



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

LUCÉLIA SOARES DA SILVA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM HIV E SÍFILIS
ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA- PI**

TERESINA

2020

LUCÉLIA SOARES DA SILVA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM HIV E SÍFILIS
ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA- PI**

Dissertação de mestrado como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde da mulher do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.

Orientador: Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio.

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

S586p Silva, Lucélia Soares da.
Perfil clínico-epidemiológico de gestantes com HIV e sífilis
atendidas na atenção básica no município de Parnaíba-PI /
Lucélia Soares da Silva. – 2020.
70 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) –
Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.
“Orientadora: Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio”.

1. Sífilis. 2. HIV. 3. Gestantes. 4. Transmissão vertical. 5.
Epidemiologia. I. Título.

CDD 616.9

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM HIV E SÍFILIS
ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA- PI**

Dissertação de mestrado como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde da mulher do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.

Orientador: Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio.

DEFESA em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio.

Examinador Interno Prof. Dr. Márcio Denis Medeiros Mascarenhas
Universidade Federal do Piauí

Examinador Externo: Prof. Dr.^a Maria do Amparo Salmito Cavalcanti
Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Jesus agradeço por tanto amor e cuidado!!!

Ao meu orientador, Dr. Kelsen, cuja gentileza e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho. Grata por tudo!

Aos docentes do programa, em especial à prof. Dr.^a Lis Marinho por tanta dedicação!

Aos avaliadores pela qualidade de tempo e conhecimento compartilhados!

Às minhas duas parceiras de mestrado por compartilharem conhecimento, viagens, angústias e vitórias: Raquel e Janailda.

Ao meu amado esposo por todo incentivo. Às minhas filhas por serem luz, combustível nessa jornada. Amo vocês!

Aos familiares e amigos que torceram e apoiaram nessa jornada, seja nas orações, torcida, como no cuidado direto às minhas filhas em minha ausência. A lista seria grande e tenho certeza de que sabem que estão nas entrelinhas!!

Aos profissionais da AB de Parnaíba-PI pelo apoio na pesquisa.

À gestão municipal de Parnaíba pela liberação e incentivo.

“Dedico este trabalho aos meus amores Elivaldo, Lorena e Júlia, que me motivaram a prosseguir nesta jornada.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A infecção por Sífilis e HIV no período gestacional, por sua magnitude e transcendência, é considerado um grave problema de saúde pública, pois ambas são Infecções Sexuais Transmissíveis (IST) que impactam na transmissão vertical (TV) de gestantes infectadas, não tratadas ou inadequadamente tratadas, para seus neonatos. **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de gestantes com HIV e sífilis atendidas na atenção básica do município de Parnaíba-PI. **MÉTODO:** Pesquisa descritiva, retrospectiva, do tipo quantitativa; a coleta de dados foi realizada por meio da análise de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e de prontuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Centro de Testagem e Aconselhamento/ Serviço de Atenção Especializada (CTA/SAE), a partir de casos de infecção pelo HIV e sífilis em gestantes, notificados entre os anos de 2014 a 2018. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram estudadas 80 gestantes atendidas na atenção básica; dessas, 90,0 % foram notificadas com Sífilis, que apresentou tendência de aumento da frequência ao longo dos anos e 12,5 % com infecção por HIV; evidenciou-se uma maioria de mulheres negras, idade entre 20 e 34 anos, predomínio de ensino fundamental e sem trabalho remunerado. A maioria das mulheres apresentou seis ou mais consultas no pré-natal mas o número de consultas não contribuiu na qualidade da assistência; maioria das notificações ocorreu depois do primeiro trimestre de gestação, classificação incorreta dos estágios da sífilis, frequência alta de registros ignorados, gestantes com estágio da sífilis mal classificado, tratamento inadequado de gestantes e parceiros e baixa frequência de gestantes com CV do HIV controlada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo detectou que as infecções por sífilis e HIV são prevalentes entre as gestantes assistidas pela atenção básica do município, que a vulnerabilidade social predominou nas gestantes e que a baixa frequência do tratamento adequado dos parceiros foi um dado relevante. Sugere-se que a identificação tardia das infecções e a qualidade deficiente do acompanhamento pré-natal contribuíram para oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento oportuno, o que pode favorecer o aumento na transmissão vertical da sífilis e do HIV.

DESCRITORES: Sífilis, HIV, gestantes, transmissão vertical, epidemiologia.

ABSTRACT

INTRODUCTION The infection of syphilis and HIV during pregnancy is a serious public health problem because both are Sexual Transmitted Infections (STI) and the impact is on the vertical transmission (VT) The TV infected pregnant women untreated or inadequately treated for neonates is what is sought to reduce because of its magnitude and transcendence. **OBJECTIVE** clinical and epidemiological characterization pregnant women with HIV, and syphilis treated in the primary care of the city Parnaíba-PI. **METHODS:** descriptive, retrospective, documentary type, data collection was conducted through secondary data analysis of Diseases Information System Notification and records of Basic Health Units (UBS) and the Testing and Counseling Center / Specialized Care Service (CTA / SAE) from diagnostic reported between the years 2014 to 2018. the total study sample consisted of 80 patients, 87.5% of those who were reported syphilis, HIV positive 12.5%. **RESULTS AND DISCUSSION:** Majority of black women and between 20 to 34 years old, with elementary school predominance and not working. Most women had six or more prenatal consultations; however, the number of consultations did not contribute effectively in antenatal quality. Most notifications occurred after the first trimester of pregnancy, incorrect classification of syphilis stages, high frequency of ignored records, pregnant women with poorly classified stage of syphilis, inadequate treatment of pregnant women and partners and low frequency of pregnant women with controlled HIV CV. **CONCLUSION** The study found that infections HIV and syphilis are prevalent among pregnant women assisted by the basic support of the municipality, the social vulnerability prevalent in pregnant women and the partner of the treatment was a given impactful. Therefore, it is suggested that the late identification of infections and the poor quality of prenatal care contributed to missed opportunities for diagnosis and timely treatment, which may favor the increase in vertical transmission of syphilis and HIV.

KEYWORDS: Syphilis, HIV, pregnant women, vertical transmission, epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Frequência de gestantes diagnosticadas com HIV e sífilis atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Parnaíba (PI), por ano de notificação de 2014 a 2018.....34

Tabela 02- Caracterização sociodemográfica de gestantes com HIV e sífilis atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Parnaíba (PI), nos anos de 2014 a 2018.....37

Tabela 03 - Características clínicas de gestantes com sífilis atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Parnaíba (PI), nos anos de 2014 a 2018.....42

Tabela 04: Características clínicas de gestantes notificadas com HIV atendidas na atenção básica do município de Parnaíba (PI), nos anos de 2014 a 2018.....47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
APS	Atenção Primária à Saúde.
ARV	Antirretroviral
CTA/SAE	Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atenção Especializada.
CV-HIV	Carga viral do HIV
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ELISA	Ensaio de Imunoabsorção Enzimática (<i>Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay</i>)
EQL	Ensaio imunológico com revelação eletroquimiofluorescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTA-Abs	Teste de Anticorpos Fluorescentes com Absorção (<i>Fluorescent Treponemal Antibodyabsorption</i>)
HEDA	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana(<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexuais Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos vivos
IO	Infecção oportunista
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT TV	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Transmissão Vertical

PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PN	Pré-natal
RAL	Raltegravir
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i>
SC	Sífilis Congênita
SESAPI	Secretaria de Saúde do Estado do Piauí.
Siclom	Sistema de controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
Siscel	Sistema de Informação de Exames Laboratoriais
TARV	Terapia Antirretroviral
3-TC	Lamivudina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir
TPHA	Hemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i> (<i>Treponema pallidum haemagglutination</i>)
TR	Teste Rapido
TRUST	<i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i>
TV	Transmissão vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Panorama do HIV no mundo e no Brasil.....	16
2.2 Panorama da Sífilis no mundo e no Brasil	19
2.3 Transmissão vertical.....	24
3. OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
4. METODOLOGIA.....	27
4.1 Delineamento da pesquisa	27
4.2 Caracterização do local do estudo.....	27
4.3População do Estudo	28
4.4Procedimento de coleta de dados	28
4.5 Instrumento de coleta e variáveis estudadas	29
4.6 Variáveis estudadas	29
4.7Organização e análise dos dados.....	30
4.8 Aspectos éticos e legais	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51
APENDICE A FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	60
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	63
APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	65
APENDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA	66
APENDICE E – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	67
APENDICE F - ANUÊNCIA.....	68

APENDICE G - CARTA DE ANUÊNCIA69

1. INTRODUÇÃO

A sífilis, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, e a infecção pelo HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) estão incluídas entre as mais importantes infecções sexualmente transmissíveis (IST) de natureza crônica (OMS, 2019).

A primeira, conhecida há vários séculos, continua como relevante problema de saúde pública e é considerada doença reemergente nos últimos vinte ou trinta anos. A AIDS-Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome), considerada o estágio avançado da infecção pelo HIV, por sua vez, teve os seus primeiros casos identificados somente cerca de quarenta anos atrás, no início da década de 80 do século passado (OMS, 2018).

A principal via de transmissão da sífilis e da infecção pelo HIV é a sexual, mas ambas compartilham outras rotas de contágio, como a sanguínea e a vertical. A redução da transmissão vertical (TV) desses agravos a partir de gestantes infectadas, não tratadas ou inadequadamente tratadas, por sua magnitude, transcendência e factibilidade é importante meta de saúde pública a ser alcançada (BRASIL, 2017).

Na esfera global, de acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), estima-se a existência de aproximadamente 37 milhões de pessoas infectadas e uma tendência histórica de crescimento dos casos no sexo feminino. Considera-se que cerca de sete mil mulheres, entre 15 e 24 anos, são infectadas por semana pelo HIV e isso representa, em relação aos homens na mesma faixa etária, o dobro de possibilidade de conviverem com o HIV (UNAIDS, 2018).

Em se tratando de sífilis, os números mundiais também são alarmantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, em 2010, a Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Vertical de Sífilis e HIV. Desde então, traçaram-se metas para consecução da redução da transmissão vertical de tais agravos (OMS, 2018).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2017 uma agenda de ações estratégicas para redução da sífilis, baseada nas informações da vigilância epidemiológica que mostravam elevação das taxas de incidência de sífilis congênita e de detecção de sífilis em gestante em cerca de três vezes, nos últimos cinco anos (BRASIL, 2017).

O governo reorganizou a forma de atenção a esse agravo, passando a trabalhar com a perspectiva das redes de atenção, sendo a Rede Cegonha o principal programa responsável pelo cuidado materno-infantil (BRASIL, 2012). Dentre as suas ações, além da melhoria no cuidado da gestante e da criança, destaca-se o gerenciamento de qualidade do pré-natal, visando aprimorar os registros e a alimentação dos sistemas de informação.

Apesar das iniciativas da OMS e do Brasil para eliminação da transmissão da sífilis (Brasil 2012; Brasil, 2017; WIJESOORIYA et al., 2016), nos últimos anos vem ocorrendo um aumento da infecção nas gestantes no mundo, no Brasil e no Piauí. (Brasil, 2019) Além disso, poucas pesquisas para caracterização do perfil sociodemográfico ou clínico de gestantes infectadas pela sífilis ou pelo HIV tem sido realizadas no estado do Piauí e no município de Parnaíba.

Tanto a infecção pelo HIV como a sífilis, a depender da qualidade dos seus indicadores, são considerados fatores que podem contribuir com impactos negativos na qualidade da assistência pré-natal; por isso, torna-se indispensável a busca de estratégias eficazes para redução da morbidade e da mortalidade de mulheres em idade fértil e de crianças por tais agravos(DOMINGUES; SARACENI; LEAL, 2018).

No Piauí, dois municípios foram elencados como prioritários para ações estratégicas de redução da sífilis, em razão das taxas de incidência de sífilis em gestantes e de sífilis congênita registradas. Parnaíba é um deles (BRASIL, 2017). Segundo informe epidemiológico de 2019, da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI), no ano de 2018, o estado registrou 867 casos de sífilis em gestante(SG) e 661 casos de Sífilis congênita(SC), sendo Parnaíba a segunda cidade com maior número de notificações dos dois agravos (SESAPI, 2019).

Assim, a motivação para a realização da presente pesquisa partiu de dois aspectos principais. O primeiro foi a realidade do município de Parnaíba, onde foram notificados 141 casos de SG e 15 notificações de gestantes com HIV, no período de 2008 a 2018. O segundo, relaciona-se ao fator profissional: como enfermeira de uma equipe da ESF, a minha vivência cotidiana de trabalho na assistência pré-natal a gestantes diagnosticadas com esses agravos e a necessidade de maior e melhor conhecimento sobre a temática, despertaram o interesse na realização do estudo.

Uma vez que Parnaíba está incluída na lista nacional de municípios prioritários para o programa estratégico de redução de sífilis materna e congênita do MS e é igualmente prioritária em relação ao HIV, este trabalho, que pretendeu caracterizar gestantes com Sífilis e HIV no município de Parnaíba-PI, poderá subsidiar o sistema de vigilância em saúde do município e implementar ações que auxiliarão na tomada de decisão pelos gestores locais e profissionais de saúde , visando reduzir a cadeia de transmissão vertical dessas IST, contribuindo para a elaboração de políticas públicas voltadas para prevenção e promoção da saúde frente às populações de maior risco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Panorama do HIV no mundo e no Brasil

No princípio da década de 80, uma doença até então desconhecida, caracterizada por intensa depressão da imunidade celular e pela ocorrência de condições raras como Sarcoma de Kaposi e pneumocistose, além de inexplicáveis linfonodomegalias persistentes foi observada, inicialmente nos EUA, entre HSH previamente saudáveis, passando a ser reconhecida em várias regiões do globo e tornando-se, em curto tempo, uma pandemia sem precedentes na história da humanidade (CDC,1981).

O agente etiológico dessa nova doença, chamada AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida-, foi identificado, em 1983, como pertencente ao grupo dos retrovírus humanos da subfamília lentivírus e denominado HIV, o vírus da imunodeficiência humana (Barre-Sinoussi et al.,1983).

Quase 40 anos depois, estima-se a existência de cerca trinta e sete milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo, atualmente, porém com redução das novas infecções pelo vírus em torno de 40%, desde o ano de 1997, período de pico de transmissão de casos. Embora a África contemple apenas 15% da população mundial, a região subsaariana responde, sozinha, por pelo menos 70% dos casos de pessoas com o HIV e 70% de todas as mortes causadas pela doença (UNAIDS, 2019).

Além disso, cerca de seis mil mulheres jovens são infectadas pelo HIV, semanalmente, no continente africano, sobretudo na região abaixo do Saara, onde quatro de cada cinco novas infecções acontecem em meninas jovens, na faixa etária de 15 a 19 anos. Outro dado importante relaciona-se às mulheres entre 15 a 24 anos: elas têm duas vezes mais chance de conviver com HIV do que os homens de mesma idade (UNAIDS, 2019).

O número estimado de óbitos, no ano de 2018, em nível mundial, foi de cerca de 770.000 pessoas, correspondendo a uma redução de 33% da taxa de mortalidade por AIDS, desde o ano de 2010. Tal redução, em grande parte, está associada ao surgimento de novas classes de drogas, mais seguras e mais eficazes, possibilitando a disponibilização de terapia antirretroviral de alta potência, especialmente nos países

mais desfavorecidos economicamente e com maior carga da doença. Em relação às mulheres gestantes vivendo com HIV, 82% dela tiveram acesso aos ARV em 2018 (UNAIDS, 2019).

No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 43.941 casos de HIV e 37.161 casos novos de AIDS - notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, com taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2019, 966.056 casos de AIDS detectados no país. Desde 2012, verifica-se redução na taxa de detecção da doença no país, passando de 21,4 (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2018, significando uma diminuição de 16,8%. Essa tendência de decréscimo se intensificou com a publicação da recomendação de "tratamento como prevenção", no final de 2013 (Brasil,2019).

O percurso da AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) no Brasil mostra que, ao longo da década de 1980 e início dos anos 90, houve um aumento expressivo da mortalidade dessa doença, período em que ela se tornou uma pandemia. A partir de 1996, com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV), houve declínio da mortalidade e mudança da caracterização de doença de aguda para crônica, resultado da melhoria da sobrevivência dos indivíduos infectados (WALDMAN E SATO, 2016). Em relação aos grupos vulneráveis, destaca-se mudança do perfil com a passagem do tempo. A princípio, a epidemia afetou principalmente os homens que faziam sexo com homens (HSH) e indivíduos que tinham melhor status sócio-econômico; posteriormente, aumentou entre as mulheres, predominando em indivíduos mais vulneráveis ou de baixa renda (FARIAS E CARDOSO, 2005).

De acordo com a OMS (2015), o HIV permanece como um sério problema de saúde pública mundial. Até 2018, cerca de 37 milhões de pessoas viviam com HIV. (UNAIDS, 2019). Há, no entanto, considerados avanços na assistência a pessoas vivendo com a infecção e um deles é a cobertura mundial da TARV em mulheres gestantes e lactentes com HIV, que é considerada alta, de cerca de 76%. Além disso, o acesso ao tratamento associado a outras intervenções terapêuticas e profiláticas reduziu a taxa de transmissão vertical de HIV de 15% para 8% nos últimos cinco anos, na América Latina e Caribe (OMS,2015)

Na última década, cerca de 62.198 dos 194 mil casos de infecção pelo HIV notificados no país ocorreram em mulheres. Em relação às gestantes, houve uma leve tendência de aumento da taxa de detecção de grávidas com o agravo, podendo-se

inferir que a introdução dos testes rápidos na assistência pré-natal deve ter contribuído para o aumento da detecção (BRASIL,2017).

Entre os anos de 2000 até a metade de 2019, cerca de 125 mil gestantes foram infectadas pelo HIV; em relação a região, a maioria dessas mulheres encontrava-se no sudeste e sul do Brasil, seguidos das regiões nordeste, norte e centro-oeste (Brasil,2019).

Nesse contexto, segundo o último Boletim de HIV/AIDS 2019, a taxa de detecção de HIV em gestantes permanece numa média de 2,7 dos anos de 2014 a 2018. Paralelo a isso, observou-se declínio da taxa de detecção de HIV em menores de 5 anos, que passou, na última década, de 3,6 por 100 mil habitantes para 1,9 por 100 mil habitantes; tal achado reforça a efetividade nas ações implementadas para redução da transmissão vertical do HIV (Brasil, 2019).

O MS utiliza vários bancos de dados para a vigilância do HIV em gestantes; este agravo é de notificação obrigatória, por meio do Sistema de Informação de Agravos de notificação(Sinan),no entanto, outros sistemas podem ser utilizados para agregar informações, como o Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel), o Sistema de controle Logístico de Medicamentos(Siclom), além do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); nesse último, é possível investigar os casos de óbitos por HIV(BICK et al.,2018).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Transmissão Vertical - PCDT TV (2019), é considerado como Caso de HIV em gestante toda grávida na qual for detectada a infecção pelo HIV ou aquelas que já tem, previamente à gestação, o diagnóstico confirmado de Aids. A notificação é compulsória, desde o ano de 2000, por meio da Portaria nº 993 do MS.

Conforme a Portaria nº 29/2013, utiliza-se o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV (2013) que destaca a importância da confirmação segura da infecção e como os exames deverão ser realizados. Para confirmação diagnóstica, principalmente nas gestantes, os testes rápidos são os métodos preferenciais, pela eficácia e rapidez, devendo ser realizados na primeira consulta pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto ou ainda em qualquer época em que a gestante se exponha a risco de aquisição ou a violência sexual. São necessários dois

testes rápidos positivos, com princípios diferentes, para o diagnóstico seguro da infecção pelo HIV.

Além dos testes rápidos, outras metodologias são validadas e podem ser utilizadas para diagnóstico de mulheres no pré-natal. No diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV em gestantes, considera-se o resultado como oportuno quando ocorre em até 14 dias da realização do teste. Outros testes devem ser assegurados à mulher quando o diagnóstico de infecção por HIV for confirmado, sendo fundamentais a mensuração da carga viral por RT-PCR e o teste de genotipagem pré-tratamento (BRASIL, 2018).

A carga viral deve ser repetida depois da 34ª semana de gestação e seu resultado é decisivo para definição de via de parto. Por sua vez, a genotipagem permite a avaliação da sensibilidade do HIV às drogas antirretrovirais e é de valiosa importância para guiar ou modificar a TARV durante a gravidez. A contagem de linfócitos TCD4 também é importante para avaliar o grau de imunossupressão da gestante, auxiliando no monitoramento da TARV e na introdução de quimioprofilaxias.

Para o tratamento da infecção pelo HIV em gestante faz-se necessário classificá-la a partir de parâmetros, como os resultados dos exames laboratoriais, presença de infecção oportunista (IO) e utilização prévia de antirretroviral (ARV). Em grávidas com diagnóstico no primeiro trimestre e assintomáticas, sem IO e com contagem LT-CD4+ acima de 350 céls/mm³, orienta-se estender o início de TARV para o início do segundo trimestre para prevenir exposição fetal às drogas. Em contrapartida, aquelas que são classificadas com comorbidades associadas, por exemplo tuberculose e sífilis, exames específicos deverão ser realizados e medicações poderão ser ajustadas, além da própria TARV. Assim, preferencialmente, o esquema terapêutico para início de tratamento deve ser a combinação de três ARV: Tenofovir (TDF) com Lamivudina (3TC) e Raltegravir (RAL). O PCDT TV traz as recomendações de esquema terapêutico recomendado para cada particularidade, incluindo coinfeção com tuberculose e hepatite B, intolerância, contraindicações ou resistência a algum ARV de primeira linha (BRASIL, 2019).

2.2 Panorama da Sífilis no mundo e no Brasil

Os primeiros relatos da sífilis procedem da Europa e datam do final do século XV. Entretanto, a origem da doença ainda é tema de intenso debate e divide a opinião dos pesquisadores. Uma corrente acredita que a doença é originária do continente americano e chegou à Europa a partir da saga das grandes navegações, que culminou com a descoberta das Américas. Outra teoria advoga que a doença já existia no velho mundo e se disseminou na Europa como resultado de processos de urbanização e alteração no comportamento social da população (Rothschild, 2005; Schuenemann et al., 2018).

A sífilis é uma doença de evolução crônica e caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. O agente etiológico é o *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, não cultivável e de alta patogenicidade, cujas principais formas de transmissão são a sexual e a vertical (BRASIL, 2018). Apesar de conhecida há vários séculos, apenas no final do século XIX, Louis Pasteur caracterizou-a como uma patologia associada à transmissão sexual (BRASIL, 2014).

A sífilis é uma doença de distribuição universal, porém sua frequência é maior nos países em desenvolvimento. Nas últimas duas décadas, a doença apresentou incidência crescente em diversas partes do mundo, caracterizando-se como um problema de saúde pública reemergente de importância global. Com base nos dados de prevalência de 2009 a 2016, a OMS estimou um total de 374,6 milhões de casos incidentes de IST curáveis no mundo, sendo 6,3 milhões de casos novos de sífilis, por ano. A prevalência mundial estimada da sífilis, em homens e mulheres, foi de 0,5%, com valores regionais variando de 0,1 a 1,6 % (Rowley J. et al., 2019).

Segundo o boletim informativo da SESAPI (2019), no Piauí, a taxa de detecção de sífilis gestacional passou de 1,83 por 1.000 nascidos vivos, no ano de 2010 para 18,13 por 1.000 nascidos vivos, em 2018, correspondendo a um aumento de quase 900%.

No Brasil, a sífilis materna passou a ser de notificação obrigatória a partir do ano de 2005, porém em 2017 houve alteração dos critérios de definição de casos para notificação tanto de sífilis materna quanto de sífilis congênita e adquirida por meio da NOTA INFORMATIVA Nº 2-SEI/2017- DIAHV/SVS/MS. Nela, são considerados casos de sífilis gestacional todas as mulheres no período do pré-natal, parto e puerpério, com sintomas ou assintomáticas, que tenham teste treponêmico ou não treponêmico

reagente. Nessa portaria, são exemplificadas três situações para definição de caso (BRASIL, 2018 p. 169):

Situação 1 Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio.

Situação 2 Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação.

Situação 3 Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. *Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Para a avaliação diagnóstica da sífilis ser realizada adequadamente é necessária uma correlação entre diversos fatores para correta classificação e tratamento da gestante, tais como: dados clínicos atuais, histórico de infecções recentes e passadas, investigação de exposições recentes e resultados de investigação laboratorial.

Para o diagnóstico laboratorial da sífilis na gravidez, conforme o PCDT TV (2019), são utilizados, preferencialmente, os testes rápidos como exame treponêmico de primeira escolha para triagem. Outros testes utilizados são o FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibodyabsorption*), TPHA (*Treponema pallidum haemagglutination*), teste EQL (Ensaio imunológico com revelação eletroquimiofluorescente) e ELISA (*Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay*). Todos são classificados como testes treponêmicos convencionais e tem caráter qualitativo. Uma vez que não mensuram títulos ou concentrações dos anticorpos específicos anti-*Treponema* que identificam e como permanecem positivos indefinidamente, não se prestam para avaliação de cura após tratamento e nem para identificação de reinfecções por sífilis em gestações futuras.

Conforme o PCDT TV (2019), o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), teste sorológico de floculação que detecta a presença de anticorpos inespecíficos anti-cardiolipina é o exame não treponêmico preferencial para diagnóstico de sífilis na gravidez; é um teste quantitativo, expresso em títulos, também

utilizado para monitoramento do tratamento, controle de cura e diagnóstico de reinfecções. Além do VDRL, podem ser utilizadas outras técnicas sorológicas não treponêmicas, tais como o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) e o TRUST (*Toluidine Red Unheated Serum Test*), métodos que também empregam técnicas de detecção quantitativa de anticorpos (BRASIL,2019; FREITAS et al.,2019).

O PCDT (2019), com a finalidade de facilitar o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos casos de sífilis, classifica a doença de acordo o tempo de evolução da infecção e com as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes, em duas fases e vários estágios. Considerando o tempo de evolução, a sífilis classifica-se em recente (menos de 2 anos de duração) ou tardia (mais de 2 anos de duração); quanto ao estágio clínico, classifica-se em: primária, secundária e latente recente, na fase recente e em latente tardia ou terciária, na fase tardia.

A sífilis primária caracteriza-se pelo surgimento do cancro de inoculação, cancro duro, ou protossifiloma, uma lesão nodular rica em treponemas, de base endurecida, indolor e geralmente única que surge no local de implantação, geralmente na genitália, em média, após três semanas de exposição, podendo variar de 10 a 90 dias. A lesão é altamente contagiosa e evolui com posterior ulceração, desaparecendo espontaneamente, entre 3 e 6 semanas, sem qualquer tratamento (BRASIL,2019).

A sífilis secundária caracteriza-se por disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* e as manifestações clínicas são de natureza sistêmica, podendo ser confundidas com diversos outros agravos de natureza infecciosa e não infecciosa. O paciente apresenta febre, mal estar, linfonodomegalias generalizadas, cefaléia, artralgias, mialgias e erupções cutâneas diversas, sendo as mais comuns as roséolas sífilíticas, lesões em forma de máculas e pápulas de cor rósea, amplamente distribuídas em tronco e membros e as sífilides papulosas, lesões eritemato-escamosas acastanhadas, caracteristicamente localizadas em palmas de mãos e planta de pés. Outras lesões do secundarismo da sífilis incluem as placas mucosas, o condiloma plano, a alopecia em clareira e a madarose. Nesse estágio as lesões também são ricas em treponemas e extremamente contagiosas, igualmente desaparecendo de modo espontâneo, após algumas semanas (BRASIL,2019).

Os estágios da sífilis latente recente e latente tardia caracterizam-se pela ausência de sinais e sintomas clínicos perceptíveis pelos pacientes e o diagnóstico da doença só é possível através da realização de testes laboratoriais, treponêmicos ou

não treponêmicos. A diferenciação entre esses dois estágios depende do tempo decorrido desde a infecção: se menor de dois anos é latente recente e se maior, latente tardia. Há ainda a situação em que uma gestante com sorologia reagente e assintomática ignora o período de infecção, caracterizando a sífilis como de duração ignorada; entretanto, para fins de diagnóstico e tratamento, de acordo com o PCDT, o caso deve ser classificado como sífilis latente tardia (BRASIL,2019).

A sífilis terciária, fase final e mais grave da história natural da sífilis, caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas principalmente neurológicos (meningoencefalites, tabes dorsalis, quadros psiquiátricos, cerebrovasculares e demenciais, entre outros) e cardiológicos (aortite sífilica). Podem ocorrer ainda lesões do tipo tumoral, invasivas e dolorosas, com características de liquefação, denominadas de tubérculos e gomas sífilíticas, se localizam principalmente na face, atingindo pele, ossos, cartilagens ou qualquer tecido. Essas lesões, pobres em treponemas, são muito menos infectantes que as lesões da sífilis primária e secundária (BRASIL,2019).

O tratamento da sífilis gestacional deve ser realizado o mais precoce possível para prevenir a TV. A droga de escolha é a penicilina G benzatina, uma vez que atravessa bem a barreira transplacentária e apresenta muito baixa toxicidade fetal. A dose dependerá da classificação clínica da gestante. Para aquelas classificadas como portadoras de sífilis primária, secundária ou latente recente, é recomendada a utilização de 2,4 milhões de UI, por via intramuscular, em dose única. Para sífilis terciária ou latente tardia, a dose total utilizada é 7,2 milhões UI, via intramuscular (2,4 milhões UI em intervalo semanal, por três semanas). E para os casos de neurosífilis será utilizada penicilina cristalina por intravenosa, durante 14 dias (BRASIL,2019).

Nessa perspectiva, considera-se tratamento adequado para SG quando a gestante faz uso adequado da dose de penicilina G benzatina, com finalização desse no intervalo de 30 dias antes do parto e esse tratamento é realizado concomitantemente ao do parceiro. Consequentemente, será considerado tratamento inadequado aquele em que a gestante utiliza outro medicamento que não seja a penicilina, ou com dose do antibiótico incompatível com o estadiamento clínico ou ainda se não ocorreu concomitante ao tratamento do parceiro (CARDOSO et al,2018).

O governo brasileiro tem investido em estratégias para prevenção e controle dessa IST, principalmente em intervenções voltadas para a prevenção e o diagnóstico

oportuno, portanto, torna-se imperativo que os profissionais saibam identificar corretamente o estágio evolutivo dessa infecção (BRASIL,2018). Nesse sentido, Macêdo et. al (2017), ao pesquisar fatores de risco para sífilis em mulheres, destaca que essas ações governamentais a serem implementadas devem levar em consideração fatores sociodemográficos, comportamentais e de atenção à saúde, visto estarem associadas à presença de sífilis em mulheres.

2.3 Transmissão vertical

A sífilis congênita (SC) caracteriza-se por uma infecção bacteriana, transmissível pela via transplacentária, em qualquer momento da gestação, de uma grávida com sífilis para o concepto. Está classificada em SC precoce ou tardia, se o diagnóstico é realizado, respectivamente, antes ou depois dos dois anos de vida da criança. As manifestações clínicas são inúmeras e variam desde casos assintomáticos ao nascimento até lesões graves, com sequelas permanentes, ou ainda abortos ou óbitos fetais (BRASIL,2018).

Desde 1995, a OMS realiza ações para eliminação da SC. Em 2010, houve o reforço do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que se uniram para o lançamento da estratégia mundial de controle da SC no mundo, objetivando reduzir para 0,5 para mil nascidos vivos os casos da infecção, até o ano de 2015 (OMS, 2015).

Segundo o Boletim Epidemiológico da sífilis congênita, no Brasil, observou-se aumento da taxa de incidência da SC para a cifra de 5,6 casos para mil nascidos vivos (NV). Segundo o Boletim informativo, o número de casos de sífilis congênita notificados no Brasil em 2017 foi de 24.666, com incidência de 8,6 por mil NV; além disso, foram 206 óbitos por SC e taxa de mortalidade por SC de 7,2 por mil NV. No Estado do Piauí, taxa de detecção de SC, em 2018, foi 14,2 casos por mil NV (SESAPI, 2019).

Portanto, frente ao aumento da taxa de incidência de SC, é indiscutível a importância de implementação de ações efetivas no âmbito brasileiro para reduzir os casos dessa infecção, uma vez que se trata de uma doença passível de prevenção.

De acordo com Brasil (2018), se uma gestante é detectada precocemente e tem o tratamento adequado, é possível diminuir a transmissão.

Em relação ao HIV, o boletim epidemiológico de HIV /AIDS (2019) mostra que o coeficiente de mortalidade por AIDS em crianças até 14 anos reduziu, na última década, em cerca de 35,7%. No entanto, no ano de 2018, a principal via de transmissão do HIV entre menores de 13 anos foi a transmissão vertical, com cerca de 86% dos casos.

Para fins epidemiológicos, a definição de um caso de criança exposta ao HIV ocorre quando sua genitora tem diagnóstico de infecção pelo HIV. Portanto, várias medidas são tomadas para a prevenção da transmissão vertical. A principal delas é a profilaxia com ARV administrada em todas as crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. Outra medida é a vigilância da inibição do aleitamento materno. Tais ações precisam ser efetivas para a prevenção da TV (BRASIL,2018).

O Manual sobre manejo clínico da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes (2018) descreve como principais sinais da Infecção pelo HIV nas crianças: infecções recorrentes de vias aéreas superiores, linfadenopatia generalizada, diarreias recorrentes, distúrbios neuropsicomotores, dentre outros. Os profissionais de saúde devem realizar o manejo adequado, de acordo com o protocolo assistencial para reduzir a morbimortalidade pelo agravo na infância.

Dessa forma, a importância da avaliação do risco de transmissão vertical é imprescindível durante o pré-natal para prevenir as complicações acima citadas. Essa avaliação utiliza como parâmetros o uso de TARV durante a gestação e a carga viral materna no final da gravidez, pois a supressão desta é condição determinante para redução da TV. Gestantes com carga viral controlada (abaixo de 1.000 cópias por mm³) devem, inclusive, ser submetidas a parto normal, salvo existência de indicação obstétrica para parto cesáreo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar os aspectos clínicos e epidemiológicos de gestantes com sífilis e infecção por HIV, atendidas na atenção básica do município de Parnaíba, no período de 2014 a 2018.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar perfil sociodemográfico de gestantes com HIV e sífilis.
- Identificar idade gestacional de notificação dos casos de sífilis e infecção pelo HIV em gestantes;
- Estimar tempo decorrido entre o início do pré-natal e o diagnóstico da sífilis
- Avaliar classificação da forma clínica da sífilis e tratamento utilizado.
- Avaliar período do diagnóstico, uso de TARV e carga viral em gestantes com infecção por HIV

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa.

4.2 Caracterização do local do estudo

O estudo foi realizado no município de Parnaíba, situado no norte do Estado do Piauí, na região de saúde Planície Litorânea. É a segunda maior cidade do estado, com área territorial de 435,942 km² e uma população estimada de 153.078 mil habitantes (IBGE, 2019). A secretaria municipal de Saúde de Parnaíba tem cobertura da Atenção Primária em Saúde (APS) em quatro distritos de saúde, com 35 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma equipe de Estratégia de Agentes Comunitário de Saúde (EACS), atuando em 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/CNES (2019). O Centro de Testagem e Aconselhamento /Serviço de Atenção Especializada - CTA/SAE é responsável pelo diagnóstico e tratamento de pessoas com HIV/AIDS e IST no município e na região de saúde da Planície Litorânea (SESAPI, 2019). Além desses citados, o município oferta outros serviços habilitados para o cuidado da mulher, no ciclo gravídico puerperal e da criança, conforme tabela abaixo:

Serviços de Atenção a Gestantes, Puérperas e Neonatos em Parnaíba, 2019

Descrição do Serviço		Portaria de Estabelecimentos Habilitação				
Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo I	de	PT SAS 1187	Maternidade Bastos e Hospital Mirócles Veras.	Doutor Marques	Doutor	Marques
Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II	de	PT GM3371	Hospital Arcoverde	Estadual		Dirceu

Casa da gestante, Bebê e Puérpera	PT GM 3371	Hospital estadual Dirceu Arcoverde
Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCO)	PT GM 1877	Hospital estadual Dirceu Arcoverde
Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA)	PT GM 1877	Hospital estadual Dirceu Arcoverde

Fonte: CNES/2019.

4.3 População do Estudo

A população do estudo consistiu em gestantes com sífilis e HIV atendidas na Atenção Primária à Saúde do município de Parnaíba.

Critérios de inclusão e exclusão:

- Foram incluídas gestantes notificadas no SINAN, com diagnóstico de infecção pelo HIV e sífilis, atendidas na atenção básica do município de Parnaíba, no período de 2014 a 2018.
- Foram excluídas as gestantes não residentes no município de Parnaíba.

4.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados da pesquisa ocorreu nos serviços de Vigilância Epidemiológica, UBS e CTA / SAE do Município de Parnaíba-PI, no período de fevereiro a setembro de 2019. Visitas aos citados serviços foram realizadas após prévio agendamento com os respectivos gestores.

A primeira etapa da pesquisa foi realizada através da coleta de informações contidas na ficha de notificação de gestante com HIV e na ficha de notificação de gestante com sífilis, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O SINAN tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. (BRASIL, 2006).

O acesso às fichas do SINAN foi feito no setor de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, órgão que recebe as notificações dos diversos serviços de saúde de Parnaíba, incluindo as unidades básicas de saúde e o CTA/SAE.

Após levantamento manual das fichas do SINAN de gestantes com HIV e sífilis, no setor de epidemiologia, realizou-se a identificação dos endereços das gestantes e sua vinculação às respectivas UBS e equipes de saúde da família.

O segundo passo da pesquisa consistiu em visitas às UBS onde gestantes foram assistidas no pré-natal, para complementação das informações, por análise de prontuários. Num terceiro momento, foi visitado o CTA/SAE, onde também se realizou complementação por estudo dos prontuários das gestantes com HIV. As gestantes com HIV/AIDS são acompanhadas tanto pelas equipes da ESF como do CTA/SAE, onde é realizado o tratamento antirretroviral, entre outras atividades.

Reuniões com os enfermeiros da ESF dos quatro distritos de saúde e com profissionais do SAE/CTA foram realizadas para explanação sobre objetivos e procedimentos da pesquisa bem como para solicitação de colaboração na coleta de dados nos prontuários das gestantes identificadas com sífilis e HIV.

4.5 Instrumento de coleta e variáveis estudadas

Foi utilizado um formulário (apêndice A) elaborado pelo próprio autor para registro dos dados sociodemográficos, epidemiológicos, de pré-natal, obstétricos e clínicos coletados nas fichas de notificação de HIV e sífilis bem como nos prontuários das UBS e do CTA/SAE das gestantes residentes no município de Parnaíba-PI. As seguintes variáveis foram incluídas:

4.6 Variáveis estudadas

VARIÁVEIS DEPENDENTES:

- Idade (12 a 19 anos; 20 a 34 anos; 35 a mais.)
- Raça (brancas, pardas, pretas)
- Estado civil (solteiro, união estável, casada)
- Escolaridade (estratificado conforme dados da ficha de notificação no SINAN)
- Endereço (zona urbana ou rural)
- Ocupação (não trabalha, trabalho formal ou autônomo)
- Classificação clínica da sífilis (primária, secundária, terciária, latente)
- Teste não treponêmico-VDRL (reagente, não reagente, não realizado)
- Teste treponêmico (reagente, não reagente, não realizado)
- Início do pré-natal (1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre)
- Número de consultas (0 a 3, 4 a 5, 6 e mais)
- Tempo de diagnóstico (1 mês, 2 meses, 3 meses e mais)
- Tratamento da gestante (P G benzatina, outra droga, não tratada)
- Tratamento do Parceiro-concomitante com a gestante (sim, não)
- Idade gestacional da notificação (1º, 2º e 3º trimestre)
- Período do diagnóstico do HIV (antes do pré-natal, depois do pré-natal)
- Uso de TARV (sim, não)
- Carga viral materna inferior a 1000 cópias/mm³ (sim, não)
- Ano de notificação

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- Gestante com HIV
- Gestante com Sífilis

4.7 Organização e análise dos dados

Os dados foram processados e analisados no programa Microsoft Excel 2016 a partir da estatística descritiva. Na d foram apresentadas medidas absolutas (nº)

e relativas (%), para análise das frequências e da distribuição dos dados. Empregou-se o teste do qui-quadrado para análise estatística; neste estudo, foi considerado o nível de significância ($p < 0,05$), com 95% de intervalo de confiança. Os resultados das análises foram organizados em tabelas.

4.8 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi realizada após submissão e aprovação do projeto à Plataforma Brasil e apreciação e liberação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI sob o CAAE 03688918.2.0000.5214 e desenvolveu-se conforme os requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta os aspectos operacionais, éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos. Obteve-se também autorização institucional dos serviços onde a pesquisa foi desenvolvida

Os pesquisadores assinaram Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), com o qual se comprometeram a manter a confidencialidade sobre os dados contidos no banco do SINAN, bem como manter privacidade do seu conteúdo, como preconizam os documentos internacionais e a Resolução 466/2012. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informando sobre objetivos, procedimentos da pesquisa, riscos e benefícios envolvidos foram assinados pelos participantes.

O estudo não trará benefícios diretos para os participantes, mas poderá fornecer informações relevantes para auxiliar os órgãos de vigilância epidemiológica e de assistência a pacientes na definição de medidas de prevenção da infecção por HIV e sífilis em gestantes e melhora do cuidado à mulher no período gravídico-puerperal no município de Parnaíba-PI, caracterizando um benefício indireto.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários, foi considerado o risco de constrangimento aos participantes na eventual ocorrência de perda de sigilo das informações. Porém, esse fato foi minimizado pela observância dos preceitos da resolução 466/2012 do CNS, com assinatura do TCUD pelos pesquisadores e compromisso de conduta ética dos mesmos, que se responsabilizaram pela guarda e pela inviolabilidade dos dados da pesquisa. O anonimato dos pacientes também foi

garantido pela substituição dos seus nomes por códigos de registros numéricos nas planilhas do banco de dados e instrumento de coleta.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo incluiu um total de 80 gestantes portadoras de sífilis e/ou HIV, sendo 70 mulheres (87,5%) notificadas apenas com sífilis, oito (10,0%) apenas com infecção por HIV e duas (2,5%) simultaneamente infectada pelas duas condições. Desse modo, foram identificadas 72 gestantes (90%) com sífilis e 10 (12,5%), com infecção pelo HIV. A frequência de sífilis em grávidas com HIV foi de 20% (2/10) enquanto a frequência de HIV em gestantes com sífilis foi de 2,8% (2/72).

A tabela 01 mostra a distribuição da frequência das gestantes notificadas com HIV (N=10) e sífilis (N=72), atendidas na atenção primária do município de Parnaíba (PI), no período de 2014 a 2018. Os anos com maior frequência de casos foram 2016, para a infecção pelo HIV, com metade das notificações (n=5) e 2017 para sífilis, com 20 casos, 27,8% do total.

No Brasil (2019), no período de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV, das quais 8.621 no ano de 2018. O número de casos no nordeste e no Piauí nesse mesmo período foram 22.179 e 976, respectivamente. Numa série histórica de dez anos, a detecção de HIV em gestantes aumentou 38,1% no país, passando de 2,1 casos/mil nascidos vivos, em 2008 para 2,9 casos/mil nascidos vivos, em 2018.

Esse aumento pode ser atribuído, em parte, ao aumento na oferta do diagnóstico no pré-natal, com consequente prevenção da TV do HIV. A tendência de aumento na detecção de gestantes com HIV foi observada em todas as regiões do Brasil, exceto a sul e a região nordeste foi aquela que apresentou o maior incremento, na ordem de 118,1% (Brasil, 2019).

Tabela 01 - Frequência de gestantes diagnosticadas com HIV e sífilis atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Parnaíba (PI), por ano de notificação, de 2014 a 2018.

ANO DE NOTIFICAÇÃO	HIV		SIFILIS	
	N	%	N	%
2014	01	10	09	12,5
2015	02	20	09	12,5
2016	05	50	15	20,8
2017	0	0	20	27,8
2018	02	20	19	26,4
TOTAL	10	100	72	100

Fonte: SMS Parnaíba/SINAN

Em relação a sífilis, observou-se uma tendência de crescimento no número de casos diagnosticados ao longo dos anos do estudo, que se elevaram mais do que o dobro, passando de nove casos (12,5%), em 2014 para 19 (26,4%), em 2018. O aumento na frequência da sífilis em gestante reflete o aumento na ocorrência da sífilis adquirida, que reemergiu como um sério problema de saúde pública global, nos últimos 20 anos, pelo menos. (Rowley J. et. al.,2019). O aumento da sífilis em gestantes, por seu turno, impacta em aumento nas ocorrências de sífilis congênita (Costa et al., 2017).

Wijesoorya et al. (2016), em análise de dados mundiais, identificou quase um milhão de novos casos de sífilis em gestantes, em 2015, que resultaram em 143.000 casos de abortamento, 44.132 nascimentos prematuros ou baixo peso, 61.860 mortes neonatais e 101.813 crianças com sífilis congênita.

No Brasil, no período de 2005 a 2019, foram notificados 105.764 casos de sífilis em gestantes, sendo a região nordeste a segunda do país em notificações, com

67.961 casos. O Piauí, com 3.149 casos, é o último do nordeste em número de notificações. No período de 2014 a 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou de 8,9 para 21,4 casos/100.000 habitantes, representando um aumento de 140,4 %. A sífilis congênita, por sua vez, teve quadruplicação de sua taxa, no mesmo período, se elevando de 5,5 casos para 21,4 casos/1.000 nascidos vivos. O boletim informativo da SESAPI (2019) também traz semelhança de tendência do aumento da taxa de detecção da SG no estado do Piauí no mesmo período.

Diversos motivos parecem contribuir para o aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. Um deles é a redução do número de subnotificações, com a melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação dos agravos, após a obrigatoriedade da notificação dos casos de sífilis em gestantes, em 2005 e de sífilis adquirida, em 2010. Outra causa referida pelos órgãos de gestão da saúde no país para o aumento de notificação de casos é a ampliação da utilização de testes rápidos em gestantes (Brasil, 2018; Brasil, 2019b).

Importante ressaltar, ainda, que a problemática da reemergência da sífilis guarda estreita relação com um pré-natal de baixa qualidade, contrariando a proposta da Rede Cegonha, implementada em 2011, que busca garantir atenção de qualidade à mulher durante a gravidez, parto e puerpério; e à criança, o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011; Costa et al., 2017)

O motivo principal para o aumento dos casos de sífilis, entretanto, parece ser a desvalorização do uso do preservativo nas relações sexuais, fenômeno crescente em todo o mundo, especialmente em jovens. Dados nacionais de inquérito realizado pelo Ministério da Saúde (2011), com 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos demonstraram que 94% dos indivíduos sabem que o preservativo é a forma mais eficaz de prevenir a transmissão do HIV, porém menos de 40% usaram preservativo na última relação sexual. O acesso ao preservativo, nos serviços de saúde, foi informado por 28,3% da população, e 47,3% não tiveram acesso ao insumo (BRASIL, 2018b). Outra pesquisa promovida pelo IBGE(2016), em 2015, mostrou que 61,2% dos alunos do 9º ano do ensino fundamental, de 14 e 15 anos, não usaram preservativo na primeira relação sexual. Esse número sobe para 66,2% quando alunos são interrogados sobre uso na última relação sexual.

Uma das razões para não utilização do preservativo por grande parte das pessoas é o entendimento que a AIDS não é mais uma doença grave, com evolução rápida e inexorável para a morte e se tornou uma condição crônica que possibilita qualidade de vida às PVHA, com emprego de um tratamento seguro, eficaz e distribuído gratuitamente pelo SUS a todos os cidadãos brasileiros com infecção pelo HIV. Além disso, a possibilidade de utilizar medicamentos tanto para profilaxia da infecção pelo HIV tanto em situações de pré-exposição (PREP) como de pós-exposição (PEP) podem aumentar a sensação de segurança dos usuários, levando-os a negligenciar o uso do preservativo (BRASIL, 2018).

Duas gestantes apresentaram ambas condições, sífilis e infecção pelo HIV. Em estudo de metanálise sobre essa coinfeção, Wang et al. (2016) destacaram que é maior a soroprevalência de HIV em mulheres com sífilis gestacional do que naquelas sem o agravo. É sabido que a presença de uma IST aumenta o risco de adquirir ou de transmitir o HIV e isso é explicado tanto pela questão biológica, da quebra das barreiras cutaneomucosas como também pela questão comportamental, associada a baixa adesão a medidas de prevenção, incluindo o uso de preservativos. Wang et al. (2016) também referem que são necessários mais estudos para esclarecer o impacto que a coinfeção tem na transmissão vertical do HIV.

A tabela 02 mostra o perfil sociodemográfico das gestantes avaliadas nesse estudo, mostrando em separado as características das portadoras de sífilis (N=72) e de infecção pelo HIV (N=10).

A análise do perfil sociodemográfico evidenciou, para as duas condições estudadas, maior frequência para a faixa etária entre 20 e 34 anos, com achado de 60% em ambas. Chama a atenção um percentual significativo de gestantes na adolescência: a faixa de 12 a 19 anos foi identificada em 30% e 33,3% das gestantes com sífilis e HIV, respectivamente (Tabela 02).

Tabela 02- Caracterização sociodemográfica de gestantes com HIV e sífilis atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Parnaíba (PI), nos anos de 2014 a 2018.

	HIV		Sífilis		P(Qui)
	N	%	N	%	
Idade					0,087
12 a 19	03	30,0	24	33,3	
20 a 34	06	60,0	44	61,1	
35 ou mais	-	-	04	5,6	
Ignorado	01	10,0	-	-	
Raça					0,084
Branca	01	10,0	12	16,6	
Parda	09	90,0	52	72,2	
Preta	-	-	04	5,6	
Ignorado	-	-	04	5,6	
Escolaridade					0,007
Analfabeto	-	-	01	1,4	
Ensino fundamental incompleto	02	20,0	29	40,3	
Ensino fundamental completo	05	50,0	03	4,2	
Ensino médio incompleto	01	10,0	14	19,4	
Ensino médio completo	02	20,0	16	22,2	
Superior incompleto	-	-	01	1,4	
Ignorado	-	-	09	12,5	
Zona de Residência					0,079
Zona Urbana	10	100,0	59	81,9	
Zona rural	-	-	12	16,7	
Ignorado	-	-	01	1,4	
Ocupação					0,034
Não trabalha	07	70,0	52	72,2	
Autônoma	02	20,0	03	4,2	
Ignorado	01	10,0	17	23,6	
Estado Civil					0,09
União estável	03	30,0	31	42,9	
Casada	03	30,0	10	12,9	
Solteira	02	20,0	17	24,3	
Ignorada	02	20,0	14	20,0	

Fonte: SMS de Parnaíba e SINAN 2014 a 2018.

Quanto ao estado civil, 60% das gestantes com HIV e 55,8% das notificadas com SG apresentavam união estável ou eram casadas. O total de solteiras foi de 20,0% no grupo das gestantes com HIV e 24,3 % entre as diagnosticadas com sífilis. De acordo com a pesquisa, a maioria das gestantes é residente na zona urbana: todas as infectadas pelo HIV e mais de 80% das notificadas com sífilis.

Em relação à raça, a maior parcela foi encontrada entre as negras (considerando pardas e pretas, conjuntamente), sendo 90% nas gestantes com HIV e 77,8 % nas portadoras de sífilis. Observou-se também que 70,0% das gestantes com HIV e 72,2% das gestantes com sífilis não possuía trabalho remunerado.

O nível de escolaridade foi considerado baixo pois 70,0% das mulheres com HIV apresentaram somente ensino fundamental, completo (50,0%) ou incompleto (20,0%). Já nas gestantes com sífilis, a baixa escolaridade foi de 45,8%, sendo maior a frequência de mulheres com ensino fundamental incompleto (40,3%); uma mulher analfabeta e uma com curso superior incompleto foi identificada entre as gestantes notificadas com sífilis.

Segundo Warner et al. (2001) e Domingues et al. (2019), fatores biológicos, sociais e culturais são aspectos relevantes na transmissibilidade e na incidência da sífilis. Entre eles, podem ser citados: pobreza, baixa escolaridade, coinfeção com outras IST, gestação na adolescência, cor não branca da pele, antecedentes obstétricos de risco, múltiplos parceiros sexuais e assistência pré-natal inadequada. Várias dessas condições foram identificadas e comentadas nesse estudo.

Na análise estatística da caracterização sociodemográfica das gestantes as variáveis idade (20 a 34 anos), escolaridade (baixa), raça (negra), ocupação (não remunerada) e local de residência (zona urbana) mostraram diferenças estatisticamente significantes em sua distribuição ($p < 0,05$).

Os resultados da presente pesquisa corroboram a maioria dos dados gerais do Brasil (2019) para gestantes com HIV, nos quais se verifica tendência de crescimento de mulheres de cor parda, as quais se tornaram maioria a partir de 2012; em 2018, as gestantes não brancas infectadas pelo HIV representaram 61,7% do total (48,0% pardas e 13,7% pretas). De 2000 a 2019, as gestantes com HIV predominaram igualmente na faixa etária de 20 a 34 anos (72%) e com escolaridade igual ou menor que fundamental completo (52,8%)

O perfil de gestantes notificadas com sífilis no Brasil (2019b), no período de 2005 a 2018, também se assemelha ao observado no presente estudo: predomínio de mulheres pretas e pardas (60,2%), escolaridade igual ou inferior a fundamental completo (40%) e predomínio na faixa de idade entre 20 a 29 anos (52,5%). No estudo Nascir Piauí (2018), a maioria das gestações também predominou em mulheres negras, na faixa entre 20 a 29 anos e com baixa escolaridade.

Outro estudo realizado em uma maternidade pública no Piauí, sobre epidemiologia da infecção pelo HIV em gestantes destacou que a maioria das mulheres é jovem, negra, em situação socioeconômica de vulnerabilidade e com baixa escolaridade (SILVA et al., 2016), corroborando também o presente estudo, onde prevaleceu o ensino fundamental incompleto e ausência de trabalho remunerado. Nesse contexto, podemos inferir que baixa escolaridade interfere no entendimento da importância do autocuidado e, ainda, na dificuldade para inserção no mercado de trabalho.

Além disso, a parcela de gestantes considerada adolescente é um achado relevante, uma vez que se trata de um problema de saúde pública global que, na maioria das vezes, está associado a gravidezes não planejadas e a uma maior vulnerabilidade social das mulheres (SILVA et al., 2018).

Em se tratando do estado civil, há dois pontos a refletir: o primeiro é o percentual considerável de mulheres com companheiros; de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical (2019) é imprescindível o olhar para o acompanhamento da parceria sexual da gestante, visto que se preconiza o tratamento concomitante do casal. O segundo ponto diz respeito às mulheres solteiras: quando se pensa na cadeia epidemiológica da transmissão das IST em mulheres sem parcerias sexuais fixas, não é possível definir, ao certo, a fonte real da infecção (BRASIL, 2018). Portanto, medidas gerais de promoção e prevenção devem constantemente estar na pauta das ações dos municípios.

Apesar da maioria das grávidas da pesquisa habitar em zona urbana, com acesso mais fácil aos serviços de saúde, atenção especial deve ser dada àquelas que residem na zona rural, devendo às mesmas ser resguardado um fluxo de atendimento em tempo hábil. O Ministério da Saúde (MS) detém de um manual para gestores que visa o manejo da sífilis e retrata a importância da gestão na linha de cuidado das IST (BRASIL, 2018).

Comentário final sobre os dados sociodemográficos diz respeito a relativa baixa qualidade dos dados obtidos, identificada pela alta frequência de informações não registradas adequadamente no Sinan e prontuários. No perfil das gestantes com HIV, metade dos seis itens estudados apresentaram a categoria ignorada em frequência que variou de 10%, em idade e ocupação a 20%, em estado civil. No perfil de SG, os registros ignorados apareceram em cinco variáveis: zona de residência (1,4%), raça (5,6%), escolaridade (12,9%), estado civil (20%) e ocupação (22,9%).

A tabela 03 mostra as características clínicas de gestantes com sífilis notificadas pelas unidades básicas de saúde do município de Parnaíba (PI), no período de 2014 a 2018.

O período de gestação com maior número de notificações foi o segundo trimestre, com 59,7%, dos casos. No primeiro e no terceiro trimestre, o percentual de gestantes notificadas foi de 18,1% e 15,3%, respectivamente. O total de ignorados foi de 6,9%.

Somando-se os casos de SG notificados no segundo e no terceiro trimestre, o percentual alcança 75,0% de notificações tardias, refletindo atraso no diagnóstico e tratamento das gestantes infectadas e aumentando o risco de transmissão vertical. Ainda nesse contexto, ao relacionar o trimestre de notificação e o tempo decorrido do início do pré natal observou-se que em geral, de acordo com Freitas et al. (2019) esse atraso contribui para desfechos desfavoráveis relatados acima. Além disso, o ideal é que a testagem fosse realizada a partir da primeira consulta, contrariando o protocolo do MS (BRASIL, 2019).

A TV da sífilis pode ocorrer em qualquer período da gestação, sendo mais comum durante o 2º e o 3º trimestre e em qualquer estágio clínico da doença, sendo mais frequente nos estágios primários, secundário e latente precoce. Por outro lado, a gravidade da infecção fetal é maior quanto mais precoce for a infecção fetal (HOLLIER et al., 2001)

Conforme o PCDT TV da sífilis (2019), diagnóstico precoce e o tratamento adequado da mãe, ocorrido em até trinta dias antes do parto reduz o risco de TV. Para Freitas et. al., (2019) inúmeras situações podem contribuir para o retardo no diagnóstico, podendo ser citadas, entre outras, a existência de serviços estruturais e de apoio desorganizados, a logística inadequada de retorno dos resultados de exames

e a não oferta de exames diagnósticos, sobretudo TR em tempo oportuno. Sobre isso, a eliminação da transmissão vertical é um desafio para ambas, sífilis e infecção pelo HIV, pois necessitam que haja acesso em tempo hábil ao diagnóstico e tratamento da infecção (PEREIRA et al., 2016; BICK et al., 2018; BRASIL, 2019). Em relação a classificação clínica, prevaleceu a informação de "ignorado", com 36,1% dos registros, seguida da sífilis terciária, com 23,6% das notificações. Sífilis primária, latente e secundária corresponderam a 16,7%, 12,5% e 11,1% dos casos notificados, respectivamente.

Na análise dos resultados da variável classificação clínica, foi bastante preocupante identificar que mais de um terço dos casos teve classificação ignorada e que o estágio terciário da sífilis, entre as categorias informadas, foi a classificação clínica mais frequentemente notificada. A soma de ambos, ignorados e estágio terciário, representaram aproximadamente 60% dos casos notificados.

Na avaliação dos prontuários das gestantes que tiveram classificação de sífilis terciária, não se identificou qualquer registro de sinais ou sintomas, neurológicos, cutâneos, articulares ou cardiovasculares que corroborassem o diagnóstico de tal forma clínica, podendo-se inferir que a classificação de sífilis terciária em todos ou na maioria dos casos foi decorrente de erro de avaliação ou de preenchimento do profissional de saúde responsável pela notificação.

Ressalte-se também que a sífilis terciária é o estágio final na história natural da sífilis, de ocorrência incomum em jovens mulheres gestantes, aparecendo habitualmente em pessoas com idade mais avançada, muitos anos ou algumas décadas após a infecção pelo *Treponema pallidum* (HOLLIER et al., 2001).

Tabela 3 - Características clínicas de gestantes com sífilis atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Parnaíba (PI), nos anos de 2014 a 2018.

Características Clínicas	N	%
Período Gestação		
1º trimestre	13	18,1
2º trimestre	43	59,7
3º trimestre	11	15,3
IG desconhecida	05	6,9
Classificação Clínica		
Latente	09	12,5
Primária	12	16,7
Secundária	08	11,1
Terciária	17	23,6
Ignorado	26	36,1
Teste Treponêmico		
Reagente	52	72,2
Não reagente	05	6,9
Não Realizado	01	1,4
Ignorado	14	19,4
Teste não Treponêmico		
Reagente	65	90,3
Não reagente	03	4,2
Ignorado	04	5,6
Tratamento da Gestante		
Penicilina G benzantina com 2.400.000 UI	17	23,6
Penicilina G benzantina com 4.800.000 UI	12	16,7
Penicilina G benzantina com 7.200.000 UI	37	51,4
Outro esquema	1	1,4
Não realizado	1	1,4
Ignorado	4	5,6
Tratamento do Parceiro		
Sim	27	37,5
Não	37	51,4
Ignorado	8	11,1

Fonte: SMS Parnaíba, SINAN,2014-2018.

Os casos notificados como sífilis terciária eram gestantes sem manifestações clínicas se com evidência sorológica de infecção por sífilis, caracterizando, na verdade, a chamada forma latente da doença. Tal situação é a mais frequentemente vivenciada pelos profissionais que realizam diagnóstico de sífilis na atenção a gestantes durante o pré-natal. Importante ressaltar que, na maioria das vezes, não é possível definir com segurança o tempo de infecção da gestante e, para evitar tratamentos com doses insuficientes para cura da gestante e prevenção da TV, a recomendação é classificar o caso como sífilis latente tardia e tratar a grávida infectada com 7,2 milhões de UI de Penicilina G benzatina (BENEDETTI et al., 2019; BRASIL, 2018). Nessa perspectiva, Ramos e Boni (2018) retrataram situações de equívoco na classificação clínica de gestantes com sífilis, a semelhança do encontrado

Nessa pesquisa observou-se que aproximadamente 60,0% das mulheres realizaram seis ou mais consultas, conforme preconizado pelo MS; no entanto, o número de consultas não contribuiu efetivamente na qualidade do pré-natal, com erros de classificação do estágio da sífilis, tratamentos inadequados e falhas de registro já mencionadas. Achados semelhantes foi encontrado na pesquisa em realizada por Acosta et al. (2016). Em relação ao número de consultas, um estudo referiu que uma quantidade inadequada (menos de três) de consultas de pré-natal é fator contribuinte para ocorrência de casos de sífilis gestacional (MACÊDO et al., 2017). Com base nisso, reforça-se a importância do manejo oportuno das gestantes infectadas e seus parceiros para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e redução da transmissão vertical (DE CERQUEIRA e COL., 2017; BRASIL, 2019).

Segundo o PCDT TV (2019), os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas e classificar os estágios da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e parcerias sexuais com sífilis devem ser priorizados, principalmente, na Atenção Básica.

Teste não treponêmico (VDRL) foi reagente em 90% das gestantes e o não treponêmico (teste rápido imunocromatográfico), em 72,2%. As frequências de VDRL e testes rápidos não reagentes foram de 4,2% e 6,9%, respectivamente. O percentual

de resultados ignorados foi maior para o teste rápido treponêmico (19,4%) que para o VDRL (5,6%). Apenas um registro de teste treponêmico não realizado foi informado.

A definição de caso de sífilis na gestação passa obrigatoriamente por confirmação laboratorial, atendendo a qualquer uma das três seguintes condições: gestante sintomática que apresente pelo menos um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), gestante assintomática e sem histórico de tratamento prévio para sífilis, que apresente pelo menos um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico) e gestante com dois testes reagentes, sendo um teste treponêmico e um não treponêmico, independente de sintomas ou tratamento anterior realizado (BRASIL, 2018).

Testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *Treponema pallidum*. São os primeiros que se tornam reagentes. Os mais empregados são os testes rápidos imunocromatográficos. Testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipina, material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis e possivelmente contra a cardiolipina liberada pelos treponemas. O VDRL é o mais amplamente utilizado (BRASIL, 2019).

A triagem sorológica para sífilis deve ser realizada na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores. Também devem ser realizadas em casos de exposição de risco ou violência sexual (BRASIL, 2019).

Segundo o PCDT TV (2019), para o diagnóstico da sífilis, deve ser realizado um teste treponêmico mais um teste não treponêmico. Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico. Quando o TR treponêmico for utilizado como primeiro teste, nos casos reagentes, uma amostra de sangue venoso deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico e definição do diagnóstico.

Uma revisão sistemática da Cochrane (2014) destacou a eficácia dos testes rápidos para detecção e tratamento oportuno da sífilis na gravidez; contudo, a frequência de oportunidades perdidas para realização dos TR é considerada alta, dificultando o alcance da recomendação da OMS (2018), de testagem mínima de 95%

das gestantes. Nessa perspectiva, um estudo realizado com base de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade -PMAQ sobre testagem para HIV e sífilis no pré-natal evidenciou que fatores individuais, sociais e estruturais contribuem para oportunidades perdidas para realização de teste de HIV e Sífilis na gestação, evidenciando vulnerabilidade na prevenção da transmissão vertical desses agravos (FREITAS et al., 2019).

Nessa pesquisa observou-se que a maioria das gestantes realizaram seis ou mais consultas, conforme preconizado pelo MS, no entanto, o número de consultas não contribuiu efetivamente na qualidade do pré-natal, assim como o encontrado na pesquisa em outro estudo (ACOSTA, 2016). Em contraste ao número de consultas, um estudo referiu que a quantidade inadequada (menos de três) de consultas de pré-natal foi um fator contribuinte para casos de sífilis gestacional (MACÊDO et al., 2017). Com base nisso, reforça-se a importância do manejo oportuno e medidas em conjunto no período gestacional, para prevenção dessas infecções sexualmente transmissíveis e da transmissão vertical (DE CERQUEIRA e COL., 2017; BRASIL, 2019).

Ainda que os testes treponêmicos sejam os mais sensíveis, nos casos de SG avaliados no presente estudo, a sorreatividade foi maior para o VDRL (90,0%) quando comparado ao teste rápido (72,2%). Isso pode ser explicado, em parte, pela alta frequência (aproximadamente 20,0%) de testes rápidos com resultados ignorados. Na realidade, é provável que houve erro de registro e que a maior parte desses testes classificados como ignorados não foi realizada, pois o estudo incluiu casos de SG notificados de 2014 a 2018 e a implantação dos testes rápidos na rotina do pré-natal, na atenção básica em Parnaíba, ocorreu ao longo de 2015, ano posterior ao primeiro ano incluído no estudo. Em razão da menor especificidade dos testes não treponêmicos, também pode ser considerada possível falsa reatividade em testes VDRL, que eventualmente acontece em outras condições infecciosas e em doenças autoimunes, geralmente em baixos títulos (BRASIL,2014).

O tratamento com Penicilina G Benzatina foi realizado com 2,4 milhões, 4,8 milhões ou 7,2 milhões de UI, respectivamente, em 23,6%, 16,7% e 51,4% das gestantes notificadas. Tratamento com outro esquema e não realizado foram identificados em um único paciente (1,4%), cada um. O tratamento dos parceiros foi concomitante ao das gestantes em 37,5% dos casos apenas. Na maior parte, 51,4%

das vezes, o parceiro não tratou concomitante com a gestante. Em 11,1%, o tratamento do parceiro foi considerado ignorado.

As recomendações atuais de tratamento da sífilis em gestantes recomendam a Penicilina G benzatina, em dose única de 2,4 milhões de UI, para sífilis recente (primária, secundária e latente precoce) e 7,2 milhões de UI (distribuídas em três doses semanais de 2,4 milhões) para a sífilis tardia (latente tardia e terciária). Anteriormente, incluindo período inicial do presente estudo, havia recomendação de dose de 4,8 milhões de UI para pacientes com sífilis secundária, o que justifica a sua utilização por parte dos pacientes. Considerando-se que a maioria dos casos de sífilis em gestantes é latente tardia, que houve muitos casos com classificação ignorada e com erros de classificação, conforme previamente comentado e que somente cerca de metade das gestantes utilizaram a dose de 7,2 milhões de UI de Penicilina G benzatina, é provável que parcela significativa das gestantes com sífilis foi tratada com doses do antibiótico menores que o recomendado. Uma paciente tratada com outro antibiótico (eritromicina) e outra não tratada reforçam o grupo das pacientes que não foram adequadamente tratadas (CARDOSO et al., 2018; BRASIL, 2019).

Mais da metade dos parceiros de gestantes com sífilis não trataram concomitantemente com a gestante. Parceiros não tratados ou inadequadamente tratados podem ensejar ocorrência de reinfecções durante a gestação, constituindo-se em um dos fatores que mais contribuem para a transmissão vertical, conforme identificado em vários estudos (CARDOSO et al., 2018; ALMEIDA et al., 2015; RAMOS e BONI, 2018).

A tabela 04 apresenta o perfil clínico de gestantes com infecção pelo HIV notificadas pelas unidades básicas de saúde do município de Parnaíba (PI), no período de 2014 a 2018.

Do total de 10 gestantes notificadas no período do estudo, metade (05) já tinha diagnóstico de infecção pelo HIV antes do início do pré-natal e a outra metade foi diagnosticada durante triagem sorológica realizada no pré natal: duas no 2º trimestre da gestação (40%) e duas no 3º trimestre (40%). Uma gestante (20%) teve diagnóstico em idade gestacional desconhecida. Uso de TARV foi identificado em 90% dos casos e há registro de 40% que fizeram a profilaxia com ARV no parto.

Metade das gestantes apresentava carga viral realizada no último trimestre da gravidez abaixo de 1000 cópias/mm³. As frequências de partos do tipo vaginal e cesáreo foram de 40% e 30%, respectivamente. Quanto a evolução da gravidez, 70% das gestantes deram a luz a nascidos vivos e em 30%, a informação não está disponível.

A testagem para HIV deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e na admissão da gente para o parto, na maternidade. Os testes rápidos para HIV são métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibilitam início adequado da TARV e resposta virológica mais precoce (BRASIL, 2019). Nenhum dos cinco casos diagnosticados durante o acompanhamento pré-natal foi realizado no primeiro trimestre. Nos casos com período de diagnóstico conhecido (quatro), metade foi realizado no segundo trimestre e metade no terceiro trimestre, caracterizando diagnóstico tardio e maior risco de transmissão vertical.

A TARV tem indicação universal para todas as gestantes com HIV e poderá ser iniciada antes dos resultados dos exames CD4, carga viral do HIV (CV-HIV) e genotipagem, especialmente nos casos de gestantes com início tardio do acompanhamento pré-natal, com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rapidamente. A supressão da HIV é o principal fator determinante na redução da transmissão vertical (BARBOSA et al., 2018)

O uso de TARV durante a gravidez reduz a taxa de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1%, quando se alcança a supressão da CV-HIV materna. Entretanto, diferentes estudos demonstram que apenas cerca de 70% das grávidas em tratamento e sem exposição prévia aos ARV atingem supressão viral próxima ao parto. A principal causa para a não supressão viral nesse grupo é a adesão insuficiente. Apesar do uso de TARV por 90% das gestantes avaliadas no presente estudo, apenas 50% apresentaram CV inferior a 1000 cópias ou indetectável, nas últimas semanas de gravidez.

Tabela 4: Características clínicas de gestantes notificadas com HIV atendidas na atenção básica do município de Parnaíba (PI), nos anos de 2014 a 2018.

Características clínicas	N	%
Evidência Laboratorial		
Antes do pré-natal	05	50,0
Durante o pré-natal	05	50,0
Período da Gestação(N=5)		
1º trimestre	-	-
2º trimestre	02	40,0
3º trimestre	02	40,0
IG desconhecida	01	20,0
Uso de TARV		
Sim	09	90,0
Não	01	10,0
Carga viral< 1000 cópias		
Sim	05	50,0
Não	05	50,0
Tipo de Parto		
Vaginal	04	40,0
Cesárea de urgência	02	20,0
Cesárea eletiva	01	10,0
Ignorado	03	30,0
Uso de ARV no parto		
Sim	04	40,0
Não	02	20,0
Ignorado	04	40,0
Evolução da gravidez		
Nascido vivo	07	70,0
Ignorado	3	30,0

Fonte: SMS Parnaíba, SINAN,2014-2018.

Um estudo semelhante ao nosso, que traçou perfil de gestantes com HIV e crianças expostas em uma maternidade brasileira encontrou apenas 30% de gestantes indetectáveis, valor abaixo do observado nessa pesquisa. Entretanto, ele apresenta semelhanças relacionadas a incompletude de informações, pois registros relacionados a fatores da gestante, coinfeções, dados de uso de TARV, registro

adequado de carga viral, dentre outros tiveram um percentual que pode contribuir para má qualidade da assistência e do sistema de informação (BICK et al., 2018).

De acordo com MS, a carga viral abaixo de mil cópias/mL em gestantes adequadamente tratadas, reduz significativamente a taxa de transmissão vertical. Carga viral deve ser realizada após a 34ª semana para definição da via de parto. Em mulheres com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva, a partir da 38ª semana de gestação, diminui o risco de TV do HIV. Para gestantes em uso de ARV e com supressão da CV-HIV sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada (BRASIL, 2018).

Pesquisou-se o tempo de notificação da gestante com o início do pré-natal. Detectou-se que cerca de 20 % delas com até três meses e mais entre o início do pré-natal e o diagnóstico das infecções. Para Freitas et. al., (2019) inúmeras situações podem contribuir para o retardo no diagnóstico, desde serviços estruturais e de apoio desestruturados, a saber a logística no retorno com os resultados de exames, a não oferta de exames diagnósticos, sobretudo TR em tempo oportuno. Sobre isso, a eliminação da transmissão vertical é um desafio para ambas, sífilis e infecção pelo HIV, pois necessitam que haja acesso em tempo hábil ao diagnóstico e tratamento da infecção, respectivamente (PEREIRA et al., 2016; BICK et al., 2018; BRASIL, 2019).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que a infecção pelo HIV e a sífilis em gestante representam importantes agravos à saúde de gestantes, no município de Parnaíba-PI. A avaliação da série histórica dos casos de sífilis em gestantes, evidenciou nítida tendência de crescimento no número de casos, no período de 2014 a 2018.

As gestantes infectadas com sífilis e HIV, acompanhadas na atenção primária têm um perfil de mulher jovem, da terceira para quarta década de vida, de cor parda ou preta, residente na zona urbana, em união estável, pouco instruída e sem emprego remunerado.

A maior parte das notificações de gestantes com sífilis e HIV foi realizada tardiamente, no segundo trimestre de gestação, com o diagnóstico sorológico ocorrendo, em geral, após um ou dois meses do início do pré-natal.

A classificação clínica da sífilis identificada no estudo foi predominantemente da forma terciária ou ignorada e somente metade das pacientes tiveram tratamento com três doses semanais de Penicilina G benzatina, totalizando 7.200.000UI. Considerando que maioria das gestantes era assintomática, esses achados parecem refletir dificuldades ou erros de classificação e tratamento.

A maior parte das gestantes com HIV encontra-se em uso de TARV, porém a maioria ou não tem informação de CV-HIV ou não tem carga viral abaixo de 1000 cópias/mm³, no final da gravidez.

Incompletude de informações nos prontuários e nas fichas de notificação assim como retardo no diagnóstico e classificação inadequada representam vulnerabilidades programáticas que contribuem para oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento oportuno.

Comitês de Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) para analisar oportunidades perdidas de PTV, identificar as possíveis falhas e recomendar medidas de intervenção devem ser implantadas no município. Todos os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer e diagnosticar sífilis e infecção pelo HIV. Educação continuada para os profissionais da atenção básica e de outros setores da assistência se faz necessária

REFERÊNCIAS

ACOSTA, L. M. W; GONÇALVES, T. R.; BARCELLOS, N. T. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 40, p. 435-442, 2016.

ALMEIDA, P. D. ET AL. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. **Rev. Interdisciplinar**. v. 8, n. 1, p. 62-70, jan. fev. mar. 2015

BARBOSA, B. L. F. A; MARQUES, A. K.A; GUIMARÃES, J. V.S. Gestantes HIV positivas e os fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV **Rev. enferm. UFPE on line** ; 12(1): 171-178, jan. 2018.

BARRE-SINOUSSE F, CHERMANN JC, REY F, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). **Science**. 220: 868-871, 1983.

BENEDETTI, K. C. S. V; ET AL. High Prevalence of Syphilis and Inadequate Prenatal Care in Brazilian Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. **Am J Trop Med Hyg** ; 101(4): 761-766, 2019 Oct.

BICK, Marília Alessandra et al. Perfil de gestantes e crianças infectadas expostas ao HIV em serviço especializado no sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**. Recife, v. 18, n. 4, p. 791-801, dezembro de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000400791&lng=en&nrm=iso>. acesso em 11 de novembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400007>.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 março. 2018.

_____. IBGE. PeNSE - Pesquisa Nacional do Censo Escolar 2015 <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/19030-pense-2015-a-saude-dos-adolescentes.html> (2016), acesso em 14 de março de 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BR). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.144, de 28 de dezembro de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/.../portaria1444_28_12_00.pdf>. Acesso em 4 jun. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil/Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em 11 jun. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico** Sífilis 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira/Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2018,b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira/Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais **Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico** - Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico -HIV AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018** (DIAHV)– Brasília/DF.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019** (DIAHV)– Brasília/DF.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Como Prevenir a Transmissão Vertical de HIV e Sífilis no Seu Município. Guia para gestores 2018**– Brasília/DF.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2018** (DIAHV) – Brasília/DF.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2019** – Brasília/DF.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019** – Brasília/DF.

_____. PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí/Coordenação de Doenças Transmissíveis. **Informe Epidemiológico da Sífilis no Piauí 2019**. Piauí, 2019

CARDOSO, A. R.P. ET AL . Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro,v.23, n.2, p. 563-574, Feb.2018.Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000200563&

SADEQUA SHAHROOK,RINTARO MORI,TUMENDEMBEREL OCHIRBAT,HARUMI GOMI. **Cochrane Database Syst Rev.** 2014 2:(10): CD010385. doi: 10.1002 / 14651858.CD010385.pub2<Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25352226> 17/02/2020.>

COSTA, C.; SANTOS, I.; SILVA, J. et al., **Sífilis Congênita: Repercussões e Desafios** Arq. Catarin Med. 2017 jul-set; 46(3):194-202.

Center for Disease Control (CDC) **Kaposi's Sarcoma e Pneumocystis pneumonia among homosexual men** - New York City and California.**MMWR** Vol.55/No RR 11, 2006.

DE CERQUEIRA, L. R. P. e COL. "A magnitude da sífilis: da prevalência à transmissão vertical." **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo** 59 (2017): e78.

DOMINGUES, R.M.S.M; SARACENI, V., LEAL, M.C.sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal **Rev Saúde Pública**, 2013; 47:147-157.

DOMINGUES, R. M. S. M.; ET AL. Prevalência de sífilis e HIV em gestantes encarceradas e incidência de sífilis congênita em crianças nascidas em prisões brasileiras. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro,v. 33, n. 11,e00183616,nov.2017 .Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em21out.2019.Epub 21-Nov-2017.<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00183616>.(mulheres encarceradas).

DOMINGUES, R.M.S.M; SARACENI, V., LEAL, M.C. Reporting of HIV-infected pregnant women: estimates from a Brazilian study. **Revista de Saúde Pública**, 52, 43. (2018).

FREITAS, C. H. S.M. ET AL. Fatores associados ao pré-natal e testes de HIV e sífilis durante a gravidez na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.53,76,2019. Disponível<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100268&lng=en&nrm=iso>. acesso em 04 de novembro de 2019. Epub 23 de setembro 2019<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001205>

GLIDDON H.D., PEELING R.W., KAMB M.L, ET AL.A systematic review and meta-analysis of studies evaluating the performance and operational characteristics of dual point-of-care tests for HIV and syphilis ***Sexually Transmitted Infections***. 2017;**93**:S3-S15.

HIPOLITO, R. L. ET AL. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV / Aids: relação temporal, sociodemográfica e de saúde percebida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2874, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100330&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 de outubro de 2019. Epub 20 de abril de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>.

KENYON,C. R., KARA, O.TSOUMANIS A. "A Epidemiologia Global da Sífilis no Século Passado - Uma Revisão Sistemática Baseada na Prevalência da Sífilis Pré-Natal." Ed. Pamela LC Small. ***PLoS Neglected Tropical Diseases*** 10.5 (2016).

MAIA, M. M. M. ET AL. Prevalência de infecções congênitas e perinatais em gestantes HIV positivas da região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**,Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. 421-427,Sept.2015 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000900421&lng=en&nrm=iso>. access on18Nov.2019.<http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005355>.

MACÊDO,V.C; LIRA,P.I.C ;FRIAS,P.G.;ROMAGUERA,L.M; CAIRES,S.F.F.; XIMENES,R.A.A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev Saude Publica**. 2017;51:78.

OLIVEIRA L.B.O, COSTAR C.R.B, QUEIROZ A.C.F.L.N, ARAÚJO T.M.E, SOUSA KAAS, Reis RK. Análise epidemiológica da coinfeção tuberculose/HIV. **Cogitare Enferm**, 2018; 1(23).

OMS (Organización Mundial de la Salud). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. **Ginebra**: OMS, 2015.

OMS. Redução da transmissão materno- infantil de hiv e sífilis desacelera na América latina e no Caribe, **Brasil**, acesso em 26/08/2018, disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5425.

PAHO (Pan American Health Organization). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. **Update 2016**. Washington, D.C.: PAHO, 2017.

PEREIRA, G. F. M. ET AL. Prevalência de HIV entre mulheres grávidas no Brasil: uma pesquisa nacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** , Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 391-398, agosto de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000800391&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 de novembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1592102>.

RAMOS, M. G. a; BONI, S. M. .Prevalência da Sífilis Gestacional e Congênita na População **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 3, p. 517-526, setembro/dezembro 2018 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206

RODRIGUES DC, DOMINGUES RMSM. Manejo da sífilis na gravidez: conhecimentos e práticas de profissionais de saúde e barreiras ao controle de doenças em Teresina, Brasil. **Int J Health Plann Manage**. 2018 abr; 33 (2): 329-344. Epub 2017 Oct 6.

ROTHSCHILD, BM. **History of Syphilis. Clinical Infectious Disease**2005; 40: 1454-1463

ROWLEY, J.; VANDER HOORN S.; KORENROMP, E et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016 **Bull World Health Organ.** 2019; 97(8): 548-562.

SAAB, F.; TOMAZ, C. Prevalência de sífilis em gestantes atendidas pelo Programa de Proteção Gestante (PPG) e relatório de aborto no Estado de Sergipe, Brasil. **Rev. Univ. Ind. Santander. Saúde**, Bucaramanga, v. 48, n. 2, p. 214-220, junho de 2016. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072016000200008&lng=en&nrm=iso. acesso em 18 de novembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016006>.

SCHUENEMANN, VJ, LANKAPALLI, A.K, BARQUERA, R.N, Nelson, EA, Iraíz Hernández, D., Acuña Alonzo, V., Krause, J. (2018). Os genomas históricos do *Treponema pallidum* do México colonial foram recuperados de vestígios arqueológicos. **PLoS Neglected Tropical Diseases** , 12 (6).

SILVA, J.R.; OLIVEIRA, M.B.T.O.; SANTOS, F.D.R.P.; NETO, M.S.; SANTOS, A.N.F.F. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 22 Número 2 Páginas 109-116, 2016.

SILVA AP; CORRÊIA CM, BARBOSA, JAG et.al. Aconselhamento em HIV/AIDS e sífilis em gestantes na Atenção Primária. **Revista de Enfermagem da UFPE on line.**, Recife 12(7):1962-9, jul., 2018.

UNAIDS. Relatório Informativo HIV/AIDS-julho 2018, **Brasil**, acesso em 26 de agosto de 2018, disponível em: <http://www.unaids.org> e https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/2018_07_17_Fact-Sheet_miles-to-go.pdf.

WANG, T T; XU, Y; LI, Z Z; CHEN, L Z. A meta-analysis of HIV seroprevalence in pregnant women with syphilis and the impact of syphilis infection on mother-to-child HIV transmission. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi** ; 50(11): 1001-1007, 2016

WARNER, HL; AGARWAL, S; GOG, BT et al Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an urban southeastern hospital **Sex Transm Dis**;28: 92-98, 2001.

WIJESOORYA NS, ROCHAT RW, KAMB ML et al. Global burden of maternal and congenital syphilis: a health system modelling study. **Lancet Global Health** 2016. 4: e525-e533. doi:10.1016/S2214-109X (16)30135-8



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

PESQUISADORA: LUCELIA SOARES DA SILVA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM HIV E SÍFILIS
ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA- PI**

**APENDICE A FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS
IDENTIFICAÇÃO Nº**

GESTANTE COM SÍFILIS () GESTANTE COM HIV () COINFECÇÃO ()

IDADE DA GESTANTE _____

RAÇA: () BRANCA () PARDA () PRETA () OUTRA

ESTADO CIVIL

() SOLTEIRA () UNIÃO ESTÁVEL () CASADA () DIVÓRCIO/SEPARAÇÃO

ESCOLARIDADE

ANALFABETO () ENSINO FUNDAMENTAL (EF) -1 A 4 SÉRIE INCOMPLETO (INC) () -EF4ª SÉRIE COMPLETA () -3- 5ª A 8ª SÉRIE INC. () EF COMPLETO () ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () SUPERIOR INCOMPLETO () ENSINO SUPERIOR COMPLETO () IGNORADO ()

LOCAL DE RESIDÊNCIA

() ZONA URBANA () ZONA RURAL

OCUPAÇÃO

NÃO TRABALHA AUTÔNOMA OUTROS _____

PERÍODO DA GESTAÇÃO EM QUE OCORREU A NOTIFICAÇÃO

1º TRIMESTRE 2º TRIMESTRE 3º TRIMESTRE IG DESCONHECIDA

SE SÍFILIS**CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA**

PRIMÁRIA SECUNDÁRIA TERCIÁRIA LATENTE IGNORADO

TESTE TREPONÊMICO NO PRÉ NATAL

REAGENTE NÃO REAGENTE NÃO REALIZADO IGNORADO

TESTE NÃO TREPONÊMICO

REAGENTE NÃO REAGENTE NÃO REALIZADO IGNORADO

TRATAMENTO PRESCRITO

1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI

2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI

3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI

4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

TRATAMENTO CONCOMITANTE COM PARCEIRO

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

MOTIVO DO NÃO TRATAMENTO DO PARCEIRO

1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.

2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à Unidade de Saúde (US) para tratamento

3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas compareceu

4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US, mas recusou o tratamento

5 - Parceiro com sorologia não reagente.

6 - Outro motivo

NÚMERO DE CONSULTA PRE -NATAL

0 a 3 () 4 a 5 () 6 a 10 ()

COMORBIDADES

Quais _____

RELAÇÃO ENTRE ÍNICIO DO PRE NATAL E DATA DE DIAGNÓSTICO

1 mês () 2 meses () 3 meses ou mais ()

É REINFECÇÃO? SIM () NÃO ()

Confirmação de tratamento adequado

() sim () não () ignorado

SE HIV**Evidência laboratorial do HIV:**

Antes do pré-natal () Durante o pré-natal () Durante o parto () Após o parto ()

Uso de antirretrovirais para profilaxia

Sim () Não () Ignorado ()

Tipo de parto

Vaginal () Cesárea eletiva () Cesárea de urgência () ignorado ()

Fez uso de profilaxia antirretroviral durante o parto:

Sim () não () ignorado ()

Evolução da gravidez:

() Nascido vivo () Natimorto () Aborto () ignorado

NO PRONTUÁRIO**CARGA VIRAL MATERNA < 1000 cópias/mm³:**

() Sim () Não



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora para participar da Pesquisa intitulada **Perfil clínico-epidemiológico de gestantes com HIV e sífilis atendidas na atenção básica do município de Parnaíba-PI**, a qual pretende contribuir para aprimorar a assistência à mulher no período gravídico-puerperal no município de Parnaíba-PI, ao analisar a prevalência de sífilis e infecção pelo HIV em gestantes.

A justificativa do trabalho é baseada na importância epidemiológica dos agravos (Sífilis e HIV) no cenário mundial e no município, tendo em vista a elevação do número de casos em gestantes e em seus recém-nascidos.

Neste trabalho, não será realizado nenhum procedimento clínico ou farmacológico. Sua participação se dará na autorização para coleta de dados do seu prontuário.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários, há um risco inerente a exposição de informações, no entanto, os pesquisadores responsáveis observarão os preceitos da resolução 466/2012 do CNS e manterão o sigilo das informações.

O benefício desse estudo será indireto, uma vez que seus resultados poderão contribuir para aprimorar a assistência à mulher no período gravídico-puerperal no município de Parnaíba-PI.

Se depois de consentir em sua participação a senhora desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A senhora não terá nenhuma despesa e também

não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

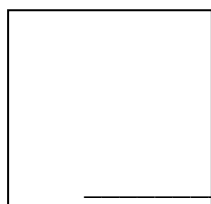
Para qualquer outra informação, a senhora poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua México, 43, Bairro Rodoviária, Parnaíba-Piauí, pelo telefone (86) 999030610 , e-mail luc.elia@hotmail.com ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa–CEP / UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ, CEP: 64.049-550 , Teresina , PI, **telefone:**86 3237-2332, **e-mail:**cep.ufpi@ufpi.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou receber remuneração e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do participante ou responsáveis



_____ Data: ___/___/___

Nome e assinatura Pesquisador Responsável



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER
APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS
(TCUD)

Eu, Kelsen Dantas Eulálio, da Universidade Federal do Piauí - UFPI, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **“Perfil clínico-epidemiológico de gestantes com HIV e sífilis atendidas na atenção básica do município de Parnaíba-PI,”**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no SINAN e Prontuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários das UBS e do CTA, bem como com a privacidade dos seus conteúdos. Serão coletados dados referentes a gravidez relacionada com a infecção pelo HIV e ou sífilis.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Kelsen Dantas Eulálio

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER
APENDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro a quem interessar que estamos de acordo com a realização do estudo intitulado **“PREVALÊNCIA DE SÍFILIS E INFECÇÃO PELO HIV E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA- PI ”**, sob a Orientação do **Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio** e pesquisadora **Lucelia Soares da Silva**, do Mestrado Profissional da UFPI, podendo iniciar-se nesta instituição de saúde em específico nas unidades básicas onde funcionam a **ESF (Estratégia Saúde da Família)** e no Centro de Testagem e Aconselhamento **COAS/CTA**. Assim como acessar dados do **SINAN** no setor da Vigilância Epidemiológica do município.

Declaro ter lido e concordar com a realização da pesquisa, previamente autorizada pela Secretária Municipal de Saúde de Parnaíba, na pessoa da senhora **Julyara Fernanda de Sousa Leite**. E declaro que a pesquisa está em consonância com as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução **CNS 466/12**, estou ciente da co-responsabilidade como instituição co-participante no compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos participantes recrutados para a pesquisa, garantindo a sua integridade moral.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos da Resolução **CNS 466/12**, dentre outros:

1. Garantia da confidencialidade, anonimato e não utilização das informações em prejuízo de outros;
2. Emprego de dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
3. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e comunidade onde foi realizado.

Parnaíba, 20 dezembro de 2018.

Julyara Fernanda de Sousa Leite
Secretaria Municipal de Saúde

Julyara Fernanda de Sousa Leite

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER
APENDICE E – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**



**ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA**



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

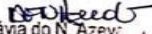
Declaro a quem interessar que estamos de acordo com a realização do estudo intitulado **“PREVALÊNCIA DE SÍFILIS E INFECÇÃO PELO HIV E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA- PI”**, sob a Orientação do Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio e pesquisadora Lucelia Soares da Silva, do Mestrado Profissional da UFPI, podendo iniciar-se nesta instituição de saúde (Atenção Básica de Saúde em específico as unidades básicas onde funcionam a ESF (Estratégia Saúde da Família) e no Centro de Testagem e Aconselhamento COAS/CTA.

Declaro ter lido e concordar com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12, estou ciente da co-responsabilidade como instituição co-participante no compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos participantes recrutados para a pesquisa, garantindo a sua integridade moral.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos da Resolução CNS 466/12, dentre outros:

1. Garantia da confidencialidade, anonimato e não utilização das informações em prejuízo de outros;
2. Emprego de dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
3. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e comunidade onde foi realizado.

Parnaíba, 29 de outubro de 2018.


Ana Flávia do N. Azevedo
Coordenadora da Atenção Básica
SEC. MUN. DA SAÚDE DE PARNAÍBA - PI

Ana Flávia do Nascimento Azevedo

Superintendente de Atenção Básica

Portaria nº 005/2017

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER
APENDICE F - ANUÊNCIA



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA



ANUÊNCIA

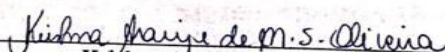
Declaro a quem interessar que estamos de acordo com a realização do estudo intitulado **“PREVALÊNCIA DE SÍFILIS E INFECÇÃO PELO HIV E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA- PI”**, sob a Orientação do **Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio** e pesquisadora **Lucelia Soares da Silva**, do Mestrado Profissional da UFPI, podendo iniciar-se nesta instituição de saúde, onde funciona o setor da Vigilância Epidemiológica do município.

Declaro ter lido e concordar com realização da pesquisa, previamente autorizada pela coordenadora de Vigilância em Saúde **Krishna Araripe de Moraes Souza Oliveira**. E declaro que a pesquisa está em consonância com as as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12, estou ciente da co-responsabilidade como instituição co-participante no compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos participantes recrutados para a pesquisa, garantindo a sua integridade moral.

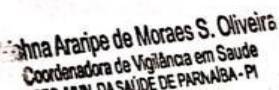
Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos da Resolução CNS 466/12, dentre outros:

1. Garantia da confidencialidade, anonimato e não utilização das informações em prejuízo de outros;
2. Emprego de dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
3. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e comunidade onde foi realizado.

Parnaíba-PI, 03 de janeiro de 2019.


Krishna Araripe de Moraes Souza Oliveira

CS Digitalizada com CamScanner


Krishna Araripe de Moraes S. Oliveira
Coordenadora de Vigilância em Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA-PI

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER
APENDICE G - CARTA DE ANUÊNCIA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COAS - CENTRO DE ORIENTAÇÃO E APOIO SOROLÓGICO
CTA - CENTRO DE TESTAGEM DE ACONSELHAMENTO EM HIV**



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro a quem interessar que estamos de acordo com a realização do estudo intitulado "PREVALENCIA DE SIFILIS E INFECÇÃO PELO HIV E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES NO MUNICIPIO DE PARNABA-PI", sob a Orientação do Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio e pesquisadora Lucélia Soares da Silva, do Mestrado Profissional da UFPI, podendo iniciar-se nesta instituição de saúde onde funciona o COAS/CTA de Parnaíba-PI.

Declaro ter lido e concordar com a realização da pesquisa, previamente autorizada pelo coordenador do COAS/CTA de Parnaíba-PI, na pessoa do Senhor Xilde Ribeiro Araújo. E declaro que a pesquisa está em consonância com as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12, estou ciente da corresponsabilidade como instituição co-participante no compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos participantes recrutados para a pesquisa, garantido a sua integridade moral.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos da Resolução CNS 466/12, dentre outros:

1. Garantia da confidencialidade, anonimato e não utilização das informações em prejuízo de outros;
2. Emprego de dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
3. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e comunidade onde foi realizado.

Parnaíba-PI, 03 de Janeiro de 2019.

Xildes Ribeiro Araújo

**XILDES RIBEIRO ARAÚJO
COORDENADOR COAS/CTA
Coordenador do COAS/CTA
Parnaíba**

Rua Passajarina 247- Bairro Boa Esperança

E-mail: coas@parnaiba.pi.gov.br

CNPJ: 06.554.430/0001-31

Fone (86) 3323-2008

Parnaíba- PI

