos registros do próprio hospital, devido o sistema SINAN estar em atualização para dados recentes da doença.

### **5.3 Amostragem**

Serão estudados todos os prontuários das pacientes (puérperas) hospitalizadas no período já mencionado. Durante este período, o número de nascimentos que ocorrerão na instituição deverá ser cerca de 1200. Estima-se, com base nos casos notificados no ano de 2017, que ocorrerão cerca de 10 casos de HIV/AIDS e 30 casos de Sífilis materno e congênita.

#### **5.3.1 Critérios de inclusão**

- Puérperas hospitalizadas durante o período do estudo
- Residir na cidade da pesquisa ou nos municípios próximos atendidos pela 7ª Coordenadoria de Saúde, em nível de controle epidemiológico.

#### **5.3.2 Critérios de exclusão**

Serão excluídas do estudo os prontuários que estiverem com registros incompletos.

#### **5.3.3 Cálculo de Tamanho de Amostra**

Este estudo vai analisar uma amostra de conveniência, representada por todos os prontuários de puérperas hospitalizadas no período do estudo. Com base em análises anteriormente realizadas, estima-se que serão encontrados cerca de 10

casos de HIV/AIDS (0,8%) e 30 casos de sífilis (2,5%). Considerando um poder de 80%, uma prevalência de 0,8% poderá ser detectada com um intervalo de confiança de 0,3% com uma amostra de 886 casos. Adicionando 10% para perdas e análises multivariadas, o número necessário será de 975 casos.

#### **5.4 Procedimentos e Instrumentos**

Inicialmente, será solicitada uma autorização formal à coordenação do hospital para a realização do estudo (Anexo I). Após sua aprovação, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), através da Plataforma Brasil, para apreciação e permissão para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo II). Os dados do estudo serão coletados através da revisão de prontuários.

Os prontuários que preencherem os critérios de inclusão serão selecionados e farão parte da pesquisa. Os dados serão coletados através de uma ficha espelho que será composta por perguntas demográficas, socioeconômicas, sobre doenças e comprometimentos durante ao acompanhamento pré natal.

##### **5.4.1 Desfecho primário**

Prevalência de casos de Sífilis e HIV/AIDS e forma como estes casos foram diagnosticados

##### **5.4.2 Desfecho secundário**

Má aderência ao tratamento da sífilis e HIV/AIDS durante o pré natal, tornando os efeitos e complicações das doenças mais custoso e sua transmissão vertical com maior probabilidade.

##### **5.4.3 Variáveis de exposição**

Serão utilizados formulários da Secretaria de Saúde onde constam dados epidemiológicos de HIV/AIDS e Sífilis: diagnóstico tratamento da doença no pré-natal e conduta realizada em ambiente hospitalar. (Q1 e Q2) Através dessas notificações serão solicitados os prontuários de cada paciente; onde constam o histórico de

enfermagem com os respectivos dados de identificação (idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, raça, data de nascimento), dados maternos (número de gestações, características de gestações anteriores, patologias descobertas no período pré-natal, etc.), dados do momento do nascimento (tipo de parto, intercorrências pré e trans parto) e dados do recém-nascido onde consta uma avaliação geral do nascimento (sexo, peso, estatura), exame físico (alterações fisiológicas) e se houve alguma intercorrências no momento do nascimento. (Q3 e Q4)

### **5.5 Análise de dados**

Os dados serão editados através do programa EPIDATA 3.1 e analisados através do software STATA 5.0.

### **5.6 Logística**

A aplicação da ficha espelho nos prontuários será realizada pela mestranda responsável pela pesquisa. Por se tratar de dados retrospectivos, as coletas serão realizadas no Hospital Santa Casa de Caridade de Bagé no setor do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística).

## **5.7 ASPECTOS ÉTICOS**

### **5.7.1 Riscos**

A pesquisa terá riscos mínimos, uma vez que será feita com revisão de prontuários onde a identificação das pacientes não será revisada.

### **5.7.2 Benefícios**

Este estudo contribuirá com dados epidemiológicos e permitirá uma melhor compreensão de fatores de riscos e perfil social para doenças sexualmente transmissíveis (sífilis e HIV/AIDS), servindo de base para futuras ações de intervenção focadas em melhorar a qualidade de vida das gestantes, puérperas e recém-nascidos.

## 5.8 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados ao local de realização da pesquisa. Do mesmo modo, será produzido um artigo científico sobre a dissertação com a intenção de publicação.

## 6. CRONOGRAMA

| Atividade/ Mês do Estudo                 | jan | fev | mar | abril | mai | jun | jul | ago | set | out | nov | dez | jan | fev | mar | abril | mai | jun | jul | ago |   |
|--|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|---|
| Revisão Bibliográfica                    | X   | X   | X   | X     | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X     |     |     |     |     |   |
| Elaboração do projeto de pesquisa        | X   | X   | X   | X     | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |     |     |     |       |     |     |     |     |   |
| Submissão ao comitê de ética em Pesquisa |     |     |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |     | X   | X   |     |   |
| Coleta de Dados                          |     |     |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |     | X |
| Análise Estatística                      |     |     |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |     | X |
| Redação da pesquisa                      |     |     |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |     | X |
| Revisão                                  |     |     |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |     | X |
| Elaboração de artigo/Defesa              |     |     |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |     | X |
| Publicação dos resultados                |     |     |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |     | X |

## 7. ORÇAMENTO

| Material                      | Quantidade | Valor unitário | Total               |
|-------------------------------|------------|----------------|---------------------|
| <b>Canetas esferográficas</b> | 20         | 1,50           | 30,00               |
| <b>Pranchetas</b>             | 2          | 5,00           | 10,00               |
| <b>Pastas plásticas</b>       | 2          | 3,00           | 6,00                |
| <b>Xerox</b>                  | 1000       | 0,15           | 150,00              |
|                               |            |                | <b>TOTAL 196,00</b> |

\*O custeio da pesquisa será pago integralmente pela mestranda envolvida no projeto.

## 8. REFERÊNCIAS

- 1.ACOSTA, L. M. W.; GONÇALVES, T. R. Coinfecção HIV / sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV : um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. **Rev Panam Salud Publica**, v. 40, n. 6, p. 435–442, 2016.
- 2.BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Manual Técnico para Diagnóstico da sífilis**. [s.l: s.n.].
- 3.BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume 2, 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde**. [s.l: s.n.]. v. 2
- 4.\_\_\_\_. Prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais. p. 252, 2017b.
- 5.BRASIL. Manejo da infecção pelo hiv em crianças e adolescentes. 2017.
- CARLOS, J.; AVELLEIRA, R.; BOTTINO, G. Syphilis: diagnosis , treatment and control. v. 81, n. 2, p. 111–126, 1943.
- 6.COSTA, A. M. S. DA *et al.* Nursing care postpartum women seropositive for hiv before the inability to natural breastfeeding. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2310, 2015.
- 7.EDUCAÇÃO, A. À. Artigo de Pesquisa. **Revista De Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 7–32, 2009.
- 8.ESTADO, S. DE. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768–72, 2008.
- 9.FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. Sífilis e GeStação: eStudo Comparativo de dois períodoS (2006 e 2011) em população de puérperaS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 1, p. 32–37, 2012.
- GOMES, D. M.; OLIVEIRA, M. I. C.; FONSECA, S. C. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 4, p. 413–423, 2015.
- 11.GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553–1564, 2016.
- 12.MAGALHÃES, D. M. DOS S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade. **Comunicação em ciências da saúde**, v. 22, n. 1, p. 43–54, 2011.
- 13.MAGALHÃES, D. M. DOS S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1109–1120, 2013.
- 14.MAIA, M. M. M. *et al.* Prevalência de infecções congênitas e perinatais em gestantes HIV positivas da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 9, p. 421–427, 2015.

15. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Hiv, aids. **HIV Aids Boletim Epidemiológico**, p. 64, 2017.

16. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017. **Ministério da Saúde**, v. 48, n. 36, p. 41, 2017.

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Carta de Autorização do Responsável do Local de Realização da Pesquisa**

Bagé, 12 de Julho de 2019

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel:

Declaro ter conhecimento e autorizo a realização da pesquisa intitulado **"Infecções sexualmente transmissíveis – Sífilis e HIV/AIDS - em gestantes e recém nascidos em uma maternidade na cidade de Bagé/RS"**, proposto pelo pesquisador **Andressa da Silva Moreira**.

O referido projeto será desenvolvido na maternidade do Hospital Santa Casa de Caridade de Bagé, e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do CEP/UCPel.

Atenciosamente,

Júlio Coutinho de Vargas Neto  
MÉDICO - CREMERS 30688

Dr. Julio C. de Vargas Neto  
DIRETOR TÉCNICO  
CRM 30688

Julio Coutinho de Vargas Neto  
Diretor Técnico

## ANEXO II- Folha de Rosto do CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 1. Projeto de Pesquisa:<br>INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS e SIFILIS E HIV/AIDS - EM GESTANTES E RECÊM NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE NA CIDADE DE BAGÉ/RS   |  |   |   |
| 2. Número de Participantes da Pesquisa: 975  |  |   |   |
| 3. Área Temática:  |  |   |   |
| 4. Área do Conhecimento:<br>Grande Área 4. Ciências da Saúde   |  |   |   |
| <b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>   |  |   |   |
| 5. Nome:<br>ANDRESSA DA SILVA MOREIRA  |  |   |   |
| 6. CPF:<br>025.025.600-84  |  | 7. Endereço (Rua, n.º):<br>Rua Alcebiades Gontzen CENTRO 1225 BAGE RIO GRANDE DO SUL 96400510 |   |
| 8. Nacionalidade:<br>BRASILEIRO  |  | 9. Telefone:<br>53999025967   | 10. Outro Telefone:   |
| 11. Email:<br>andressa_moreira07@hotmail.com   |  |   |   |
| <p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> |  |   |   |
| Data: <u>22 / 04 / 2019</u>  |  | <u>Andressa da Silva Moreira</u><br>Assinatura  |   |
| <b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>  |  |   |   |
| 12. Nome:<br>Universidade Católica de Pelotas - UCPel  |  | 13. CNPJ:<br>92.238.914/0002-04   | 14. Unidade/Orgão:<br>SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA (SPAC) |
| 15. Telefone:<br>(53) 2128-8300  |  | 16. Outro Telefone:   |   |
| Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.   |  |   |   |
| Responsável: <u>Moema Chatkin</u>  |  | CPF: <u>403123610-34</u>  |   |
| Cargo/Função: <u>Direção CCS</u>   |  | Prof.ª Dr.ª Moema Nozilemson Chatkin<br>Diretora do Centro de Ciências da Saúde<br>UCPel      |   |
| Data: <u>22 / 04 / 19</u>  |  | <u>Moema Chatkin</u><br>Assinatura  |   |
| <b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>  |  |   |   |
| Não se aplica.   |  |   |   |

## ANEXO III– Carta de Apresentação do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCPEL

### ANEXO II - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PRÓ-REITORIA ACADÊMICA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

Solicitamos avaliação do projeto intitulado "Infecções Sexualmente Transmissíveis – Sífilis e HIV/AIDS - em gestantes e recém nascidos em uma maternidade na cidade de Bagé/RS", coordenado pela pesquisadora Andressa da Silva Moreira sob a orientação do Professor Dr. Fernando C. Barros, com o objetivo de avaliar todos os casos de sífilis e HIV/AIDS diagnosticados em gestantes e recém nascidos internados no Hospital da Santa Casa de Caridade de Bagé entre janeiro de 2018 e dezembro 2018.

#### Tipo de Pesquisa:

- Iniciação científica                       Dissertação/Mestrado  
 TCC/Graduação                               Tese/Doutorado  
 TCC/Especialização                         Projeto Institucional  
 Outros: \_\_\_\_\_

Declaro que a coleta de dados do projeto acima citado, terá início somente após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UCPEL, conforme a Resolução CNS 466/12, item XL 2. Sendo assim, comprometo-me a elaborar e apresentar os relatórios parciais e o relatório final do projeto ao final da pesquisa.

Pelotas 22 de abr de 2019.

Andressa da Silva Moreira  
Nome e assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

## ANEXO IV– Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
PELOTAS - UCPEL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS e SÍFILIS E HIV/AIDS - EM GESTANTES E RECÉM NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE NA CIDADE DE BAGÉ/RS

**Pesquisador:** ANDRESSA DA SILVA MOREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 14773019.0.0000.5339

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA (SPAC)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.453.373

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal, descritivo, retrospectivo acerca do panorama das infecções sexualmente transmissíveis (Sífilis e HIV/AIDS) em gestantes e recém nascidos em maternidade referência regional da região da campanha, no Rio Grande do Sul.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário se debruça em avaliar todos os casos de Sífilis e HIV/AIDS na maternidade estudada, entre janeiro de e dezembro de 2018. Como meta secundária o estudo pretende estimar a prevalência das doenças estudadas, comparando o número de casos diagnosticados em relação ao número de nascidos no período, na maternidade estudada. Pretende ainda analisar a associação entre a ocorrência das infecções e o perfil demográfico e social dos pacientes, identificar o perfil profissional de quem realiza a assistência prénatal, se houve oportunidades perdidas de diagnóstico, se o tratamento foi prescrito e efetivamente realizado pelos pacientes. Ainda pretende avaliar a atenção pré-natal quantitativa e qualitativamente.

**Endereço:** Rua Felix da Cunha, 412

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.010-000

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)2128-8404

**Fax:** (53)2128-8298

**E-mail:** cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 3.453.373

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

CORRETA

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de tema relevante, de grande interesse para a Saúde Pública e compreende matéria de forte impacto social e de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

APRESENTADOS

**Recomendações:**

ATENDIDA

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

ATENDIDA

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo  | Postagem               | Autor                     | Situação |
|---|--|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1282805.pdf                                | 12/07/2019<br>17:40:04 |                           | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Carta_autorizacao_local.pdf  | 12/07/2019<br>17:39:41 | ANDRESSA DA SILVA MOREIRA | Aceito   |
| Cronograma  | Cronograma.pdf   | 27/05/2019<br>18:33:45 | ANDRESSA DA SILVA MOREIRA | Aceito   |
| Outros  | Curriculos_Lattes_Fernando_Celso_Lopes_Fernandes_de_Barros.pdf               | 27/05/2019<br>18:32:26 | ANDRESSA DA SILVA MOREIRA | Aceito   |
| Outros  | Carta_de_apresentacao_projeto.pdf  | 27/05/2019<br>18:29:30 | ANDRESSA DA SILVA MOREIRA | Aceito   |
| Outros  | Instrumento_de_pesquisa.pdf  | 19/05/2019<br>17:21:32 | ANDRESSA DA SILVA MOREIRA | Aceito   |
| Orçamento   | Orcamento.pdf  | 19/05/2019<br>17:20:07 | ANDRESSA DA SILVA MOREIRA | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Justificativa_da_Ausencia_do_Termo_d_e_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf | 04/05/2019<br>15:41:38 | ANDRESSA DA SILVA MOREIRA | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Andressa_PROJETO.pdf   | 04/05/2019<br>15:34:29 | ANDRESSA DA SILVA MOREIRA | Aceito   |

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

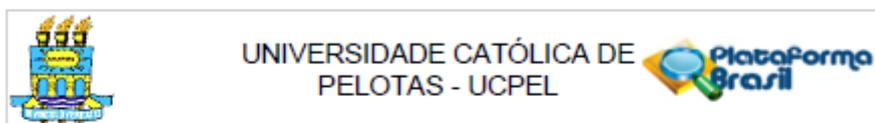
UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8404

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 3.463.373

|                |                    |                        |                              |        |
|----------------|--------------------|------------------------|------------------------------|--------|
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 04/05/2019<br>15:19:31 | ANDRESSA DA<br>SILVA MOREIRA | Aceito |
|----------------|--------------------|------------------------|------------------------------|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PELOTAS, 13 de Julho de 2019

---

Assinado por:  
RICARDO AZEVEDO DA SILVA  
(Coordenador(a))

## APÊNDICE

## Instrumento de pesquisa

Q1

## SANTA CASA DE BAGÉ – UNIDADE NEONATAL

Data da Internação: Dia ...../...../..... h.....min  
 Convênio:.....

## IDENTIFICAÇÃO:

Gestante:.....Data Nasc.....Idade:.....Cor:.....  
 Est.Civil.....Profissão:.....Escolaridade:.....  
 Endereço/Bairro/Cidade:.....Naturalidade:.....  
 Pai:.....Profissão:.....Idade:.....  
 NOME DO RN:.....

## DADOS MATERNS:

| Tipagem sanguínea:           | Grupo:   | Rh: | Amamentação:                  | Tempo:   |
|------------------------------|--|-----|-------------------------------|--|
| Pre natal:.....              | Nº consultas:.....   |     | Orientação amamentação:       |  |
| Gestações anteriores:        | Parto normal:.....   |     | Aborto:.....                  | Natimorto:.....  |
| Gesta.....Para:.....         | Parto Cesária:.....  |     |                               |  |
| DUM:.....                    | DPP:.....  |     | IG:.....                      | Mês que iniciou PN:.....   |
| Patologia Gestação atual     | HAS : S ( ) N ( )<br>Diabete: S ( ) N ( )<br>Infecção: S ( ) N ( )<br>Anemia: S ( ) N ( )<br>Áleoool: S ( ) N ( )<br>Fumo: S ( ) N ( )<br>Drogas ilícitas: S ( ) N ( ) |     | Sorologias:                   | HIV:<br>HIV rápido:<br>VDRL:<br>Hep. B:<br>Toxoplasmose:<br>Rubéola:<br>Citomegalovirus: |
| Uso medicamento na gestação: | Quais:   |     | Usou corticoide no pre natal; | Quando:<br>Quantas doses:  |
| Internou na Casa Gestante:   | Quando:  |     | Motivo:                       | Medicamentos usados:   |
| Local do Pré natal:          | .....  |     | SIS:.....                     | Há sinais de uso de Misoprostol:.....  |

## DADOS DO PARTO: Obstetra:

## Anestesista:

|                    |   |
|--------------------|---|
| Tipo do Parto      | ( ) Vaginal      Cesária ( )  |
| Descrição do Parto | Uso de fórceps:<br>Duração do trabalho de parto:<br>Apresentação: Cefálico ( ) Pélvico ( ) Podálico ( )<br>Circular de Cordão – Sim ( ) Não ( )<br>Tipo de Líquido Amniótico:<br>Bolsa Íntegra ( ) Bolsa Rota: ( ) Data e hora: |

Parto foi induzido:.....Ocitocina:.....Misoprostol:.....  
 Cesária ocorreu antes do trabalho de parto iniciar:.....  
 Indicação da Cesária:.....

Q2

**RELATÓRIO FORMSUS MATERNIDADES  
7º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

Mês de referência:  
Nome da maternidade:  
Responsável pelo preenchimento:  
Data do preenchimento:

**Pacientes positivas para Sífilis:**

Nome da mãe:

Nome do RN:

Título VDRL parturiente:

Título VDRL RN:

Exame de hemograma realizado no RN? ( ) Sim ( ) Não

RX de ossos longos realizados no RN: ( ) Sim ( ) Não

Exame de VDRL no liquor do RN realizado? ( ) Sim ( ) Não

Tratamento realizado no RN? ( ) Sim ( ) Não

Droga utilizada:

Dose:

Tempo:

Número de notificação de sífilis em gestante:

Número de notificação sífilis congênita:

Número do Sis prenatal:

Q3

**RELATÓRIO FORMSUS MATERNIDADES  
7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

Mês de referência:  
Nome da maternidade:  
Responsável pelo preenchimento:  
Data do preenchimento:

**Pacientes positivas para HIV:**

Nome da mãe:

Nome do RN:

Mãe usou AZT no parto: ( ) Sim ( ) Não

Número de frascos: \_\_\_\_\_

RN recebeu AZT: ( ) Sim ( ) Não

Se não justifique: \_\_\_\_\_

Fórmula Láctea: ( ) Sim ( ) Não Quantas? \_\_\_\_\_

Número de notificação da gestante HIV:

Número da notificação Criança Exposta:

Número do Sisprenatal:

**ARTIGO**

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – SIFILIS E HIV/AIDS - EM  
GESTANTES E RECÉM NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE NA CIDADE  
DE BAGÉ/RS

Andressa da Silva Moreira  
Fernando C. Barros

## RESUMO

As doenças infectocontagiosas são causas importantes de morbidade. Aquelas transmitidas sexualmente têm particularidades específicas, cursando inicialmente sem sintomatologia específica e podendo acarretar complicações importantes no período gestacional, acometendo não somente a gestante mas também o feto. Duas destas patologias – sífilis e HIV/AIDS – são especialmente importantes devido a sua alta prevalência e aos danos que podem causar. Devido ao aumento significativo dos casos de infecções sexualmente transmissíveis descrito no Brasil, o presente estudo objetivou a prevalência de casos de sífilis e HIV/AIDS em puerperas no município de Bagé no estado do Rio Grande do Sul. Utilizou um estudo transversal, para descrever a prevalência e os fatores socioeconômicos e demográficos associados, em uma maternidade do Hospital Santa Casa, localizado na cidade de Bagé, no período de Serão revisados todos os prontuários de parturientes e recém-nascidos no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, aqueles que tiverem exames positivos para as doenças citadas. Neste período foram diagnosticados 8 pacientes com HIV/AIDS e 56 com sífilis (duas pacientes tiveram simultaneamente HIV/AIDS e sífilis). Foram considerados todos os casos reagentes de sífilis, ou seja, pacientes que apresentaram teste rápido positivo na admissão do hospital, realizado em todas as pacientes ao internarem no bloco obstétrico, confirmados com testes laboratoriais o estágio da doença. As puerperas HIV/AIDS positivas, todas foram diagnosticadas no pré natal, não havendo diagnóstico hospitalar. Portanto, a prevalência de sífilis foi de 0,3 por 1000 nascimentos e a de HIV/AIDS foi de 0,043 por 1000 nascimentos. Há necessidade de um acompanhamento mais direto dos casos diagnosticados com HIV/AIDS e sífilis em puerperas o que é facilitado através de testes rápidos e pela assistência na rede básica de saúde, com a participação direta dos profissionais assistenciais e agentes de saúde. Assim espera-se uma maior integração entre os serviços, a partir da centralização e da ordenação do cuidado na atenção básica, proporcionando e o priorizando acompanhamento mais próximo e proativo aos grupos identificados mais vulneráveis, com foco nas comorbidades.

**Palavras Chaves:** HIV, Sífilis, Gestação, Puerpério.

## ABSTRACT

Infectious diseases are important causes of morbidity. Those transmitted sexually have specific peculiarities, initially attending without specific symptoms and may lead to important complications in the gestational period, affecting not only the pregnant woman but also the fetus. Two of these conditions - syphilis and HIV / AIDS - are especially important because of their high prevalence and the damage they can cause. Due to the significant increase in cases of sexually transmitted infections described in Brazil, the present study aimed at the prevalence of cases of syphilis and HIV / AIDS in postpartum women in the municipality of Bagé in the state of Rio Grande do Sul. It used a cross-sectional study to describe the prevalence and associated socioeconomic and demographic factors in a maternity ward of Santa Casa Hospital, located in the city of Bagé, during the period of January. All medical records of puerperae and newborns from January 2018 to December 2018 were reviewed of they had positive tests for the aforementioned diseases. During this period, 8 patients with HIV / AIDS and 56 with syphilis were diagnosed (two patients had both HIV / AIDS and syphilis). All reactive syphilis cases were considered, that is, patients who presented positive rapid test at hospital admission, performed in all patients upon admission to the obstetric block, confirmed with laboratory tests the stage of the disease. The positive HIV / AIDS puerperal women were all prenatal diagnosed, with no hospital diagnosis. Therefore, the prevalence of syphilis was 0.3 per 1000 births and that of HIV / AIDS was 0.043 per 1000 births. There is a need for a more direct follow-up of cases diagnosed with HIV / AIDS and syphilis in puerperal women, which is facilitated through rapid tests and assistance in the basic health network, with the direct participation of healthcare professionals and health agents. Thus, a greater integration between the services is expected, from the centralization and ordering of care in primary care, providing and prioritizing closer and proactive monitoring to the most vulnerable identified groups, focusing on comorbidities.

**KEYWORDS:** HIV, Syphilis, Pregnancy, Postpartum Period.

## Introdução

As doenças infectocontagiosas apresentam prevalência importante na população geral, e aquelas de transmissão sexual (infecções sexualmente transmissíveis – IST), são de interesse especial para gestantes e recém-nascidos. Nas gestantes, as alterações fisiológicas decorrentes da gravidez as tornam especialmente sensíveis, e podem alterar o curso da doença. Complicações obstétricas e neonatais podem ocorrer em decorrência destas infecções, acarretando aumento da morbimortalidade materna e infantil. Estas alterações incluem imunossupressão relativa, mudanças anatômicas da gravidez e alterações hormonais.

As infecções na mãe podem impactar tanto a saúde materna quanto a fetal, e a transmissão pode se dar no período da gestação, durante o parto e no puerpério, representando um importante problema de saúde que produz altos índices de morbimortalidade intrauterina, a ocorrência de mal formações, abortos, além de outros problemas. As IST preocupam os órgãos de saúde pública, pelas dificuldades de ações preventivas eficazes. (Magalhães *et al.*, 2011)

O acompanhamento por agentes de saúde e demais profissionais da atenção básica mostra a fundamental importância desse trabalho em saúde pública, pois o trabalho mútuo de todos profissionais colabora com a prevenção de infecções e doenças bem como gravidez indesejada. O conhecimento em relação a população atendida pela estratégia de saúde da família, oportuniza saúde adequada para a população devido conhecimento inicial de infecções e tratamento precoce de doenças.

A atenção pré-natal e puerperal deve ser baseada em ações que garantam a promoção e prevenção da saúde, e um componente fundamental desta atenção é o diagnóstico precoce das doenças infectocontagiosas, que acometem o ser humano em todo momento da vida, porém na gestação o agravante torna-se duplo devido ao grande potencial de transmissão vertical. Oportunizar os exames estabelecidos no protocolo de saúde da gestante é dever de todo estabelecimento de saúde materna, ofertando assim o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, além do acompanhamento da patologia.

O exame de pré-natal é um direito de toda gestante e dever do profissional de saúde, e a ausência de atenção pré-natal é um dos principais fatores do aumento de casos de IST na gravidez. Gestantes que não realizam consultas pré-natais, ou iniciam muito tardiamente estas consultas, e a não realização de procedimentos de triagem para sífilis e HIV/AIDS, são fatores que dificultam a prevenção da transmissão vertical destas doenças. (Figueiró-Filho, 2012)

As IST devem ser enfrentadas com extrema atenção e conscientização por parte dos profissionais de saúde, principalmente quanto ao seu diagnóstico, que deve ser precoce. Quanto ao tratamento, algumas limitações podem ocorrer, produzidas pela possível toxicidade de medicamentos comumente empregados.

O diagnóstico e os tratamentos das IST irão depender do tipo de infecção, do período de incubação, da apresentação clínica da doença, da disponibilidade de testes diagnósticos acurados e rápidos e de tratamento específico.

Tratando-se de IST, deve-se garantir o acompanhamento e tratamento da gestante e parceiro, investigando o comprometimento da doença e acompanhando o seu curso com o tratamento adequado. A sífilis e HIV/AIDS devem merecer especial atenção, tendo em vista o aumento recente de casos.

A sífilis é uma doença ancestral, que tem um curso inicial silencioso, cuja prevalência vem aumentando nos últimos anos, ocasionada pela falta de exames diagnósticos, troca de parceiro e o não uso do preservativo.

A AIDS/HIV permanece sendo um grande problema de saúde, mesmo que o uso de drogas antivirais tenha diminuído muito sua letalidade. Embora o preconceito com relação à doença tenha diminuído, o número de casos ainda permanece elevado, atingindo também as gestantes.

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória, mas estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto. (Magalhães *et al.*, 2011) A inclusão da sífilis na gestação como IST de notificação compulsória justifica-se por sua elevada prevalência e taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado. Na ocorrência de transmissão da sífilis congênita, cerca de 40% dos casos evoluem para aborto espontâneo, e morte fetal ou neonatal. (Estado, 2008) (Magalhães *et al.*, 2011)

No período de 2010 a junho de 2016, no Brasil, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 227.663 casos de sífilis adquirida. (Brasil, 2017) Somente no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, entre eles, 185 óbitos. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. (Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2017)

O número de casos de sífilis com titulação elevadas e/ou com descoberta em ambiente hospitalar revela falha ao acompanhamento na saúde pública, seja através da captação destas gestante ou falha no tratamento durante o período gestacional, as titulações positivas no resultado de exames dos recém nascidos, comprova que a

infecções não correspondeu ao tratamento, o qual é realizado juntamente com gestante e parceiro.

Já para o HIV/AIDS, entre 2007 e 2017, foram notificados no SINAN 194.217 casos de infecção no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste. (Ministério da Saúde do Brasil, 2017) Neste período, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV; a taxa de detecção de gestantes com HIV vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em grande parte devida ao grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha. Em 2016, a região Sul mostrou a maior taxa de detecção (5,6 casos/mil nascidos vivos) entre as regiões – aproximadamente 2,2 vezes maior que a taxa do Brasil. (Ministério da Saúde do Brasil, 2017) Ressalte-se que, na população de gestantes portadoras de HIV, estão inseridas as doentes de AIDS, um estágio mais avançado da infecção. (Acosta e Gonçalves, 2016)

A infecção por vírus do HIV, deve receber acompanhamento e planejamento em casos de demonstração de gestação, devido necessitar de controle da carga viral da mulher para menor risco de transmissão, o que não tem ocorrido, pois a maioria das puerperas iniciou o pré natal após os 2 meses ou mais de gestação. A interação dos serviços de saúde especializado com pacientes em período fértil devem ser primordiais para a diminuição das taxas de transmissão vertical.

Inúmeros estudos demonstram a qualidade da assistência pré natal como fator primordial para diminuição de complicações e sucesso para o final desta gestação são considerados critérios estabelecidos pelo ministério da saúde para avaliação desta qualidade, embora as gestantes tenham apresentado cumprido com boa parte desses critérios, ainda assim tiveram complicações e avanço das infecções no período puerperal, a qualidade não deve ser somente com base em critérios, mas também dos profissionais, exames e assistência especializada para obter estadiamento e minimizar complicações.

O aumento de doenças e infecção e o retorno de complicações são o nosso cenário atual na saúde, a preparação adequada para a captação da população deve ser cada vez mais precoce para minimizar os riscos, a capacitação continua e a qualificação profissional contribuem para melhores avanços nesses cenários, bem como a divulgação e orientação a toda população.

## Métodos

Estudo descritivo retrospectivo, de natureza transversal, abrangendo o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, realizado em uma maternidade na cidade Bagé, RS, tendo como população alvo puérperas diagnosticadas com HIV/AIDS e Sífilis. Foram avaliadas as seguintes informações: idade, raça, naturalidade, estado civil, escolaridade, fumo, profissão, paridade, qualidade do pré-natal, parceiro, convênio. A qualidade do pré natal, foi avaliada pelas seguintes variáveis: número de consultas (considerando seis o número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde), profissional assistente, início do pré natal e tratamento realizado conforme as patologias estudadas.

Esta maternidade oferece assistência para a cidade e região, sendo referência regional, por possuir alojamento para mãe de alto risco e UTI adulto e neonatal. As cidades assistidas pelo hospital são Aceguá, Hulha Negra, Candiota, Lavras e Dom Pedrito. O município possui três hospitais na região, um com nível universitário que não possui atendimento obstétrico, outro, militar, que realiza ainda alguns procedimentos, porém não atende a parte neonatal. Portanto, a maioria dos casos são encaminhados para o terceiro hospital, onde será realizada a pesquisa.

Somente foram consideradas as puérperas residentes nos municípios citados acima, por pertencerem à Regional de Saúde, visto que esse é o critério adotado pela diretoria da Vigilância Epidemiológica para contagem de casos locais.

Primeiramente, foram verificados, em formulários hospitalares, todos os casos de infecções sexualmente transmissíveis identificadas em puérperas e recém-nascidos. As notificações realizadas no hospital são referentes aos casos de Sífilis e HIV/AIDS, que ocorreram no período de um ano, de janeiro a dezembro de 2018.

Foram coletados dos prontuários físicos juntamente com a ficha de notificação de infecções sexualmente transmissíveis, os dados sociodemográficos; informações do pré-natal foram retiradas do formulário do histórico de enfermagem preenchidos no bloco obstétrico da instituição no momento da internação da paciente. Foram incluídos todos os casos positivos e reagentes notificados no pré-natal ou na instituição hospitalar, objetivando avaliar também a qualidade da atenção pré-natal, que deve fazer o acompanhamento e tratamento para evitar e/ou reduzir a transmissão vertical.

Foram estudados todos os prontuários das puérperas hospitalizadas no período já mencionado. Durante este período, o número de nascimentos ocorridos na instituição foi de 1856. Encontramos 8 casos de HIV/AIDS e 54 casos de Sífilis em puerperas; e 1 caso de coinfeção por HIV/AIDS e Sífilis.

Após a codificação dos instrumentos, foi realizada dupla entrada de dados no programa Epiinfo. Utilizado o comando check deste programa para realização de checagem automática dos dados no momento da digitação. Realizada ainda testagem de inconsistências na digitação no mesmo software comparando as duas entradas de dados. Após a edição final o banco de dados foi convertido para o programa SPSS.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob parecer número 3.453.373.

## Resultados

No período do estudo – de 1º. de janeiro a 31 de dezembro de 2018, nasceram no Hospital 1856 crianças. Neste período foram diagnosticados 8 pacientes com HIV/AIDS e 56 com sífilis (duas paciente tiveram simultaneamente HIV/AIDS e sífilis). Foram considerados todos os casos reagentes de sífilis, ou seja, pacientes que apresentaram teste rápido positivo na admissão do hospital, realizado em todas pacientes ao internarem no bloco obstétrico, confirmados com testes laboratoriais o estagio da doença. Como duas pacientes apresentaram simultaneamente as duas infecções, estas foram consideradas somente nos casos de HIV/AIDS no número total; assim, os casos de sífilis foram consideram 54 casos no total e 8 para HIV/AIDS. As puérperas HIV/AIDS positivas, todas foram diagnosticas no pré-natal, não havendo diagnostico hospitalar. Portanto, a prevalência de sífilis foi de 0,3 por 1000 nascimentos e a de HIV/AIDS foi de 0,043 por 1000 nascimentos.

A Tabela 1 mostra as características demográficas, socioeconômicas e de atenção de saúde das pacientes com sífilis e HIV/AIDS. Com relação à sífilis, 87% (n=47) das puérperas eram provenientes de Bagé e 13% (n=7) residiam em outros municípios próximos à cidade; 85% (n=46) eram naturais de Bagé e 15% (n=8) haviam nascido em outras localidades. A média de idade das puérperas portadoras de Infecções sexualmente transmissíveis foi de 25,2 anos para os casos reagentes de sífilis e 26,7 para os casos positivos de HIV/AIDS. A maioria era de cor de pele branca em ambas as patologias - 64% (n=34) para sífilis e 50% (n=4) para HIV/AIDS, eram na maioria solteiras - 89% (n=48) para sífilis e 75% (n=6) nos casos positivos de HIV/AIDS. Entretanto, 88% das puérperas com sífilis e HIV/AIDS declararam ter um parceiro. Quanto à assistência de convênios, a cobertura pelo SUS ocorreu em 100% (n=54) dos casos de sífilis e 88% (n=7) para HIV/AIDS. Em relação à escolaridade as pacientes sífilis reagente apresentaram maior nível de estudo, tendo 35% (n=19)

concluído o ensino médio, enquanto que entre as positivas para HIV/AIDS esta proporção foi 25%.

Um dos fatores que estão diretamente associados às infecções sexualmente transmissíveis é o tabagismo, porém 77%(n=39) das pacientes com sífilis relataram não fumarem na gestação, enquanto que entre as com HIV/AIDS metade relatou haver fumado durante a gravidez. A profissão declarada pelas puerperas também é considerado fator importante, pois algumas profissões aumentam o risco de patologias. Em nossa amostra, 43 % (n=23) declararam ser do lar, 22% (n=12) eram cozinheiras, domésticas ou estudantes; entre as puérperas HIV/AIDS 38% (n=3) declararam se do lar.

Em relação aos parceiros a média de idade foi de 30,1 para os casos de Sífilis e 32,6 para os casos de HIV/AIDS. Sobre a profissão dos parceiros, mais de metade das puérperas com sífilis não deu esta informação, e 17% dos casos declarados são autônomos, mecânico ou pedreiro; já entre os casos de HIV/AIDS 37,5%(n=3) não declararam e 25,0% são serviços gerais.

A Tabela 2 mostra as informações sobre a atenção pré-natal nas puérperas portadoras de sífilis e HIV/AIDS. Em relação ao local realizado o pré-natal, entre os casos de sífilis, 31,5% foram encaminhadas para serviços de referências na cidade, e para os casos de HIV/AIDS 25% realizaram o pré-natal em consultório particular e 37,5% foram encaminhadas para serviços de referencias. A cidade de Bagé possui três unidades de saúde consideradas referencias, por contar com profissionais enfermeiros, médicos e equipamentos especializados, sendo um deles, referencia em saúde materno infantil. Este último apresentou maior índice de encaminhamento tanto para os casos de Sífilis quanto aos de HIV/AIDS, respectivamente com 14,8% e 37,5%.

Entre aquelas com sífilis, 40% eram primíparas e 37% já tinham tido três ou mais filhos. Nos casos de HIV/AIDS a prevalência de primariedade foi de 25% e quase 40% tinham três ou mais filhos. Quanto à época do início do pré-natal, entre as mulheres com sífilis 80% iniciaram as consultas nos três primeiros meses da gestação, entre aquelas com HIV/AIDS somente uma das oito puérperas havia iniciado o pré-natal após o terceiro mês. Nos casos de sífilis, mais de metade da atenção pré-natal (54%) foi realizada por enfermeira, já nos casos de HIV/AIDS, em cinco casos a atenção foi por médico, dois casos por enfermeira, e em um caso não obtivemos esta informação. Sobre o diagnóstico e o tratamento das patologias, nos casos de sífilis 81% dos casos tiveram diagnóstico pré-natal e 19% durante ou após o trabalho de parto. O tratamento da sífilis foi realizado em 76% dos casos durante o período pré-natal e nos restantes 24% após o parto. Nos casos de HIV/AIDS, todos os casos foram

diagnosticados no período pré-natal e o tratamento foi realizado neste período em 6 dos 8 casos (75%).

Nos casos de Sífilis 54%(n=27) foram acompanhados pelo profissional enfermeiro, 14%(n=7) pelo profissional médico e 32,0%(n=16) por ambos profissionais; já nos casos de HIV/AIDS 71,4%(n=5) foram acompanhados pelo profissional médico e 28,6%(n=2) pelo profissional enfermeiro, os casos de acompanhamento somente pelo profissional enfermeiro nos casos HIV/AIDS são aqueles que a paciente já realiza acompanhamento nas gestações anteriores e no outro não havia realizado tratamento adequado para a infecção, devido não ir nas consultas pré natais.

A Tabela 3 mostra a evolução hospitalar das mães e recém-nascidos portadores de sífilis e HIV/AIDS. A avaliação inicial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita se dá através do protocolo do Ministério da Saúde da seguinte forma: histórico materno de sífilis quanto ao seu tratamento e seguimento na gestação, sinais e sintomas da criança (às vezes ausentes e/ou inespecíficos) e teste treponêmico da criança comparado ao da mãe; desta forma se classifica a conduta que deve ser tomada a cada recém-nascido. A gestante diagnosticada com infecção causada pela sífilis, e não acompanhada no pré-natal, tem maior risco de complicações, como natimorto e abortos espontâneos. A prevalência de nascimentos pré-termos (abaixo de 37 semanas) e de baixo peso ao nascer (<2500 g) foi de 9,6% (n=5) e 11,1% (n=6), respectivamente, entre as mulheres com sífilis. Entre as mulheres com HIV/AIDS estas prevalências foram, respectivamente, de 12,5% (um recém-nascido) e 25% (dois recém-nascidos). Alguns recém-nascidos necessitaram de acompanhamento intensivo após o nascimento, sendo acompanhados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foram 3 crianças, entre os casos de sífilis (5,6%) e dois recém-nascidos entre os casos de HIV/AIDS (25%). Nos casos de sífilis os motivos foram prematuridade e parada respiratória e nos casos de HIV/AIDS foram restrição de crescimento intrauterino e gemência (desconforto respiratório). As duas infecções podem contribuir para partos prematuros, devido às comorbidades que afetam as gestantes, porém nos casos de Sífilis somente 9,6% (n=5) e nos casos HIV/AIDS 12,5% (n=1) ocorreram nascimento de recém nascidos pré-termo.

No que se refere ao tratamento hospitalar dos recém-nascidos, todos aqueles cujas mães haviam recebido o diagnóstico de HIV/AIDS foram medicados com AZT. Nos casos de diagnóstico de sífilis, 83% (n=29) foram medicados com penicilina benzatina e 17% (n=6) com penicilina cristalina. Em relação aos resultados dos exames da puérperas, 22% (n=12) obtiveram titulação não reagente e 19% (n=10) para resultado 1:2. O valor mais alto de titulação foi 1:32, em 11% dos casos (n=6).

**Tabela 1.** Características socioeconômicas e demográficas das puérperas estudadas. Bagé, 2018.

|   | Sífilis (n=54)        | HIV/AIDS (n=8)       |
|---|-----------------------|----------------------|
| <u>Naturalidade</u>                     |                       |                      |
| <b>Bagé</b>                             | 46 (85,1%)            | 5 (62,5%)            |
| <b>Hulha Negra</b>                      |                       |                      |
| <b>Aceguá</b>                           | 1 (2,0%)              |                      |
| <b>Lavras</b>                           | 3 (5,5%)              |                      |
| <b>Dom Pedrito</b>                      |                       | 1 (12,5%)            |
| <b>Outros</b>                           | 4 (7,4%)              | 2 (25,0%)            |
| <u>Residência</u>                       |                       |                      |
| <b>Bagé</b>                             | 47 (87,0%)            | 7 (87,5%)            |
| <b>Hulha Negra</b>                      | 1 (1,9%)              |                      |
| <b>Aceguá</b>                           |                       |                      |
| <b>Lavras</b>                           | 3 (5,5%)              |                      |
| <b>Dom Pedrito</b>                      |                       | 1 (12,5%)            |
| <b>Candiota</b>                         | 2 (3,7%)              |                      |
| <b>Outros</b>                           | 1 (1,9%)              |                      |
| <u>Idade mãe</u> (média, extremos)      | 25,2 (6,4) – 15 a 39  | 26,7 (3,8) – 21 a 32 |
| <u>Cor da pele</u>                      |                       |                      |
| <b>Branca</b>                           | 34 (64,1%)            | 4 (50,0%)            |
| <b>Preta</b>                            | 9 (17,0%)             | 1 (12,5%)            |
| <b>Parda</b>                            | 10 (18,9%)            | 3 (37,5%)            |
| <u>Tipo de Convênio</u>                 |                       |                      |
| <b>SUS</b>                              | 54 (100%)             | 7 (87,5%)            |
| <b>Particular</b>                       |                       | 1 (12,5%)            |
| <u>Escolaridade</u>                     |                       |                      |
| <b>Fundamental incompleto</b>           | 12 (22,2%)            | 1 (12,5%)            |
| <b>Fundamental completo</b>             | 10 (18,6%)            | 2 (25,0%)            |
| <b>Médio incompleto</b>                 | 12 (22,2%)            | 3 (37,5%)            |
| <b>Médio completo</b>                   | 19 (35,2%)            | 2 (25,0%)            |
| <b>Superior incompleto</b>              | 1 (1,8%)              |                      |
| <b>Superior completo</b>                |                       |                      |
| <u>Tabagismo</u>                        |                       |                      |
| <b>Fumante</b>                          | 12 (23,5%)            | 4 (50,0%)            |
| <b>Não fumante</b>                      | 39 (76,5%)            | 4 (50,0%)            |
| <u>Profissão</u>                        |                       |                      |
| <b>Do lar</b>                           | 23 (42,6%)            | 3 (37,5)             |
| <b>Cozinheira</b>                       | 4 (7,4%)              |                      |
| <b>Doméstica</b>                        | 3 (5,6%)              |                      |
| <b>Estudante</b>                        | 4 (7,4%)              |                      |
| <b>Serviços Gerais</b>                  | 4 (7,4%)              |                      |
| <b>Comerciarista</b>                    | 3 (5,5%)              |                      |
| <b>Auxiliar de Caixa</b>                | 2 (3,8%)              |                      |
| <b>Outros</b>                           | 11 (20,3%)            | 5 (62,5%)            |
| <u>Estado Civil</u>                     |                       |                      |
| <b>Solteira</b>                         | 48 (88,9%)            | 6 (75,0%)            |
| <b>Casada</b>                           | 5 (9,2%)              | 1 (12,5%)            |
| <b>Separada</b>                         | 1 (1,9%)              |                      |
| <b>União Estável</b>                    |                       | 1 (12,5%)            |
| <u>Parceiro Declarado</u>               |                       |                      |
| <b>Sim</b>                              | 46 (88,4%)            | 7 (87,5%)            |
| <b>Não</b>                              | 6 (11,6%)             |                      |
| <u>Idade Parceiro</u> (média, extremos) | 30,1 (10,7) – 17 a 70 | 32,6 (4,5) – 27 a 40 |
| <u>Profissão Parceiro</u>               |                       |                      |
| <b>Autônomo</b>                         | 3 (5,5%)              |                      |
| <b>Mecânico</b>                         | 3 (5,5%)              | 1 (12,5%)            |
| <b>Aposentado</b>                       | 2 (3,7%)              |                      |
| <b>Estudante</b>                        | 2 (3,7%)              |                      |
| <b>Motorista</b>                        | 2 (3,7%)              | 1 (12,5%)            |
| <b>Pedreiro</b>                         | 3 (5,5%)              |                      |
| <b>Serviços Gerais</b>                  | 1 (1,8%)              | 2 (25,0%)            |
| <b>Desempregado</b>                     | 1 (1,8%)              | 1 (12,5%)            |
| <b>Não Declarado</b>                    | 28 (51,8%)            | 3 (37,5%)            |

**Tabela 2.** Características da atenção pré-natal, diagnóstico e tratamento de puérperas com sífilis e HIV/AIDS. Bagé, 2018.

|   | Sífilis (n=54) | HIV/AIDS (n=8) |
|---|----------------|----------------|
| <u>Paridade</u>                         |                |                |
| <b>Primípara</b>                        | 22 (40,8%)     | 2 (25,0%)      |
| <b>Secundípara</b>                      | 12 (22,2%)     | 3 (37,5%)      |
| <b>Três ou mais filhos</b>              | 20 (37,0%)     | 3 (37,5%)      |
| <u>Início pré-natal</u>                 |                |                |
| <b>Primeiro mês</b>                     | 11 (22,0%)     | 2 (25,0%)      |
| <b>Segundo mês</b>                      | 15 (30,0%)     | 3 (37,5%)      |
| <b>Terceiro mês</b>                     | 14 (28,0%)     | 2 (25,0%)      |
| <b>Quarto mês</b>                       | 4 (8,0%)       | 1 (12,5%)      |
| <b>Quinto ou mais</b>                   | 6 (12,0%)      |                |
| <u>Número de consultas PN</u>           |                |                |
| <b>1 a 5</b>                            | 5 (9,2%)       |                |
| <b>6</b>                                | 6 (11,1%)      | 1 (12,5%)      |
| <b>+6</b>                               | 43 (79,7%)     | 7 (87,5%)      |
| <u>Profissional do pré-natal</u>        |                |                |
| <b>Médico</b>                           | 7 (14,0%)      | 5 (71,4%)      |
| <b>Enfermeira</b>                       | 27 (54,0%)     | 2 (28,6%)      |
| <b>Ambos</b>                            | 16 (32,0%)     |                |
| <u>Diagnóstico sífilis no pré-natal</u> |                |                |
| <b>Sim</b>                              | 44 (81,4%)     |                |
| <b>Não</b>                              | 10 (18,6%)     |                |
| <u>Tratamento sífilis pré-natal</u>     |                |                |
| <b>Sim</b>                              | 41 (75,9%)     |                |
| <b>Não</b>                              | 13 (24,1%)     |                |
| <u>Diagnóstico HIV pré-natal</u>        |                |                |
| <b>Sim</b>                              |                | 8 (100%)       |
| <b>Não</b>                              |                |                |
| <u>Tratamento HIV pré-natal</u>         |                |                |
| <b>Sim</b>                              |                | 6 (75,0%)      |
| <b>Não</b>                              |                | 2 (25,0%)      |

**Tabela 3.** Evolução hospitalar das mães e recém-nascidos com sífilis e HIV/AIDS. Bagé, 2018.

|   | Sífilis (n=54) | HIV/AIDS (n=8) |
|---|----------------|----------------|
| <u>Tipo do parto</u>                      |                |                |
| <b>Cesariana</b>                          | 36 (66,7%)     | 7 (87,5%)      |
| <b>Vaginal</b>                            | 18 (33,3%)     | 1 (12,5%)      |
| <u>Pré-termo (&lt;37 semanas)</u>         | 5 (9,6%)       | 1 (12,5%)      |
| <u>Baixo peso (&lt;2500 g)</u>            | 6 (11,1%)      | 2 (25%)        |
| <u>Mãe medicada p sífilis no hospital</u> |                |                |
| <b>Sim</b>                                | 16 (29,6%)     |                |
| <b>Não</b>                                | 38 (70,4%)     |                |
| <u>Recém-nascidos no CTI</u>              |                |                |
| <b>Sim</b>                                | 3 (5,6%)       | 2 (25,0%)      |
| <b>Não</b>                                | 51 (94,4%)     | 6 (75,0%)      |
| <u>Motivo</u>                             |                | 1 (50,0%)      |

|                                     |            |           |
|-------------------------------------|------------|-----------|
| <b>RCIU</b>                         |            | 1 (50,0%) |
| <b>Gemência</b>                     | 2 (66,7%)  |           |
| <b>Prematuridade</b>                | 1 (33,3%)  |           |
| <b>Parada respiratória</b>          |            |           |
| <u>Recém-nascido medicado p</u>     |            |           |
| <u>sífilis</u>                      |            |           |
| <b>Sim</b>                          | 35 (64,9%) |           |
| <b>Não</b>                          | 19 (35,1%) |           |
| <u>Tipo de medicação</u>            |            |           |
| <b>Penicilina benzatina</b>         | 29 (82,9%) |           |
| <b>Penicilina cristalina</b>        | 6 (17,1%)  |           |
| <b>Benzatina+AZT</b>                |            |           |
| <b>AZT</b>                          |            | 8 (100%)  |
| <u>Titulações de sífilis da mãe</u> |            |           |
| <b>Não reagente</b>                 | 12 (22,2%) |           |
| <b>1:1</b>                          | 7 (13,0%)  |           |
| <b>1:2</b>                          | 10 (18,5%) |           |
| <b>1:4</b>                          | 9 (16,7%)  |           |
| <b>1:8</b>                          | 4 (7,4%)   |           |
| <b>1:16</b>                         | 6 (11,1%)  |           |
| <b>1:32</b>                         | 6 (11,1%)  |           |
| <u>Titulações sífilis RN</u>        |            |           |
| <b>Não reagente</b>                 | 12 (24,0%) |           |
| <b>1:1</b>                          | 9 (18,0%)  |           |
| <b>1:2</b>                          | 15 (30,0%) |           |
| <b>1:4</b>                          | 10 (20,0%) |           |
| <b>1:8</b>                          | 2 (4,0%)   |           |
| <b>1:16</b>                         | 2 (4,0%)   |           |

## Discussão

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar. A qualidade do pré-natal é fator primordial no sucesso da gestação, bem como para o acompanhamento e estadiamento das infecções acometidas nessa etapa de vida da mulher. Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas. O número de gestações, idade materna, profissional assistente, início e número de consultas, são alguns fatores que avaliam a qualidade do pré-natal. O número de gestações determina fator de risco bem como falha no planejamento familiar.

O profissional assistente no pré-natal pelos critérios do ministério da saúde podem ser médicos e enfermeiros, as estratégias de saúde de família, atendem casos de baixa complexidade, dessa forma o pré-natal é acompanhado pelo profissional enfermeiro, já os casos caracterizados com alguma comorbidade junto a gestação são encaminhados ao serviço especializado, onde recebe o acompanhamento médico. Os casos de sífilis não são classificados com complicações, podendo ser acompanhados

em estratégias de saúde da família, já os casos de HIV/AIDS necessitam de acompanhamento especializado, assim são encaminhadas as gestantes para os serviços referenciados em sexualidades, por possuírem as medicações e exames adequados para acompanhamento.

Em relação aos diagnósticos das infecções 81,4% (n=44) foram diagnosticadas para sífilis e 100% (n=8) diagnosticadas para HIV no pré natal, embora a resposta em relação ao tratamento das infecções não corresponde com o diagnóstico, 75,9%(n=41) realizou tratamento para sífilis e 75,0%(n=6) realizou tratamento HIV/AIDS mostrando nos uma falha, seja na captura destas gestantes para adesão ao tratamento de ambas as infecções e qualificação da equipe para acompanhamento adequado. O ministério da saúde preconiza a realização de no mínimo 06 consultas pré-natal, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre, assim as gestantes que realizam menos são consideradas com pré natal inadequado, 79,7(n=43) dos casos de sífilis realizaram 6 ou mais consultas e nos casos de sífilis 87,5% (n=7) realizaram 6 consultas ou mais, comprovando que maior número de puerperas atendidas no hospital tiveram o número adequado de consultas pré-natal. O início das consultas pré-natais contribuem para acompanhamento adequado e diagnóstico precoce de determinadas doenças para acompanhamento e estadiamento. Nos casos de sífilis 30%(n=15) início o pré natal no segundo mês gestacional e apenas 12,0%(n=6) início tardiamente após o sexto mês gestacional; os casos de HIV/AIDS a maioria iniciou pré natal na descoberta da gestação 37,5%(n=3) com prevalência maior no segundo mês gestacional.

Não houve casos de diagnóstico hospitalar para HIV/AIDS, já para Sífilis foram diagnosticados no hospital 18,6%(n=10), inúmeras causas podem contribuir com esta falha, no pré natal devem ser coletados ou realizados testes rápidos para sífilis no 1º, 2º e 3º trimestre gestacional, devido tratar se uma infecção que pode ser adquirida em qualquer etapa gestacional; ao apresentar um teste rápido positivo a solicitação de exames laboratoriais mostram o avanço da doença, e ainda assim é repetido o exame em ambiente hospitalar. A sífilis estava sendo considerada uma doença de origem antiga, com poucos casos no momento, porém o não uso de preservativos, promiscuidade, o não aparecimento de sinais/sintomas quando a doença encontra se os estágios iniciais contribuem para difícil diagnóstico. O diagnóstico precoce na gestação contribuem para o não avanço da doença, e diminui as chances de infecção ao feto, que acarreta aborto espontâneo, malformações e a sífilis congênita. A importância também do tratamento junto ao parceiro contribui para a estabilização desta infecção.

Em relação ao tipo de parto realizado pelas puerperas, no caso de sífilis a possibilidade de transmissão via baixa (parto normal) se dá através de alguma lesão cutânea ativa no momento, porém com risco baixo, apresentando alguma complicação cutânea, assim não contraindicando o parto normal nesses casos, já nos casos de HIV/AIDS devem ser bem acompanhadas no pré-natal as gestantes, pois necessitam estar com a carga viral indetectável nos últimos 06 meses para ocorrer um parto normal seguro com baixo poder de contaminação, nos casos que expõem risco ao recém-nascido a cesárea é indicada; nas puerperas diagnosticadas com sífilis 66,7%(n=36) realizaram parto cesárea e 87,5%(n=7) nos casos HIV/AIDS realizaram cesárea também.

Em relação ao tratamento ao recém-nascido varia de acordo com a infecção, nos casos HIV/AIDS 100%(n=8) receberam tratamento após o nascimento, de acordo com o tratamento pré-natal realizado pela mãe; nos casos de Sífilis 64,9%(n=35) recebem tratamento, que varia de acordo com o tratamento da mãe e parceiro no pré-natal e o avanço da doença materna em relação aos exames laboratoriais do recém-nascido. As medicações de escolha para o tratamento do recém-nascido são AZT (azidotimidina) para os casos de HIV/AIDS materna e Penicilina Benzatina ou Cristalina para os casos de Sífilis, 100%(n=8) dos recém-nascidos de mãe HIV/AIDS foram medicados, já para os casos de Sífilis; a variação do fármaco acontece devido ao avanço da patologia no recém-nascido e o tratamento inadequado da mãe na gestação. A sífilis apresenta-se em três estágios, não sendo considerada sua classificação para o tratamento, mas sim os valores quantitativos dos exames laboratoriais, a doença em estágio inicial ou retrocesso do avanço da doença pela titulação quando tratados no pré-natal. Os recém-nascidos também foram coletados exames quando avaliados necessário devido ao comprometimento da doença na puerpera, 30,0%(n=15) tiveram como titulação 1:2 caracterizando também doença inicial e 24,0%(n=12) tiveram resultado não reagente.

Todas as pacientes diagnosticadas com sífilis, seja através de teste rápido realizado na admissão hospitalar ou teste positivo no pré-natal devem realizar exame laboratorial para acompanhamento da infecção, seja seu avanço ou resposta ao tratamento. Assim as pacientes com exames positivos, coletaram no hospital o exame laboratorial VDRL que demonstra através de titulações o avanço da infecção. Os recém-nascidos com tratamento inadequado ou com resultado da mãe com valores de titulação alta também coletaram exames laboratoriais. Em relação ao diagnóstico de Sífilis congênita não é possível avaliar em ambiente hospitalar, devido a cada caso ser avaliado de forma isolada, levando em consideração a forma de tratamento gestante e

parceiro, titulação de exames laboratoriais de puerpera e recém-nascido, associados a coletas de exames complementares e avanço ou estadiamento no decorrer dos meses. Embora para nível de tratamento imediato recém-nascido com titulação igual ou superior a materna, tratamento inadequado no pré-natal ou que apresentem algum sintoma ou sinal característico são tratados como Sífilis congênita.

As lesões de sífilis podem apresentar-se de maneira atípica. Gestantes coinfectadas com o HIV podem apresentar discordância entre a eficácia esperada do tratamento e os resultados laboratoriais de seguimento, com maior demora, ou a não ocorrência, de queda dos títulos. Embora a coinfeção de sífilis em gestante com HIV/AIDS seja prevalente devido a via de transmissão ser a mesma, e oportunizar a contaminação mais facilitada para ambas as infecções, obtivemos somente dois casos de gestantes infectada por ambas as patologias, no período de um ano. Uma das gestantes já acompanhada pelo serviço especializado de sexualidade apresentava infecções controladas junto com o parceiro, 21anos, parda e profissão estudante, realizou oito consultas com acompanhamento médico, não fumante, assistida pelo SUS realizou o procedimento cesárea, recém-nascido nasceu bem e foi encaminhado para o alojamento conjunto com a mãe. A segunda gestante não reside no município de Bagé, proveniente de município próximo, encaminhada devido ao serviço de referencia neonatal, apresentando em exames diagnósticos restrição de crescimento intrauterino (RCIU), motivo este que indicou a necessidade da realização do procedimento cesária; acompanhada no pré-natal com oito consultas no total, realizando acompanhamento e tratamento para as infecções sexualmente transmissíveis diagnosticadas previamente, fumante e assistida pelo Sistema único de saúde; raça branca, 29 anos e desempenha a função de domestica, relata não ter contato com parceiro. Recém-nascido nasceu prematuro( >36 sem) e baixo peso, encaminhado para a unidade de terapia intensiva neonatal, , realizou medicações para as duas patologias previas da mãe na gestação (HIV/AIDS e Sífilis) juntamente com exames complementares para investigação de possíveis complicações decorrentes da transmissão vertical das patologias maternas. Apresentou titulações para a infecção sífilis altas, ou seja, mostrando que a doença estava mais avançada, informações estas que comprovam os dados do ministério da saúde, onde comprova que a eficácia no tratamento é mais lenta quando coinfectado com o HIV/AIDS, retardando as titulações para a redução da infecção.

## Conclusão

As pesquisas nesta temática ressaltam a importância do acompanhamento na população estudada, doenças ditas como antigas estão presentes atualmente, avançando e necessitando estudos contínuos a respeito do seu desenvolvimento, o comprometimento dos profissionais quanto a sua qualificação e atualização profissional para desempenhar atribuições de extrema importância de saúde pública, revela que é necessária para assistência de qualidade prestada, independente de sua atuação. Não houve diferenças no tratamento entre a atuação dos profissionais envolvidos nos estudos, comprovando que qualificação de ambos oportunizará sucesso na assistência prestada. Encontramos-nos em um momento tecnológico, onde possuímos acesso fácil a informações e condutas de saúde a todos, oportunizando o conhecimento básico de prevenção e tratamento de inúmeras doenças, porém esse acesso facilitado favorece a informação muitas vezes distorcida, onde proporciona relatos de cura e/ou tratamentos com base somente em fala, sem comprovação científica, levando a práticas errôneas da população. Da mesma forma, o aumento da promiscuidade, o desinteresse em relações afetivas duradoras, a busca pela felicidade total e imediata, falta de preocupação com o futuro e a não prevenção eleva o número de infecções sexualmente transmissíveis, bem como gestações indesejadas.

A investigação de todo caso diagnosticado de sífilis e HIV/AIDS, assim como a testagem em gestantes e parceiros com a captação precoce para o pré-natal, juntamente com a oferta de um tratamento adequado para o casal, são medidas de controle e prevenção mais eficazes no desenvolvimento da infecção, seu diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e não apresentam nenhuma dificuldade operacional, ainda assim os dados demonstram um nível insuficiente de controle da doença. A presença da infecção materna e o resultado positivo no recém-nascido mostra uma falha na estratégia, a persistência da doença revelam que atividades básicas e de baixo custo necessárias para a sua eliminação e que deveriam ser rotinas estão sendo realizadas de forma ineficiente.

Existe uma lacuna entre a intenção e o gesto no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizada e sim a importância da avaliação da qualidade da assistência prestada e ações realizadas pela atenção básica, conforme o estudo mostra que a maioria das puerperas realizaram o número mínimo de consultas pré-natal e iniciaram o mesmo no primeiro trimestre gestacional, favorecendo assim o controle das infecções sexualmente transmissíveis,

porém o que não ocorreu, onde apontamos os casos positivos ainda em ambiente hospitalar.

As infecções sexualmente transmissíveis têm sido relacionadas ao baixo nível socioeconômico e escolaridade, embora não seja uma infecção restrita as camadas menos favorecidas, mas sim devido ao baixo nível de conhecimento e acesso a informação, estudo nós mostra que a prevalência das puerperas possuem ensino médio completo, reforçando que conhecimento das infecções e prevenções lhes foi passada, porém condutas e intervenções não obtiveram sucesso.

Há necessidade de um acompanhamento mais direto dos casos diagnosticados com HIV/AIDS e sífilis em puerperas o que é facilitado através de testes rápidos e pela assistência na rede básica de saúde, com a participação direta dos profissionais assistenciais e agentes de saúde. Assim espera se uma maior integração entre os serviços, a partir da centralização e da ordenação do cuidado na atenção básica, proporcionando e o priorizando acompanhamento mais próximo e proativo aos grupos identificados mais vulneráveis, com foco nas comorbidades. Este redimensionamento terá papel fundamental na mudança dos indicadores de saúde e controle de infecções sexualmente transmissíveis na gestação. Intervenções na saúde materna e seu parceiro repercutem na qualidade de vida e na saúde reprodutiva minimizando complicações e mortes maternas, neonatais e infantis.

O período curto de internação hospitalar das puerperas, não permite acompanhamento das infecções, o diagnostico realizada e o inicio do tratamento são de fundamental importância para o inicio das intervenções, a testagem do parceiro ainda é um desafio no ambiente hospitalar, devido muitas vezes o mesmo não estar presente, assim saliento a importância da integração dos serviços especializados, como maternidades, atenção básica, gestão, vigilância epidemiológica e comitês de mortalidade materna e infantil, que assim poderão gerar melhorias na informação e fluxo, acolhimento e assistência para um maior empoderamento da população e transformação da realidade.

**REFERENCIAS**

- 1.ACOSTA, L. M. W.; GONÇALVES, T. R. Coinfecção HIV / sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV : um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. **Rev Panam Salud Publica**, v. 40, n. 6, p. 435–442, 2016.
- 2.BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Manual Técnico para Diagnóstico da sífilis**. [s.l: s.n.].
- 3.BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume 2, 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde**. [s.l: s.n.]. v. 2
- 4.\_\_\_\_. Prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais. p. 252, 2017b.
- 5.BRASIL. Manejo da infecção pelo hiv em crianças e adolescentes. 2017.
- CARLOS, J.; AVELLEIRA, R.; BOTTINO, G. Syphilis : diagnosis , treatment and control. v. 81, n. 2, p. 111–126, 1943.
- 6.COSTA, A. M. S. DA *et al.* Nursing care postpartum women seropositive for hiv before the inability to natural breastfeeding. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2310, 2015.
- 7.EDUCAÇÃO, A. À. Artigo de Pesquisa. **Revista De Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 7–32, 2009.
- 8.ESTADO, S. DE. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768–772, 2008.
- 9.FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. Sífilis e GeStação: eStudo Comparativo de dois períodoS (2006 e 2011) em população de puérperaS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 1, p. 32–37, 2012.
- GOMES, D. M.; OLIVEIRA, M. I. C.; FONSECA, S. C. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 4, p. 413–423, 2015.
- 11.GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553–1564, 2016.
- 12.MAGALHÃES, D. M. DOS S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade. **Comunicação em ciências da saúde**, v. 22, n. 1, p. 43–54, 2011.
- 13.MAGALHÃES, D. M. DOS S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1109–1120, 2013.
- 14.MAIA, M. M. M. *et al.* Prevalência de infecções congênitas e perinatais em gestantes HIV positivas da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 9, p. 421–427, 2015.

15. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Hiv, aids. **HIV Aids Boletim Epidemiológico**, p. 64, 2017.

16. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017. **Ministério da Saúde**, v. 48, n. 36, p. 41, 2017.