

DIEGO FERREIRA FRANCO
FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS
GUILHERME LELLIS BADKE

**PREVALÊNCIA DE POSITIVIDADE AO ANTI-HIV E VDRL EM
PARTURIENTES, EM VITÓRIA, EM 2007.**

Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de
Medicina da EMESCAM, Vitória - ES.
Orientador: Professora Sandra Fagundes Moreira-
Silva.

VITÓRIA – ES
2010

DIEGO FERREIRA FRANCO

FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS

GUILHERME LELLIS BADKE

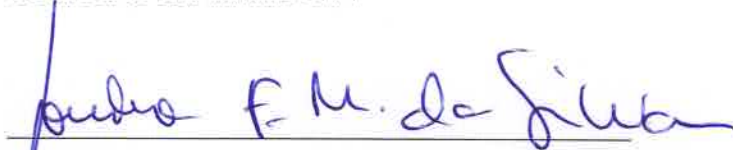
PREVALÊNCIA DE POSITIVIDADE AO ANTI-HIV E VDRL EM PARTURIENTES, EM VITÓRIA, EM 2007.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção de grau de médico.

Orientadora: Professora Sandra Fagundes Moreira-Silva.

Aprovado em 10 de Dezembro de 2010


COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a Sandra Fagundes Moreira da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Orientador



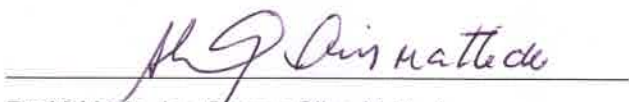
Prof.^a Diana de Oliveira Frauches

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM



Prof. Luis Henrique Borges

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Prof.^a Maria das Graças Silva Mattede

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer ao empenho da professora Maria das Graças Silva Mattede, por ter sido sempre afável e assaz solícita aos nossos questionamentos, à professora Diana de Oliveira Frauches por ter atendido com boa vontade e disposição as nossas dúvidas durante todo o curso, e à tutoria e aos ensinamentos ministrados pela nossa orientadora, professora Sandra Fagundes Moreira da Silva, que conduziu-nos com maestria durante a pesquisa, com sua vasta experiência sobre o tema abordado.

RESUMO

Introdução: A transmissão vertical por HIV e Sífilis é preocupação nacional tendo em vista aspectos de morbimortalidade envolvidos. O Ministério da Saúde do Brasil garante exames de triagem anti-HIV e VDRL às parturientes, visando controle e diminuição da transmissão vertical.

Objetivos: Analisou-se a frequência de positividade dos exames de triagem realizados em parturientes em maternidade de Vitória-ES, no período de janeiro a junho de 2007, focando o perfil epidemiológico e clínico das parturientes e comparando os dados obtidos com outros trabalhos na literatura.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo de 1979 prontuários de parturientes da instituição alvo de estudo, baseado-se em análise documental dos resultados de sorologia do teste rápido anti-HIV e VDRL realizados na maternidade.

Resultados: Dentre as 1979 gestantes, observou-se soropositividade de 0,9% para o VDRL e 0,4% de soropositividade para o HIV. Em 93(4,7%) parturientes não foi realizado VDRL, enquanto que em 28 (1,4%) parturientes não foi realizado teste rápido anti-HIV. Apenas 1 gestante teve positividade para ambos os exames. A faixa etária de soropositividade para ambos exames se concentrou entre 21-30 anos e somente gestantes oriundas da região metropolitana de Vitória foram responsáveis pela totalidade dos casos de exames soropositivos.

Conclusão: A prevalência de soropositividade para ambos os exames se assemelhou às estatísticas aferidas no Brasil nos últimos 10 anos, sugerindo uma estabilidade na frequência das doenças abordadas em relação a população estudada.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Acquired immune deficiency syndrome (Síndrome da imunodeficiência adquirida)

AZT – Zidovudina (droga anti-retroviral utilizada na terapia para AIDS)

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

ELISA - Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ensaio de imunoadsorção ligado a enzima)

HIV - Human immunodeficiency virus (vírus da imunodeficiência adquirida)

IFI – Imunofluorescência Indireta

MS – Ministério da Saúde

PCAP-BR - Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SPSS-CDC – Statistical Package for the Social Sciences of Centers of Diseases Control (Programa de análise estatística para as ciências sociais do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América)

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory (pesquisa laboratorial de doença venérea)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 HIV E GESTAÇÃO	12
2.2 SÍFILIS E GESTAÇÃO	15
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 MÉTODOS	22
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	22
4.2 TIPO DE ESTUDO	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	23
4.4 SOBRE O TESTE RÁPIDO ANTI-HIV E VDRL	23
4.5 VARIÁVEIS	25
4.6 ANÁLISE DE DADOS	26
4.7 APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	48

ANEXO A - FLUXOGRAMA DOS TESTES DIAGNÓSTICOS PARA HIV-I/II	48
ANEXO B - INDICAÇÕES PARA INÍCIO DE TERAPIA ANTIRETROVIRAL EM CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV, DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO CDC/1994	49
ANEXO C - MODO DE TRANSMISSÃO DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA EM GESTANTES HIV POSITIVAS E CRIANÇAS EXPOSTAS, SEGUNDO CRITÉRIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002).....	50
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EMESCAM.....	51
APÊNDICES	52
APÊNDICE A - PROTOCOLO PROMATRE – 2007 – VITÓRIA - ES	52
APÊNDICE B – DISTRIBUIÇÃO DAS PARTURIENTES DA PROMATRE, SEGUNDO REGIÃO DE PROCEDÊNCIA, PERÍODO JANEIRO A JUNHO DE 2007.....	53

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença infecciosa cujos primeiros casos clínicos foram diagnosticados em maio de 1981, nos Estados Unidos, em doentes com quadros exóticos de pneumonite por *P. carinii* e com Sarcoma de Kaposi^{1,2}.

Admite-se que o vírus transmissor da AIDS tenha passado do macaco para o homem, através do contato físico desses animais com os nativos africanos, seja através de ferimentos como arranhões ou mordidas de macaco ou através do costume dessas populações de ingerir, como alimento, a carne de macaco mal cozida^{1,2}.

Após o contato inicial das populações nativas africanas com o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), este conseguiu disseminar-se pelo mundo todo, graças ao contato sexual de visitantes de outros continentes com nativos infectados, para tornar-se hoje uma pandemia de ônus social e financeiro exorbitante para o governo de todos os países^{1,2}.

Os números da AIDS e de portadores do vírus HIV no Brasil não são menos preocupantes que os de outras nações em desenvolvimento. Segundo Boletim Epidemiológico do MS de 2010, com referência a dados desde 1980, existem 592.914 casos de AIDS notificados no país acumulados até o ano de 2010, sendo contabilizadas 229.222 mortes de 1980 até o ano de 2009. Para o mesmo período, no Espírito Santo, foram registrados 8.682 casos de AIDS, com 2.872 mortes decorrentes dessa doença. Só no ano de 2010, foram 13.520 casos notificados no Brasil – com uma razão masculino/feminino de 1,5 – e 267 casos notificados no Espírito Santo. A taxa de incidência de AIDS por 100.000 habitantes no Brasil em 2009 foi de 20,1, dado este que pouco variou ao longo dos anos (1997-2009), tendo como menor taxa a do ano de 1999, que foi de 17,1, e como maior taxa a do ano de 2002, que foi de 21,7. Esses dados atentam para importância de estudos sobre aspectos epidemiológicos do vírus do HIV na população brasileira, dada a

necessidade de otimizar a alocação de recursos e investimentos da saúde pública, na tentativa de diminuir a incidência de novos casos³.

Nota-se também, ao longo dos anos, que o perfil do portador do HIV no Brasil tem mudado gradativamente, graças a mudança de alguns fatores de risco e comportamentos sociais. Os principais grupos de risco deixaram de ser homossexuais e pessoas que entraram em contato com sangue contaminado (usuários de drogas endovenosas e hemofílicos), para dar lugar ao contato heterossexual, principal modo de transmissão do vírus atualmente^{1,2}.

Essa inversão de grupos de risco pode ser explicada pelo aumento do número de pessoas, sobremaneira do sexo masculino, com AIDS e que se declaram heterossexuais. Dados do Boletim Epidemiológico 2010 do MS, sobre indivíduos do sexo masculino, apontam essa transição: no período de 1980-1997, 24,2% dos casos de AIDS notificados segundo categoria de exposição hierarquizada nesse grupo se declaravam homossexuais, enquanto 17,4% se declaravam heterossexuais e 14,2% se declaravam bissexuais. Já os dados de 2010 informam que 43,4% dos casos notificados de AIDS, segundo a mesma categoria e grupo, se declara heterossexual, ao passo que 20,7% se declara homossexual e 7,8% bissexual. Outro fator que modificou a história da frequência de contágio por tipo de exposição ao vírus é a melhoria das medidas de segurança em bancos de sangue no Brasil, desde 1986, especialmente nas áreas metropolitanas, resultando em uma queda significativa nos casos de HIV por transfusão de sangue^{1,2,3}.

O grande número de heterossexuais infectados resultou, dessa forma, em um aumento rápido na infecção de mulheres pelo vírus do HIV, a sua maioria em idade fértil. Em paralelo, pôde ser observado um aumento de crianças infectadas no período gestacional, parto e pós-parto, fato que chama atenção para o fenômeno da transmissão vertical, ou seja, transmissão da mãe à criança^{1,2,4}.

A sífilis é uma doença causada pela infecção pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria do grupo das espiroquetas, que pode afetar todos os tecidos do corpo. A sua porta de entrada são a pele e as mucosas, com a contaminação se dando através do contato sexual, lesões infectadas ou fluidos orgânicos delas, sendo

adquirida também por via transplacentária (transmissão vertical), transfusão sangüínea, acidentes com material pérfuro-cortante e tatuagens. Suas manifestações clínicas são mais frequentes em pele, mucosas, aparelho cardiovascular e sistema nervoso central, podendo resultar em seqüelas graves^{1,2}.

A sífilis congênita, foco do presente estudo, ocorre quando o *T. Pallidum* atravessa a barreira hemato-placentária e contamina o feto. A transmissão materna acontece de forma mais frequente durante a fase aguda da sífilis, ou seja, fases primária (cancro duro) ou secundária (disseminação bacteriana pelo organismo), quando as espiroquetas são mais numerosas. Como as manifestações da sífilis materna podem ser sutis, o teste sorológico de rotina para sífilis é obrigatório em todas as gestações. Graças a sua elevada sensibilidade (78 a 100%) e possibilidade de titulação, bem como realização técnica simples, rápida e de baixo custo, o principal teste utilizado para triagem sorológica da sífilis em gestantes é o Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL), cujo resultado é descrito qualitativamente (“reagente” e “não-reagente”) e também quantitativamente (1:2, 1:32, etc...) ^{1,2,5,6}.

A triagem sorológica, bem como o diagnóstico e tratamento precoce da gestante infectada, assumem notável importância, ao passo que a morte intra-uterina e perinatal ocorrem em aproximadamente 25% dos casos de sífilis congênita não-tratada, enquanto que quase metade das crianças não-tratadas com sífilis neonatal desenvolve manifestações tardias, as quais ocorrem posteriormente aos dois primeiros anos de vida, sendo que 75% das crianças acometidas se apresentam assintomáticas ao nascimento^{5,7}.

Tendo em vista as graves conseqüências para o recém-nato e a crescente preocupação no contexto da saúde pública brasileira, a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória desde 1986 (Portaria GAB/MS nº 542, de 22 de dezembro de 1986), enquanto a sífilis em gestante passou a ser notificada compulsoriamente a partir de 2005. Tal medida passou a ser imprescindível para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é o objetivo do Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado em 2007⁵.

Apesar da sífilis congênita ter se tornado doença de notificação compulsória no país, foram notificados ao Ministério da Saúde, no período de 1998 a junho de 2007, 41.249 casos em menores de um ano de idade. Enquanto que no estado do Espírito Santo foram registrados 454 casos em menores de um ano, no período entre 2006 a 2009. Dados como esse demonstram a alarmante proporção do problema mesmo levando-se em conta a grande subnotificação dessa doença. Dentre a totalidade dos casos registrados entre 1998 a junho de 2008 pelo Ministério da Saúde, a região Sudeste registrou 49,7% dos casos (20.496 casos), a Nordeste, 28,9% (11.905 casos), a Norte, 7,5% (3.102 casos), a Centro-Oeste, 7,3% (3.000 casos) e a Sul, 6,7% (2.746 casos). Dados recentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) demonstram que no ano de 2009 foram notificados 104 casos de sífilis congênita no estado do Espírito Santo, dos quais o município de Vitória foi responsável por 25 casos (24,03%). Quanto a incidência, passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,9 casos por mil nascidos vivos em 2005, variando de acordo com a região de residência: 0,8 para a Região Sul (304 casos); 1,6 para a Região Norte (519 casos); 1,6 para o Centro-Oeste (378 casos); 2,2 para o Sudeste (2.559 casos); e 2,2 para o Nordeste (2.033 casos)^{8,9,10,11}.

No que refere ao número de casos confirmados de sífilis em gestantes no país, dados do Ministério da Saúde demonstram uma queda entre os anos de 2007 e 2009, com valores respectivamente de 6.845 e 4.536. Dados do SINAN provenientes do município de Vitória também demonstraram queda entre os anos de 2007 e 2009 (31 e 21 casos, respectivamente). Ainda sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal no País e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde (gestores ou diretamente envolvidos no atendimento) têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez^{8,9,10,11}.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIV E GESTAÇÃO

A infecção pelo HIV traz sérias conseqüências ao paciente, sobretudo durante a gravidez, onde seus efeitos tanto físicos quanto emocionais são ainda mais graves para a gestante e ao concepto. Caso a paciente já tenha conhecimento acerca do diagnóstico de HIV previamente ou durante a gestação, é comum que o sentimento positivo relativo ao período gestacional acabe por ser relegado e até ocultado, devido ao isolamento e preconceito social que a infecção pelo HIV impõe frente à sociedade. A paciente pode relutar em aceitar o diagnóstico caso o mesmo ocorra durante a gestação, podendo negar-se a ser submetida a qualquer tratamento e até mesmo omitindo o problema para seus familiares e para o companheiro^{1,2,4}.

Entre as implicações da infecção pelo HIV na gravidez, destaca-se, de modo particular, o risco da exposição fetal aos efeitos do uso materno de drogas anti-retrovirais, cujo potencial teratogênico não está ainda totalmente estabelecido. Por outro lado, outros autores têm alertado para a possibilidade da gestação acelerar o desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida entre as mulheres infectadas. O sistema imune é normalmente afetado pelas alterações fisiológicas da gravidez, havendo uma queda normal dos linfócitos T-CD4+ até a 32ª semana de gestação, seguida por um aumento rebote no período perinatal^{1,2,4}.

A crescente transmissão do HIV por via heterossexual foi acompanhada de um aumento considerável da participação feminina no perfil epidemiológico da doença, confirmada pela progressiva redução da razão de sexo em relação a taxa de incidência por 100.000 habitantes entre todas as categorias de exposição, isto é, de 40 homens para cada mulher em 1983, para 1,5 homem para cada mulher em 2010. O Espírito Santo segue a mesma tendência, observando-se que em 2000 a razão de sexo era de 9,2/1, enquanto que em 2009 essa razão se encontra em 1,5/1. Pense-se, portanto, na possibilidade de aumento dos casos de AIDS notificados, cuja categoria de exposição foi a transmissão vertical^{1,2,3,12,13,14}.

O primeiro caso de infecção perinatal que se tem registro no país foi em 1985. A partir daí, até junho de 2010, foram notificados 13.061 casos de AIDS relacionados a transmissão vertical no Brasil, com progressivo aumento da incidência até o ano de 1997. Desta data em diante, houve uma progressiva redução do número de casos de AIDS de acordo com esse tipo de exposição, de 1.029 casos em 1998 para 84 casos nesse primeiro semestre de 2010. No Espírito Santo, de 1980 a dezembro de 2009, foram diagnosticados 353 casos de aids por transmissão vertical, sendo que de 2000 a 2009 há queda considerável nessa categoria de exposição – de 30 para 13 casos notificados, correspondendo a uma queda de 56,7%. As políticas de ação do SUS em conjunto com as ações ministeriais são, provavelmente, a razão maior pela queda desses valores, apesar do aumento da prevalência de mulheres com AIDS^{3,14}.

Tendo como foco a idade de acometimento de AIDS, percebe-se que a faixa etária que condensa a maior parte dos casos no Brasil, ao longo dos últimos 30 anos, é de 20-49 anos, com 84,21% dos casos notificados. Essa mesma frequência persiste se analisado o mesmo grupo no ano de 2010, representando 80,94% do total de casos avaliados. Se observada por sexo, a faixa etária de maior acometimento do sexo feminino também é de 20-49 anos, com 81% dos casos notificados nesse grupo. Essa faixa etária condiz com o período fértil das mulheres, contribuindo para salientar a importância do controle da transmissão vertical, haja vista que existem terapias efetivas disponíveis à população^{1,2,3,12}.

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5% a 30%. Entretanto, diversos estudos publicados na literatura médica demonstram a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre zero e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: o uso de anti-retrovirais combinados, o parto por cirurgia cesariana eletiva, o uso de quimioprofilaxia com a Zidovudina (AZT) na parturiente e no recém-nascido, e a não-amamentação¹⁵.

No Brasil, embora essas intervenções estejam disponíveis para toda a população de gestantes infectadas pelo HIV e seus filhos, as dificuldades da rede em prover

diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis ao HIV, e a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto ainda aquém do desejável, resultam na administração de zidovudina injetável em menos de 60% dos partos do total de mulheres estimadas por ano, pelo MS, como infectadas pelo HIV¹⁶.

Segundo o Estudo Sentinela-Parturientes, do ano de 2004, a prevalência de HIV em parturientes tem se mantido menor que 1% em todo o território nacional. Para o Brasil, essa estimativa foi de 0,431%, o que se traduz numa estimativa/ano de cerca de 12.635 gestantes/parturientes portadoras do HIV por crianças expostas, e, assim, apesar de todas as dificuldades, a incidência de casos de AIDS em crianças vem decrescendo progressivamente em todo o país. Dados do Boletim Epidemiológico do MS de 2010 corroboram com a conjectura apontada nesse estudo de 2004, apontando inclusive que há decréscimo contínuo desde então, do ponto de vista da transmissão vertical em relação aos casos de AIDS em indivíduos com menos de 13 anos – com 627 casos em 2004, comparado a 280 em 2009, o que representa uma queda de 55,34% nesse intervalo^{3,16}.

Faz-se necessário lembrar que a Portaria nº 2.334/96 do MS instituiu protocolo de uso de AZT para toda gestantes HIV+ (na gravidez e parto), e seus recém-nascidos (RN) para reduzir em 70% o risco da transmissão vertical do HIV. O protocolo 076 criado pela Aids Clinical Trial Group (ACTG 076), que estudou a quimioprofilaxia para transmissão vertical, preconiza o início da profilaxia pela administração de Zidovudina à grávida, a partir desta fase, com início à 14^a semana, e no momento do parto por via venosa e pelo recém-nascido nas seis primeiras semanas de vida por via oral. Além disso, pesquisas também demonstraram reduções na transmissão vertical do HIV com o uso da Zidovudina por períodos mais curtos. A taxa de transmissão seria de 6,1% com o uso a partir do período pré-natal, de 10,0% com o uso a partir do parto, de 9,3% com o uso pelo bebê nas primeiras 48 horas de vida, aumentando para 18,4% se usada somente a partir do terceiro dia de vida do recém-nato. Como exemplo de sucesso de uso do protocolo, na Europa, a taxa de transmissão vertical do HIV antes de ser instaurada a profilaxia com AZT da grávida infectada era de 15% a 20% e desde a introdução do protocolo ACTG 076 assistiu-se a uma redução para 8%. Infelizmente, estudos mostram que no Espírito Santo, no

ano de 1999, o Protocolo ACTG 076 não veio sendo aplicado de forma plena, devido a dois fatores principais: a não realização da sorologia anti-HIV nas gestantes e a não prescrição do AZT para gestantes (na gravidez e/ou no parto) e recém-nascidos. Dado a diminuição da frequência de transmissão vertical, percebe-se que essa realidade pode ter se alterado ao longo dos últimos 10 anos^{17,18,19}.

2.2 SÍFILIS E GESTAÇÃO

A sífilis é uma doença antiga, com mais de meio século de existência. Seus relatos na Europa datam do período logo após o descobrimento da América²⁰.

O agente etiológico da sífilis foi identificado por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman no início do século XX, em trabalhos realizados na cidade de Berlim (Alemanha). Inicialmente foi denominada *Spirochaeta pallida*, por não ser facilmente corado pelas técnicas em uso à época. Karl Landsteiner confirmou o achado ao visualizar o microrganismo pela técnica de microscopia de campo escuro, por ele desenvolvida em 1906. Desde então, a denominação *Treponema pallidum* passou a vigorar, a partir da demonstração feita por Reuter da presença do agente na parede da artéria aorta de um indivíduo acometido pela sífilis. O *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, é um dos quatro patógenos do gênero *Treponema* capazes de causar doenças no homem. A transmissão do agente se dá, na maioria dos casos, por via sexual. A transmissão por meio do contato com lesões mucocutâneas ricas em bactérias pode ocorrer, assumindo particular importâncias nos recém-nascidos que necessitam de manipulação frequente. Outras formas de contágio incluem: contaminação do feto no canal de parto ou pela via transplacentária, além de transfusão de sangue contaminado. A transmissão ocupacional é rara. O risco de transmissão por parceiro sexual foi estimado em 60%^{21,22}.

O ser humano é o único reservatório do *Treponema pallidum*. As infecções experimentalmente feitas em cobaias não reproduzem o ciclo da doença como no homem, não sendo capazes de contaminar outros animais¹.

A sífilis adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual, sendo que aproximadamente um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual infectado adquirirá a doença. O *T. pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão é possível em qualquer fase da gestação, sofrendo influências do estado da infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais bactérias estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será atingido. De modo inverso, infecção antiga possibilita a formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção do concepto, produzindo lesões mais tardias na criança^{1,2,7,8}.

A sífilis gestacional pode causar inúmeras intercorrências, dentre elas: morte intrauterina, abortamento, sequelas graves nos recém-natos, além da possibilidade do óbito neonatal. A transmissão via vertical pode se dar em qualquer momento da gestação, sendo que os casos de recém-nascidos assintomáticos estão mais relacionados à transmissão no terceiro trimestre. Quanto mais avançada a doença materna, menor o risco de transmissão para o feto. Pesquisa publicada acerca da patogenia da sífilis materno-fetal atenta para o fato de existirem duas possibilidades para a ocorrência de sífilis congênita. Na primeira, a mulher já infectada engravida. Na segunda, a mulher grávida se infecta com o espiroqueta. Desse modo, existiria um espectro variado de desfechos possíveis, de acordo com os estágios de gravidez e de infecção, que pode ainda ter um terceiro determinante, o desenvolvimento do sistema imune fetal. Foi observado que as crianças concebidas nos estágios tardios da doença materna são comprovadamente menos afetadas. A cada gravidez sucessiva na mulher não tratada, a chance de transmissão vai diminuindo. Contudo, o risco não é eliminado^{23,24,25,26}.

A elevada taxa de prevalência e de transmissão vertical justifica a inclusão da sífilis na gestação como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória, cujos índices oscilam entre 30 a 100% sem o tratamento ou com o tratamento inadequado²⁷.

Por se tratar de uma doença infecto-contagiosa sistêmica de evolução crônica e com manifestações cutâneas temporárias, a sífilis está sujeita a períodos de latência. Sua

evolução é dividida em primária, secundária e terciária. A transmissão da sífilis adquirida se dá por via sexual em quase todos dos casos, já a transmissão por transfusão sanguínea é rara nos dias atuais. A ocorrência de sífilis em gestantes torna evidente as falhas dos serviços de saúde, sobretudo no que refere à atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento dos casos identificados são medidas simples e de alta eficácia na prevenção da doença^{1,2,7,27}.

A partir do contato sexual, o período de incubação se faz em média de 21 dias. A partir daí, a resposta imune que se desenvolve não impede a implantação do agente no local de inoculação, tampouco previne sua disseminação. A suscetibilidade à doença é universal, sendo que infecções anteriores não determinam imunidade permanente^{1,2}.

Como objetivo em questão, a vigilância epidemiológica da sífilis na gestação busca controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, dar seguimento adequado sobre o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle da doença¹⁴.

Todo ano, pelo menos meio milhão de crianças nascem com sífilis congênita no mundo e a sífilis materna causa meio milhão de natimortos e abortos. Com o desenvolvimento de testes simples e confiáveis a doença poderia ser facilmente detectada e tratada com pouco custo. A implementação de um programa eficiente para eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública também poderia contribuir para a redução da mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater HIV/ Aids e outras doenças (OMS, 2005). A verdadeira taxa global da sífilis congênita é difícil de determinar. Poucos países têm estatísticas do número de casos de crianças infectadas ou a proporção de mulheres grávidas com sífilis. Além do mais, os poucos dados que existem não dão o quadro total, porque somente 68% das mulheres em países em desenvolvimento recebem cuidados de pré-natal e destas, cerca da metade não são atendidas antes do primeiro trimestre. Além disso, a gravidez afetada pode terminar em aborto no primeiro ou segundo trimestre, antes da mulher ser testada para sífilis¹⁴.

Considera-se caso de sífilis durante a gestação: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com titulação de qualquer valor, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem. Em conformidade com as ações políticas do Ministério da Saúde, que preconizam normas técnicas para o controle da sífilis na gestação, deverá ser ofertado o teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, prioriza-se realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto). Nos casos de mulheres com VDRL reagente na gestação ou no parto, deverá ser colhido sangue periférico do recém-nascido para realização de teste não treponêmico e proceder à avaliação geral da criança com a solicitação dos exames de Líquor, raio-X de ossos longos e hemograma^{1,2,7,27,28}.

Em resumo, na sífilis congênita, a utilidade do VDRL é:

- a) Detecção das gestantes com sífilis, a fim de tratar adequadamente a doença e intervir positivamente diminuindo a transmissão vertical de sífilis;
- b) Realizar triagem dos recém-nascidos possivelmente infectados, filhos de mães com teste não-treponêmico reagente na gravidez ou parto, para que sejam investigados com exames complementares;
- c) Permitir o seguimento do recém-nascido com suspeita de infecção. Casos os títulos diminuíam até a negatificação, conclui-se que são anticorpos passivos maternos e não houve sífilis congênita. Casos os títulos permaneçam reagentes até o terceiro mês de vida, a criança deverá ser tratada, pois as seqüelas começam a se instalar;
- d) Comparar os títulos da mãe (se o título for maior que o da mãe é uma forte evidência de infecção congênita por sífilis);
- e) Seguimento de recém-nascido tratado. Os títulos deverão diminuir até a negatificação, que pode ocorrer até o fim do segundo ano nos infectados²⁷.

Em pesquisa realizada no estado do Espírito Santo, refere-se que o coeficiente de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos foi de 6,13 em 2004, caindo para 5,08 em 2005, sendo este o último ano pesquisado. Dados mais atuais revelam

que o número de casos de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo foi de 240 casos no ano de 2005, já no ano de 2008 o número de casos caiu para 103 casos. Esses dados sugerem uma breve queda da transmissão vertical, sendo que a tendência brasileira é buscar a abolição completa dessa forma de transmissão, tão mórbida e mortal para o recém-nascido. A importância da cobertura de testagem se insere na repercussão positiva que ocorre na qualidade de vida da população e na diminuição de gastos dos órgãos públicos com o controle da sífilis e suas complicações^{28,29}.

A droga de escolha para o tratamento da gestante considerada infectada é a penicilina, fármaco capaz de atravessar a barreira transplacentária. O tratamento da sífilis na gestação é o mesmo realizado para a sífilis adquirida, variando em conformidade com a fase da doença:

- Sífilis primária (com cancro duro): penicilina benzatina 2.400.000 UI via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);
- Sífilis secundária (com lesões cutâneas não ulceradas) ou latente precoce (com menos de um ano de evolução): penicilina benzatina 4.800.000 UI via intramuscular dose total, aplicar duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por dose: 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);
- Sífilis terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada): penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total (três séries, com intervalo de sete dias: 2,4 milhões por dose - 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação)^{1,2,8}.

Gestante ou nutriz que for alérgica à penicilina (fato confirmado após teste de sensibilidade à droga) deve ser dessensibilizada e em seguida tratada com penicilina. Se tal conduta não for possível, essa gestante deve ser tratada com eritromicina (estearato). No entanto, não será considerada tratada efetivamente para fins de transmissão fetal, tornando necessário a investigação e o tratamento adequado do recém nascido logo após seu nascimento^{1,8}.

Mediante o diagnóstico de um caso, o tratamento deve ser iniciado imediatamente – obrigatoriedade válida também para seus parceiros. O controle de cura deverá ser

realizado mensalmente por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio da titulação. O tratamento da gestante será considerado adequado quando for completo conforme o estágio da doença, feito com penicilina, finalizado em até um mês antes do parto e o parceiro tratado concomitantemente^{1,8}.

É imprescindível reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual, a fim de que as mulheres com sífilis e seus parceiros evitem relações sexuais ou realizem a prática sexual de forma segura, com o uso de preservativo, durante o tratamento. É necessário recomendar o uso regular do preservativo no período pós-tratamento²⁷.

Dados do Ministério da Saúde, de 2004, informam que a prevalência de positividade de VDRL em parturientes é de 1,6 por cento em nível de Brasil e também os mesmos 1,6 por cento na região sudeste, e os índices da região nordeste são de 1,9%, tido como o mais alto do país sob o ponto de vista regional⁸.

Em uma recente pesquisa realizada no ano de 2009 nas maternidades públicas de Vitória (Estado do Espírito Santo), com um total de 1380 parturientes (atendidas no período de janeiro a maio 2007), encontrou-se 0,4% de resultados positivos para o VDRL no momento do parto. Esses valores estão em concordância com a tendência de queda das taxas de prevalência de sífilis no Brasil, ocasionada pela implementação das campanhas do Ministério da Saúde direcionadas a orientar os profissionais de saúde e as gestantes em relação aos riscos da sífilis congênita e à necessidade do diagnóstico e tratamento precoce durante o pré-natal^{8,30}.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os resultados dos exames teste rápido anti-HIV e VDRL, realizados durante internação das parturientes na instituição alvo de nosso estudo, no período de janeiro a junho de 2007.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e relacionar características demográficas e aspectos obstétricos para traçar um perfil epidemiológico e clínico das parturientes atendidas na instituição alvo de nosso estudo, no período estudado, além de estabelecer comparação dos dados obtidos com outros trabalhos na literatura sobre o tema. A partir dos resultados obtidos, realizar uma análise do serviço oferecido pela maternidade PROMATRE no período estudado.

4 MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Associação Beneficente PROMATRE, instituição filantrópica de referência para urgências e emergências obstétricas de gestações de baixo risco, localizada em Vitória-ES, na avenida Vitória, no bairro Forte São João. Fundado no dia 28 de julho do ano de 1938, pela senhora Maria da Glória Espíndula Rabello, a maternidade possui em serviço 53 leitos à enfermaria, 5 leitos à unidade de pré-parto, 10 apartamentos particulares, 10 leitos à unidade de tratamento intensivo neo-natal (UTIN), 5 leitos à unidade de médio risco neo-natal, 3 salas de parto, 3 salas de cirurgia e 2 salas para admissão.

Quanto aos funcionários, são 2 obstetras e 2 pediatras por plantão de 12 horas, assessorados pelo serviço de enfermagem, que conta com 22 funcionários por plantão, sendo 4 no serviço de UTIN, 2 na unidade de médio risco, 1 no lactário, 3 no posto de enfermagem das enfermarias, 2 no centro cirúrgico, 1 na esterilização de material, 2 no posto de enfermagem dos apartamentos, 1 no setor de admissão e 5 no posto de enfermagem responsável pelos leitos do pré-parto, pelas salas de parto e pelos neo-natos no momento pós-parto.

O potencial de atendimento dessa instituição é aferido em 14400 pacientes por ano, sendo que a média é de 500 partos realizados ao mês, perfazendo um total de cerca de 6000 partos ao ano. Esse valor médio representa 25,21% dos partos hospitalares realizados na região metropolitana de Vitória e 12,2% dos partos realizados no estado do Espírito Santo, tendo como base os dados mais recentes do DATASUS, que constam do ano de 2007, apontando como números absolutos um total de partos hospitalares de 49.149 no estado e 23.797 na região metropolitana³¹.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo e retrospectivo de prontuários de parturientes da maternidade referida, baseado em análise documental dos resultados de sorologia do teste rápido anti-HIV e VDRL, realizados durante internação na maternidade.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram estudadas todas as parturientes internadas na maternidade referida, no período de janeiro à julho de 2007 (n=1979 parturientes).

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as parturientes internadas na maternidade referida, no período estudado, e que realizaram sorologia para pesquisa de anticorpos anti-HIV, sob a forma de testes rápido, e que realizaram o VDRL na maternidade (n=1979 parturientes).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as pacientes que não tiveram prontuários devidamente preenchidos conforme os dados previstos no Apêndice A (n= zero).

4.4 SOBRE O TESTE RÁPIDO ANTI-HIV E VDRL

A pesquisa de soropositividade para HIV, através de teste rápido anti-HIV, e da soropositividade para teste não-treponêmico relacionados sífilis, através do VDRL,

faz parte da rotina de exames realizados em parturientes, em maternidades de referência do Sistema Único de Saúde (SUS).

A. VDRL - Teste com antígenos não-treponêmicos — O Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) é um dos testes não treponêmicos utilizados rotineiramente no imunodiagnóstico da sífilis. Vem sendo utilizado em larga escala, graças ao seu baixo custo e praticidade quanto à sua realização. Realizado por meio de uma técnica rápida de microfloculação, na qual utiliza antígenos extraídos de tecidos como a cardiolipina, um lípide derivado do coração de bovinos. A cardiolipina, quando combinada com lecitina e colesterol, forma sorologicamente um antígeno ativo, capaz de detectar anticorpos humorais presentes no soro durante a infecção sífilítica, uma a quatro semanas após o aparecimento do cancro primário. As dosagens quantitativas do VDRL, expressas em títulos, em geral se elevam até o estágio secundário. A partir do primeiro ano da doença, os títulos tendem a diminuir, podendo a reatividade desaparecer mesmo sem tratamento. Em casos de infecção devidamente tratada, o VDRL tende a negativar-se entre 9-12 meses, embora a reatividade em baixos títulos ($\leq 1:8$) possa perdurar por vários anos ou até por toda a vida^{1,2,27}.

B. O teste rápido anti-HIV é um exame com metodologia ELISA, utilizando-se gotas de sangue (DOT-ELISA), com metodologia simples e rápida para a triagem da infecção pelo HIV. Esses testes foram inicialmente desenvolvidos no final da década de 80 e ganharam maior popularidade a partir do começo dos anos 90. Na maternidade referida, a marca do teste rápido é "HIV Rapid CHECK" do NDI/UFES, cujo material é o sangue total e o método é a imunocromatografia. Este teste tem sensibilidade de 100% e especificidade de 99,81%. A medida que as tecnologias de desenvolvimento e produção de kits foram se tornando mais refinadas, os testes rápidos revelaram ser tão acurados quanto os ELISA convencionais. Conforme citado na Portaria 488/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do MS, somente conjuntos diagnósticos com registro da Vigilância Sanitária poderão ser comercializados no país. Os testes rápidos deverão ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados e o sistema submetido a controle de qualidade, como é feito para os laboratórios que realizam a sorologia convencional³².

Hoje, os testes rápidos em geral apresentam sensibilidade e especificidade similares aos ELISA de terceira geração, sendo que em populações com baixa prevalência para o HIV, como é o caso das gestantes, a proporção de resultados falso-positivos pode ser maior. Ademais, o resultado do teste rápido, seja ele reagente ou não-reagente, deve ser sempre comunicado por profissional devidamente capacitado^{15,27,33}.

Para estes exames, são coletadas amostras de sangue (2 mililitros de sangue), os quais são submetidos ao teste DOT-ELISA anti-HIV e VDRL, na maternidade referida e no próprio laboratório da instituição, respectivamente^{15,27,33}.

É reservada a possibilidade de realização de teste ELISA anti-HIV I e II e Imunofluorescência (IFI) nas amostras de soro de todas as parturientes detectadas positivas através do teste rápido anti-HIV, visando definição diagnóstica e posterior acompanhamento médico das mesmas. O diagnóstico de infecção pelo vírus HIV-I e II é obtido após a repetição de duas metodologias diferentes de teste ELISA positivo para HIV I e II, positividade ao Teste de Imunofluorescência e sua confirmação pelo teste sorológico Western Blot. Todas as informações relativas aos exames são rotineiramente anotadas nos prontuários e em livro de registro próprio da maternidade, de onde serão coletados os dados necessários à realização desta pesquisa: dados sócio-demográficos, dados clínicos e resultado dos testes rápidos anti-HIV e VDRL^{15,27,33}.

4.5 VARIÁVEIS

Foi tomada como variável efeito o resultado ao Teste Rápido anti-HIV e ao VDRL realizados durante internação das parturientes na maternidade referida. Como co-variáveis, consideraram-se os dados sócio-demográficos das parturientes e o tipo de parto (todas as variáveis podem ser também representadas pelo APÊNDICE A).

A categorização das variáveis foi a seguinte:

- Idade: em anos, no momento da internação para o trabalho de parto. Distribuída em faixas etárias: 1 – de 10 a 20 anos, 2 – de 21 a 30 anos, 3 – de 31 – 40 anos, e 4 – acima de 40 anos.
- Procedência: Segundo a classificação do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), nas divisões do Estado em Regiões e Microrregiões (Apêndice B). Os pacientes procedentes de outros estados e aqueles de procedência ignorada serão classificados como "outros".
- Resultado para o teste rápido anti-HIV, realizado na maternidade referida: 1 – Positivo ou 2 – Negativo.
- Resultado para o VDRL realizado na maternidade referida: 1 – Positivo ou 2 – Negativo.
- Tipo de parto: 1 – Vaginal e 2 – Cesárea.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada com o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences of Centers for Diseases Control, USA, Release 11.0 for Windows (SPSS-CDC), de 2001. Foram calculadas através de teste de distribuição de frequência a soropositividade para HIV e VDRL, bem como também a relação com as co-variáveis já descritas.

4.7 APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa para o referido trabalho passou pelo crivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, número de protocolo 147/2010, e foi aprovado para execução (ANEXO D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos dados encontrados, segundo a tabela 1, observou-se 0,9% de sorologia positiva no teste de VDRL, sugerindo um valor abaixo do esperado quando comparado a dados do MS, de 2004, que informam prevalência de 1,6% à nível de Brasil e também 1,6% na região sudeste, ficando abaixo até mesmo da região centro-oeste que possui uma prevalência de 1,3%, tido como a mais baixa pelo critério regional. Quanto à soropositividade do teste anti-HIV, os dados colhidos na instituição referida convergem com os dados fornecidos pelo MS, de 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, que apontam a prevalência 0,42% de gestantes HIV positivas no país. Outros estudos avaliam que as taxas de prevalência de HIV em gestantes não se alteraram significativamente nos últimos anos^{16,34,35}.

Tabela 1 - Prevalência dos resultados de teste rápido anti-HIV e VDRL em 1.979 parturientes na maternidade referida, de janeiro a junho de 2007

		Resultado do Teste		
		Positivo	Negativo	Não realizado
VDRL	Nº	17	1869	93
	%	0.9	94.4	4.7
HIV	Nº	8	1943	28
	%	0.4	98.2	1.4

Fonte: elaboração própria

O valor observado de soropositividade para o VDRL diferencia-se da média nacional, assim como também de valores aferidos no estado da maternidade referida. Um estudo realizado no ano de 2001 com 1608 gestantes no município de Vitória – ES, detectou prevalência de 3,0% de soropositividade, isto é, aproximadamente três vezes maior que o valor encontrado no presente estudo³⁵.

Frente às estatísticas brasileiras, os valores encontrados de soropositividade para VDRL também se encontraram abaixo de valores nacionais, como se vê no estudo

sentinela realizado em parturientes, pelo Programa Nacional das DST/HIV em 2004, com uma amostra representativa de parturientes na faixa etária de 15 a 49 anos, de todas as regiões do país, onde se observou uma prevalência de 1,6% de sífilis ativa. Esse valor sugere pouca variabilidade em relação a prevalência de sífilis em gestantes. Entretanto, faz-se necessário lembrar da possibilidade de viés, em função da sensibilidade e da especificidade do exame não serem de 100% e da conduta da maternidade – que, por ser classificada como maternidade de baixo risco, em algumas vezes opta por referenciar as pacientes qualificadas como partos de risco (como em casos de pacientes com sífilis aguda no momento do trabalho de parto) para outros hospitais com maior potencial de recursos^{16,30,36}.

A Portaria Ministerial Nº 33, de 14 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União de 15/07/2005, incluiu a sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória, proporcionando o surgimento de políticas de incentivo à qualificação do pré-natal, como a disponibilização de testes diagnósticos e tratamento para os agravos identificados, oferecendo ainda, como ações de controle, a triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal e o tratamento oportuno. Devido a essas mudanças em relação à política de saúde pública destinada à sífilis congênita, o boletim especial do Dia Nacional de Combate à Sífilis Congênita de 20 de outubro de 2007 atenta para o fato de que 75,8% das gestantes brasileiras estudadas fizeram pré-natal (esse número foi de mais de 70% dos casos notificados apresentados por um estudo que avaliou a prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e que pouco mais da metade (53,7%) foram diagnosticadas nesse momento. Outro fato abordado no boletim é a pouca atenção dada ao tratamento do parceiro: apenas 16,6% deles são tratados. Isso conduz à reflexão sobre a qualidade da assistência pré-natal ofertada a essas mulheres e a seus parceiros, refletindo diretamente nas taxas de incidência da doença fetal. Dessa forma, sugere-se que a baixa prevalência encontrada deve-se ao fato de que as gestantes da maternidade referida, em boa parte, realizaram com qualidade, em sua maioria, o acompanhamento e os exames de pré-natal, tendo possivelmente um diagnóstico precoce – e que provavelmente receberam o tratamento adequado e uma boa abordagem ao tratamento do parceiro^{37,38}.

O percentual de 0,4% achado quanto à sorologia positiva para HIV, além de estar dentro da média nacional dentre as gestantes avaliadas em 2004 pelo MS, sugere estar em nível mais satisfatório ou semelhante a outros estudos realizados em nosso meio. Em estudo já mencionado, realizado em Vitória-ES, em 2001, foi relatada soropositividade de 0,8%, enquanto que em um estudo realizado no ano de 2007 com 1380 gestantes de três maternidades de referência da região metropolitana de Vitória-ES, encontrou-se prevalência de soropositividade de 0,6%. Conforme demonstrado, sugere-se que as políticas direcionadas à vigilância de gestantes HIV positivas e crianças expostas implantadas desde 2000, em conformidade com a lei e recomendações do Ministério da Saúde (Lei 6259 de 30/10/1975 e Portaria nº 05 de 21/02/2006 e publicada no D.O.U. de 22/02/2006, Seção 1 página 34), vêm sendo efetivamente aplicadas e consolidadas em nosso meio^{30,35}.

Foi observado, também, que 1,4% das gestantes internadas no serviço de emergência obstétrica da maternidade referida não realizaram o teste rápido anti-HIV, o que sugere percentual baixo frente ao mesmo tipo de achado em outros estudos, sendo um deles feito em Mato Grosso do Sul, em 2003, sobre a cobertura da testagem sorológica, que datou que 17% da população estudada (6.671 das 39.183 parturientes) não realizaram a testagem sorológica para o HIV^{16,39}.

Ainda que esse resultado soe de forma positiva, a cobertura dos testes não atingiu a meta de pactuação de municípios/estado e Governo Federal para repasse dos recursos de saúde, que é de 100% de realização de sorologia rápida para HIV nas parturientes. Dada a importância nesses últimos anos da prevenção à transmissão vertical de HIV, que é uma das principais formas de transmissão do vírus, e tendo em vista que à época a própria Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo enviava em torno de 700 testes rápidos de HIV por mês para a referida maternidade, cobrindo completamente o fluxo de gestantes internadas em média por mês, essa falha na cobertura não pode ser justificada pela falta de material para realização do teste. Vale lembrar que quanto maior for a cobertura sorológica das gestantes, melhor serão os resultados na redução da incidência de novos eventos infecciosos pelo vírus e na diminuição da prevalência dessa doença^{15,40}.

Das explicações para as poucas pacientes não testadas, sugere-se que muito desse percentual encontrado foi devido à subnotificação dos prontuários estudados e a

possibilidade de negação por parte da gestante em realizar o teste. É válido, também, lembrar que em determinadas situações de risco materno-fetal (como em descolamento prévio de placenta, prolapso de cordão umbilical, deflexão de segundo grau em trabalho de parto, etc) ou de intervenção aguda do médico (como na situação em que a gestante entra em trabalho expulsivo durante o exame admissivo) o teste fora realizado após o procedimento obstétrico emergencial ter sido tomado (parto normal ou cesariana), o que configura maior risco de transmissão materno-fetal e também um risco de trabalho para o profissional de saúde, que desprovido dessa informação, pode realizar procedimentos sem a devida proteção^{15,16,30,35}.

Já a sorologia para VDRL não foi realizada em 93 pacientes, representando 4,7% da população estudada. Esse valor não satisfaz completamente as condutas atuais, que requerem 100% das pacientes internadas testadas, para não só iniciar a terapêutica adequada no tratamento da sífilis da gestante, como para prevenir a transmissão vertical, ou seja, a sífilis congênita. De acordo com os dados avaliados, a referida maternidade não está cumprindo integralmente a meta de 100% de testes sorológicos para HIV e VDRL na instituição. Contudo, esse dado já sugere um aumento importante na cobertura de testagens sobre as pacientes²⁸.

Em um trabalho recente feito no estado do Espírito Santo, refere-se que o coeficiente de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos foi de 6,13 em 2004, caindo para 5,08 em 2005, último ano pesquisado. Esses dados sugerem uma breve queda da transmissão vertical, sendo que a tendência brasileira é buscar a abolição completa dessa forma de transmissão, tão mórbida e mortal para o recém-nato. A importância da maior cobertura de testagem, observada na maternidade estudada, se insere na repercussão positiva que ocorre na qualidade de vida da população e na diminuição de gastos públicos com o controle da sífilis e suas complicações²⁸.

Sugere-se que uma tendência observada no país se reflita também em nosso meio, à medida que, apesar das políticas públicas, a resposta em termos das ações de vigilância e prevenção, assistência pré-natal e ao recém-nascido, é diferenciada,

parecendo ser mais bem estruturada para a redução da transmissão vertical do HIV do que para a do *Treponema pallidum*^{28,41}.

A pesquisa por casos de soropositividade para HIV e VDRL simultaneamente revelou a existência de um caso (0,05%) no período estudado (tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência dos resultados de teste rápido anti-HIV por VDRL em 1.979 parturientes na maternidade referida, de janeiro a junho de 2007

HIV	VDRL			Total
	Positivo	Negativo	Não realizado	
Positivo	1	7	0	8
Negativo	15	1837	91	1943
Não realizado	1	25	2	28
Total	17	1869	93	1979

Fonte: elaboração própria

Esse caso que foi encontrado no presente estudo ocorreu em uma gestante residente em Vitória, na faixa etária de 10 a 20 anos, o que pode sugerir uma falta de suporte às mulheres e gestantes nessa faixa etária e a necessidade de condução clínica adequada e esclarecimento sobre a importância de prevenir e identificar DST e AIDS, a fim de promover saúde na população³⁶.

Há também que se atentar para a presença de uma parturiente com soropositividade para o VDRL em que não foi realizado o teste rápido anti-HIV. Tal fato não condiz com as determinações da OMS, de que toda paciente, grávida ou não, apresentando VDRL positivo, deve fazer o teste anti-HIV, pois tratam-se de doenças com possibilidades de ocorrências conjuntas devido às formas semelhantes de transmissão³⁶.

Ao analisar a tabela 3, é observado que 55,4% (1082 parturientes) das pacientes atendidas no período de estudo eram da faixa etária entre 21-30 anos, dado que se

assemelha ao encontrado na pesquisa “Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo”, publicada no ano de 2009, cujos atendimentos foram realizados no ano de 2007, e tais resultados revelam uma prevalência de 56,4% nessa faixa-etária. Essa semelhança também é notada ao se observar a faixa etária de 10-20 anos, cuja prevalência em nossos dados foi de 30,1% das pacientes, e na pesquisa de 2009 em comparação, foi de 25,5%³⁰.

Tabela 3 – Prevalência dos resultados de teste rápido anti-HIV por faixa etária em 1.979 parturientes na maternidade referida, de janeiro a junho de 2007

Faixa etária	Resultado do Teste rápido anti-HIV				Total
	Positivo		Negativo		
	Nº	%	Nº	%	
10-20 anos	2	0.3	586	99.7	588
21-30 anos	4	0.4	1078	98.6	1082
31-40 anos	2	0.8	261	99,2	263
>40 anos	0	0.0	18	100.0	18

Nº de testes não realizados = 28 (1.4% da amostra de 1979 pacientes)

Fonte: elaboração própria

Segundo o Boletim Epidemiológico do MS de 2010, sabe-se que a faixa etária entre 21 e 49 anos corresponde a 57,7% dos casos de AIDS notificados no ano de 2007, e como nas parturientes estudadas a faixa etária de 21 à 40 anos de idade representou 68% das parturientes com teste rápido anti-HIV positivo, pode-se sugerir que ambos demonstram tal faixa etária como a mais atingida³.

Dados da Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP-BR), relacionada às DST e AIDS, realizada em 2004, demonstraram que 91% da população com a faixa etária entre 15 e 54 anos citou espontaneamente a relação sexual com forma de transmissão do HIV, e 94% citou o uso de preservativo como forma de prevenção da infecção. Observa-se também que o nível de conhecimento foi maior entre pessoas de 25 a 39 anos, entre os mais escolarizados e residentes das regiões Sul e Sudeste, este sendo um dado relevante, uma vez que

a maior prevalência de soropositividade também é nessa faixa-etária, o que reporta a necessidade não só de políticas de informação e ensino sobre medidas de prevenção, mas também atentar para medidas que visem o estímulo da prática dessa prevenção e do uso desses conhecimentos já adquiridos⁴².

Outros dados do PCAP-BR de 2004 demonstraram que o uso de preservativos foi de apenas 38% na população sexualmente ativa durante a última relação sexual, independente do parceiro. Felizmente, quando a população foi estreitada para a faixa etária entre 15 e 24 anos, esse número aumentou para 57%. Porém, de forma alarmante, somente 25% da população entre 15 e 54 anos relatou uso regular de preservativo no último ano⁴².

Já o mesmo estudo, Dados da Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP-BR), mas em sua versão mais atual datado do ano de 2008, revela que apesar do conhecimento ter se mantido semelhante à pesquisa anterior, quando se analisado o uso do preservativo depois da primeira relação sexual, o uso cai. Além disso, também passa de 61% para 50% de uso nas relações sexuais com parceiros casuais. Para representantes do Ministério da Saúde, o problema é que, quando se estabelece a confiança entre eles, o uso do preservativo deixa de ser prioridade, em especial, para as mulheres. É também nessa faixa etária (25-39 anos) que se registra o maior número de parceiros casuais. Este estudo informa também que 14,6% dos jovens tiveram mais de cinco parcerias eventuais^{42,43}.

Acerca da multiplicidade de parceiros, quase 20% da população sexualmente ativa relataram terem se relacionado com mais de 10 parceiros na vida e 4% mais de 5 parceiros eventuais no último ano. Já entre os jovens de 15 a 24 anos, essa proporção alcançou 7%⁴³.

É interessante lembrar que na pesquisa do PCAP-BR de 2008, que refere que os fatores de risco da faixa etária de maior soropositividade, faixa etária essa que é a mesma encontrada na nossa pesquisa (faixa etária com o maior número de testes rápidos anti-HIV positivos), são representados, em menor parcela, por falta de conhecimento acerca da transmissão e prevenção, enquanto que numa escala muito

maior é pelo uso inconsistente ou falta de uso de preservativo e, finalmente, uma possível multiplicidade de parceiros sexuais^{42,43}.

Já na tabela 4, que trata da variável teste rápido anti-HIV em relação a co-variável município, Cariacica, Vitória e Serra englobaram a totalidade dos casos de sorologia positiva para o teste rápido anti-HIV, com 4, 3 e 1 casos, respectivamente, totalizando os 8 casos encontrados em 1.979 parturientes. Esses achados condizem com a distribuição geral de frequência de gestantes por município de acordo com o presente estudo, sendo que o maior fluxo de pacientes na maternidade referida vem exatamente desses municípios (que juntos, perfazem um total de 1.620 gestantes frente as 1.979 parturientes estudadas, totalizando 81,85% da população do estudo). O restante das pacientes vêm dos municípios de Vila Velha, Viana e, em menor número (35 gestantes) do interior do estado e de outros estados (apenas 1 gestante). Ainda sim, é relevante ressaltar que existe a possibilidade de viés na comparação entre municípios, porque o fluxo de pacientes a partir desses locais à maternidade referida pode ser variável, em função de existirem outras maternidades na região metropolitana de Vitória.

Tabela 4 - Prevalência dos resultados de teste rápido anti-HIV por município em 1.979 parturientes da maternidade referida, de janeiro a junho de 2007

Procedência	Teste rápido anti-HIV						Total
	Positivo		Negativo		Não Realizado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Vitória	3	0.5	590	97.8	10	1.7	603
Vila Velha	0	0.0	208	97.2	6	2.8	214
Cariacica	4	0.9	435	94.8	3	0.7	442
Serra	1	0.2	567	98.6	7	1.2	575
Viana	0	0.0	107	99.1	1	0.9	108
Interior	0	0.0	34	97.1	1	2.9	35
Outros Estados	0	0.0	0	0.0	1	100	1

Nº de prontuários sem registro: 1

Fonte: elaboração própria

O achado de 0,5% de soropositividade na população do município de Vitória verifica-se consoante com a estimativa da proporção de gestantes infectadas pelo HIV no

Brasil referentes ao ano 2000, de 0,47%. Esses valores também se assemelham às estimativas aferidas no Estudo Sentinela-parturientes em 2004, data do relatório dos estudos-sentinela HIV em parturientes, realizado com 19.842 parturientes de 189 maternidades distribuídas em 152 municípios do país, onde a estimativa de soropositividade ao teste na população total foi de 0,413% (IC 95% 0,294-0,533) e a estimativa na população da região sudeste foi de 0,537%. Cariacica respondeu por uma notável parcela dos casos positivos, mas deve-se evidenciar que na época da realização do estudo, boa parte das parturientes residentes do município de Cariacica eram atendidas em maternidades da cidade de Vitória, incluindo a maternidade PROMATRE, o que levanta a possibilidade da ocorrência de viés de demanda. De maneira geral, sugere-se que não haja variabilidade de soropositividade relevante em relação a outros estudos, a partir dos valores aferidos no presente estudo^{16,30,35}.

Analisando-se a tabela 5, tanto a cesariana quanto o parto por via vaginal apresentaram o mesmo número de casos de sorologia por teste rápido anti-HIV positivos. No entanto, o tipo de parto cesariano é representado por um número menor na amostra estudada, 618 partos por via cesariana no total, o que representa uma maior correlação de testes anti-HIV positivados no tipo de parto cesariano, referido por uma percentagem de 0,6%, ou seja, o dobro da incidência que foi encontrado no tipo de parto por via vaginal (0,3%).

Tabela 5 - Prevalência de resultados do teste rápido anti-HIV por tipo de parto em 1.979 parturientes da maternidade referida, de janeiro à junho de 2007

Tipo de Parto	Teste rápido anti-HIV						Total
	Positivo		Negativo		Não realizado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Vaginal	4	0.3	1347	99.0	9	0.7	1360
Cesariana	4	0.6	595	96.3	19	3.1	618
Ignorado	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1

Fonte: elaboração própria

Os principais parâmetros para a definição da via de parto (além dos obstétricos

propriamente ditos), vigentes no período analisado no trabalho, são a dosagem do CD4 e da carga viral solicitados durante o pré-natal e no período peri-parto, aqui definido como da 34^a semana a 36^a semana de gestação – como referia o Ministério da Saúde em 2007. É importante lembrar que a decisão deveria ser tomada em conjunto com a gestante, administrando-se Zidovudina (AZT), por via endovenosa, durante o parto¹⁵.

Os critérios para um parto por cirurgia cesariana eletiva, por essas recomendações, são uma carga viral maior ou igual a 1000 cópias/ml ou uma carga viral desconhecida associado a uma idade gestacional maior ou igual a 34 semanas na ocasião da aferição. Já para a via de parto ser definida por indicação obstétrica (ou seja, não depender da presença da infecção pelo HIV, podendo ser parto por via vaginal ou cesariano) era necessário uma carga viral menor que 1000 cópias/ml além de uma idade gestacional maior ou igual a 34 semanas na ocasião da aferição. Vale conceituar que cesariana eletiva é aquela realizada antes do trabalho de parto, encontrando as membranas amnióticas íntegras. Dessa forma, mesmo se a gestante tiver todas as características referidas acima para um parto tipo cesariano, esse só será realizado se a mesma não tiver dilatação cervical acima de 4 cm e as membranas amnióticas íntegras. Havia um caso particular, segundo as diretrizes ministeriais da ocasião, caracterizado quando a gestante realizava uso de monoterapia de AZT durante toda a gestação, nesse caso, mesmo se ela possuísse uma carga viral menor que 1000 cópias/ml a cirurgia cesariana eletiva se constituía a via de escolha, fato que devia ser assegurado para essas parturientes¹⁵.

Espera-se que os tipos de parto realizados nas parturientes portadoras de teste rápido anti-HIV positivo foram embasados em todos os critérios vigentes no período, já descritos aqui. No entanto, vale salientar que os dados necessários para interpretação desses critérios não estavam anexados, nem registrados nos prontuários das gestantes analisadas, nos impedindo de sugerir, ao analisar os dados, o motivo pelo qual cada via de parto em questão foi preferida.

Segundo o Boletim Epidemiológico de DST/AIDS 2007, do total de casos, 54% das pacientes com sífilis estão na faixa etária de 21 a 30 anos, enquanto em 2009 essa mesma faixa etária respondeu por 53,5% do total de casos. No presente estudo, as gestantes na mesma faixa etária representaram 64,7% do total de casos de

soropositividade ao VDRL (tabela 6). Já aquelas entre 10 e 20 anos foram responsáveis por 23,5%. Estudo de abrangência nacional com parturientes de 15 a 49 anos de idade, de 2004 e em todas as regiões do país, demonstrou taxa de prevalência de 1,6% para sífilis. O presente trabalho apresentou praticamente a metade desta taxa (cerca de 0,86%), para parturientes numa faixa etária ainda menor, entre 10 e 40 anos de idade, que segue com a idéia geral do estudo, de que a prevalência nesta região abordada, à princípio, é sugestiva de ser menor que a brasileira^{16,44}.

Tabela 6 - Prevalência de VDRL por faixa etária em 1.979 parturientes da maternidade referida, de janeiro a junho de 2007

Faixa Etária	VDRL				Total
	Positivo		Negativo		
	Nº	%	Nº	%	
10-20 anos	4	0.7	563	99.3	567
21-30 anos	11	1.0	1034	99.0	1045
31-40 anos	2	0.7	254	99.3	256
>40 anos	0	0.0	18	100.0	18

Nº de testes não realizados= 93

Fonte: elaboração própria

Dentre os resultados positivos para VDRL detectados em nosso trabalho, a faixa etária entre 10 a 20 representou 23,5% dos casos positivos, enquanto a faixa etária dos 21 aos 40 anos ficou responsável por 76,4%. Esses números encontram-se concordantes com dados recentes de 2009 do SINAN, que demonstraram que a faixa etária dos 10 aos 20 anos representam 21% dos resultados positivos, enquanto as gestantes entre 21 a 40 anos responderam por 76%⁴⁴.

Comparando os dados desse estudo com o do boletim epidemiológico de 2007, sugere-se discordância entre os dados, no que diz respeito a faixa etária com maior número absoluto de casos, a de 21 a 30 anos, ser mais acometida, sendo 64,7% do total de casos VDRL positivos segundo esse estudo e 54% segundo o boletim. Já as faixas etárias de 10 a 20 anos e 31 a 40 anos apresentaram um acometimento semelhante. Se analisada a faixa etária acima de 40 anos, este trabalho não

apresentou casos de soropositividade para VDRL, ao passo que dados nacionais detectaram 201 casos (3,3% do total) ^{44,45}.

No geral, é possível dizer que a prevalência de VDRL positivo foi predominante na faixa etária normalmente mais acometida por DST's, que nesse trabalho situou-se entre 21 e 30 anos. Como possíveis causas para esse achado, é possível citar alguns dos fatores de vulnerabilidades anteriormente descritos para o HIV, como o uso inconsistente ou falta de uso de preservativo e a multiplicidade de parceiros sexuais⁴².

Na tabela 7, que trata da variável Prevalência de VDRL em relação ao município, Vitória, Serra, Cariacica e Vila Velha englobaram a totalidade dos casos de sorologia para VDRL positiva, com 6, 5, 4 e 2 casos, respectivamente, totalizando os 17 casos encontrados em 1.979 parturientes. Esses achados também entram em concordância com o fato de que o maior fluxo de gestantes que dão entrada na maternidade referida vêm justamente dos municípios citados. Diferencia-se dos achados em relação ao teste rápido anti-HIV o fato de que Vila Velha, que não apresentou caso de soropositividade para o referido teste de triagem, encontra-se com 2 casos positivos para VDRL. Ainda sim, é relevante ressaltar que existe a possibilidade de viés na comparação entre municípios, porque o fluxo de pacientes a partir desses locais à maternidade referida pode ser variável, em função de existirem outras maternidades na região metropolitana de Vitória. O restante das pacientes dos outros municípios aferidos não apresentaram casos com positividade para a sorologia em questão.

Tabela 7 - Prevalência de VDRL por município em 1.979 parturientes na maternidade referida, de janeiro à junho de 2007

Procedência	VDRL						Total
	Positivo		Negativo		Não Realizado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Vitória	6	1.0	569	94.4	28	4.6	603
Vila Velha	2	0.9	202	94.4	10	4.7	214
Cariacica	4	0.9	425	96.2	13	2.9	442
Serra	5	0.9	539	93.7	31	5.4	575
Viana	0	0.0	100	92.6	8	7.4	108
Interior	0	0.0	33	94.3	2	5.7	35
Outros Estados	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1

Nº de prontuários sem registro: 1

Fonte: elaboração própria

Tendo em vista os percentis evidenciados, sugere-se que haja equilíbrio na distribuição dos casos de VDRL dentre os 4 municípios com casos positivos, sendo que 3 deles apresentam 0,9% de positividade dentro de suas respectivas porções na população estudada, e somente Vitória destoa brandamente, com o achado de 1% de positividade. Esses valores são mais baixos do que os vistos em outros estudos no país no início da década, como em um estudo que achou um valor superior ao encontrado, realizado na maternidade-escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 2001, onde foi encontrado 2,2% de soropositividade entre as pacientes estudadas. No entanto, o valor encontrado é superior se comparado com estudo transversal de 2007 realizado em três maternidades de Vitória-ES, que encontra 0,4% de soropositividade ao VDRL^{30,41,46}.

Pode-se observar na tabela 8, logo abaixo, uma maior prevalência de partos por via vaginal nas gestantes portadoras do teste VDRL positivo (1% do total das gestantes), em relação as gestantes portadoras que foram submetidas ao parto cesariana (0,6% do total das gestantes). No entanto, não é possível sugerir o motivo desse achado, umas vez que, nos prontuários analisados, faltam dados referente ao quadro clínico de cada paciente, não nos permitindo identificar as particularidades responsáveis pela escolha do tipo de parto em cada caso analisado.

Tabela 8 - Prevalência de VDRL por tipo de parto em parturientes da maternidade referida, no período de janeiro à junho de 2007

Tipo de Parto	VDRL						Total
	Positivo		Negativo		Não realizado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Vaginal	13	1.0	1285	94.5	62	4.6	1360
Cesariana	4	0.6	584	94.5	30	4.9	618
Ignorado	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1

Fonte: elaboração própria

Em relação a escolha do tipo de parto e a positividade do VDRL, não há uma diretriz que aponte metas ou situações de indicação de escolha de qual tipo de parto deverá ser realizado na gestante soropositividade para o VDRL. Segue-se, portanto, a prerrogativa de que a escolha do tipo de parto seguirá a condição obstétrica da paciente. No entanto, é de suma importância frisar que se a paciente estiver na fase aguda da sífilis, com presença de cancro duro no canal de parto, é sabido que o recém-nascido poderá se contaminar no trajeto, isso se a situação de escolha for parto vaginal^{8,27}.

6 CONCLUSÃO

A intenção primordial do trabalho foi coletar, consolidar e analisar dados sobre a prevalência da sorologia positiva para teste anti-HIV e VDRL em parturientes da maternidade alvo do presente estudo, de forma que se pudesse criar uma fonte de informação, descrevendo, além da freqüência de positividade dos exames, o perfil epidemiológico e aspectos obstétricos das pacientes atendidas naquele período.

Embora tenhamos realizado com sucesso o levantamento de dados a partir dos prontuários das pacientes, fornecido pela instituição, foi de extrema relevância a discussão que se seguiu a esse levantamento. A análise das variáveis efeito junto às co-variáveis idade, procedência e tipo de parto, trouxe uma questão fundamental para melhor andamento de todo o setor de saúde, que consiste no fornecimento adequado de informações registradas sobre os pacientes para realização de levantamento de dados para pesquisa, que se não for de qualidade e de abrangência suficiente, não poderá subsidiar ações de saúde. Dessa forma, cabe sugerir à instituição estudada maior atenção à coleta e armazenamento dos dados, visto o poderio na orientação de medidas em saúde que os mesmos podem representar.

A partir da análise da prevalência de resultados positivos de exames anti-HIV e VDRL, além de criar um perfil da população estudada descrito em detalhes na parte de resultados e discussão, pôde-se constatar que a prevalência de soropositividade para ambos exames se assemelhou as estatísticas aferidas no Brasil nos últimos 10 anos, sugerindo uma estabilidade na freqüência das doenças em relação a população estudada.

Sugestões para a melhoria desse quadro são pertinentes, dentre elas a cobrança para que haja ampliação da cobertura completa de pré-natal, para um diagnóstico precoce, tratamento adequado nos casos positivos com especial cuidado e acompanhamento desses pacientes com uma equipe multidisciplinar, utilizando-se agentes de saúde para monitorização mais próxima e contínua, e conscientizando até mesmo o parceiro para realização de exames.

Cabe também frisar que o não preenchimento dos prontuários, uma vez que ainda é encontrado de forma corriqueira, assim como o armazenamento inadequado, faz com que informações preciosas sejam perdidas. No projeto inicial, pretendia-se abranger mais co-variáveis como o número de pré-natais e o tipo de internação (SUS ou particular), mas não foi possível, pois na grande maioria dos prontuários o número de pré-natais era inexistente, cabendo ainda citar que pacientes não atendidos pelo SUS possuíam seus prontuários precariamente preenchidos com pouquíssimos dados além do nome e idade.

É também importante ressaltar sobre número de exames de teste rápido anti-HIV e VDRL que constaram como não realizados, que chegou a 28 exames de sorologia para HIV (1,4%) e 93 exames de VDRL (4,7%), pois não foi possível discernir se as pacientes não realizaram os testes ou se os resultados simplesmente não foram registrados. Esses dados tidos como perdidos são inaceitáveis e altos para nossa atual política de saúde pública, uma vez que devemos partir do pressuposto que o foco é não haver, em hipótese alguma, qualquer gestantes sem a realização desses exames. A fim de que se possa corrigir tais falhas, sugere-se devido treinamento e supervisão dos funcionários envolvidos na coleta de material, realização e registro dos exames.

REFERÊNCIAS

1. Veronesi R. HIV e doenças associadas. In: Veronesi R, Focaccia R, editores. Tratado de Infectologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2002.
2. Lopes AC, et al. Tratado de Clínica Médica. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2006.
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico: AIDS e DST. 2010, Ano VII nº 01 - 26ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
4. Nogueira SA, Abreu T, Oliveira R, Araujo L, Costa T, Andrade M, et al. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz J Infect Dis.* 2001; 5:78-86.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Serviço de Vigilância Epidemiológica, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação [informe técnico institucional]. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):768-772.
7. McAdam AJ, Sharpe AH. Doenças infecciosas. In: Robbins & Cotran, editores. Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 358-432.
8. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Serviço de Vigilância Epidemiológica, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação [informe técnico institucional]. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):768-772.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informação e Informática do SUS, Sistema de Informação de Agravos de Notificação 2007 – 2009. Sífilis congênita – casos confirmados segundo ano diagnóstico. Brasília: DATASUS, 2010. Disponível em: www.datasus.gov.br.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico do Estado do Espírito Santo: AIDS e DST. 2008, Ano VIII; 1(1) - Janeiro a Julho de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
11. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informação e Informática do SUS, Sistema de Informação de Agravos de Notificação 2007 – 2009. Sífilis em gestante – casos confirmados segundo ano diagnóstico. Brasília: DATASUS, 2010. Disponível em: www.datasus.gov.br.
12. Castro TPT, De Lorenzi DRS, Tonin C, Zapparoli M. HIV e Gestação. Revista Científica AMECS. 2001 Mar;10(1):39-46.
13. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional DST e AIDS. Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
14. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico do Estado do Espírito Santo: AIDS e DST. 2008, Ano VIII; 1(1) - Janeiro a Julho de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
16. Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Revista de Saúde Pública 38: 764-772, 2004.
17. Moreira-Silva SF, Almeida ALR, Nunes VRR, Frauches DO, Brito EF, Baratto CAS, Pereira FEL. Evidências e os possíveis motivos da não utilização do protocolo ACTG 076 no Espírito Santo. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 1999; 3: 86-86.
18. Fernandes RCSC, Araújo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005 Aug;21(4):1153-1159.
19. Almeida JM, Praça NS. Transmissão Vertical Zero: parceria entre o serviço público e o terceiro setor. Acta paul enferm. 2009;22(4):374-379.

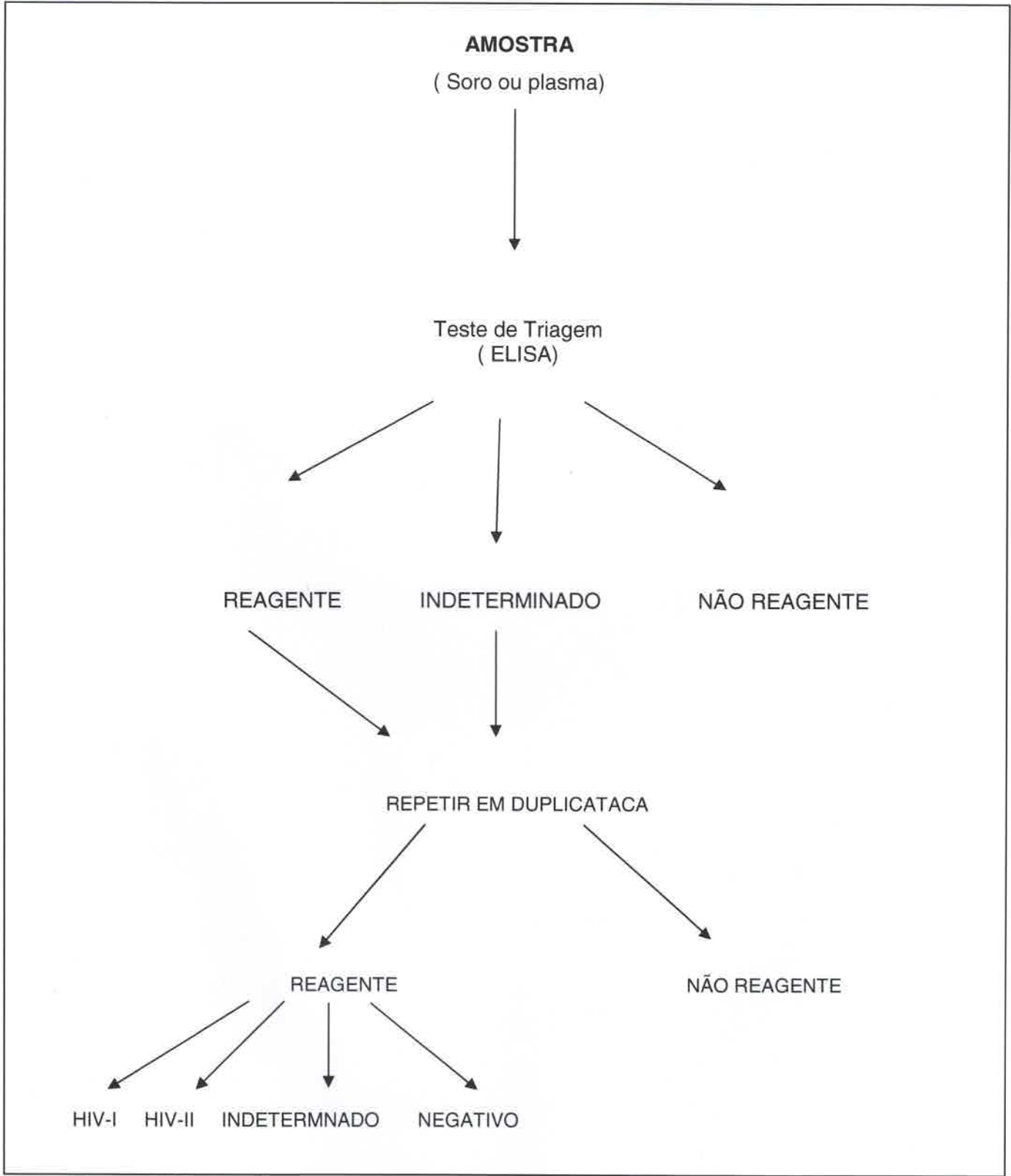
20. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. *Clin Microbiol Rev.* 1999;12:187-209.
21. Norris SJ, Larsen SA. *Treponema* and other host-associated spirochetes. In: Murray PR, editor. *Manual of Clinical Microbiology*. Washington, DC: ASM Press; 1995. p. 636-51.
22. Garnett GP, Sevgi OA, Hoyle DV, Cates Jr. W, Anderson RM. The natural history of syphilis. Implications for the transmission dynamics and control of infection. *Sex Transm Dis.* 1997; 24:185-98.
23. Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol.* 1997;24:71-90.
24. Wendel GD. Gestational and congenital syphilis. *Clin Perinatol.* 1988;15:287-303.
25. Wicher V, Wicher K. Pathogenesis of maternal-fetal syphilis revisited. *Clin Infect Dis* 2001; 33:354-63.
26. Sanchez PJ, Wendel GD, Grimpel E, Goldberg M, Hall M, Arencibia-Mireles O, et al. Evaluation of molecular methodologies and rabbit infectivity testing for the diagnosis of congenital syphilis and central nervous system invasion by *Treponema pallidum*. *J Infect Dis* 1993; 167:148-57.
27. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: manual de bolso/Ministério da Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
28. Lima LHM, Moreira-Silva SF, Oliveira EC. Realização de Exames de VDRL em Maternidades do Espírito Santo. VI Congresso da SBDST / II Congresso Brasileiro de AIDS; 2006 Sep 17-20; Santos, Brasil.
29. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informação e Informática do SUS, Sistema de Informação de Agravos de Notificação 2007 – 2009. Sífilis congênita – casos confirmados segundo ano diagnóstico e unidade da federação (Espírito Santo). Brasília: DATASUS, 2010. Disponível em: www.datasus.gov.br.
30. Miranda AE, Rosetti FE, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009 Aug; 42(4):386-391.
31. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informação e Informática do SUS, Sistema de Indicadores e Dados Básicos - 2009. Número de partos hospitalares segundo ano e unidade da federação (Espírito Santo). Brasília: DATASUS, 2010. Disponível em: www.datasus.gov.br.

32. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Segunda Avaliação do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais: Avaliação de Testes Rápidos para Detecção de Anticorpos anti-HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
33. Ramos AN Jr, Matida LH, Saraceni V, et al. Controle da transmissão vertical de doenças infecciosas no Brasil: avanços na infecção pelo HIV/AIDS e descompasso na sífilis congênita. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):370-378.
34. Cardoso AJ, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva SB, Remien R. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41:101-108.
35. Miranda AE, Alves MC, Neto RL, Areal KR, Gerbase AC. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in Vitória, Brazil. *Sexually Transmitted Diseases*. 2001; 28: 710-713.
36. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
37. Temporão JG, Passos MRL, Silveira M, Madureira P, Martins T. Boletim Especial Eliminasífilis [editorial]. *DST J bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(3-4):107-110.
38. Saraceni V, et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007;16(2):103-111.
39. Dal Fabbro MMFJ, Rodrigues de Moraes SPZ, Da Cunha RV, De Freitas GMB, De Freitas HG, Botelho CA, De Souza Junior VG. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2005;14(2):105-110.
40. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, Coordenação Estadual de DST/AIDS. Sistema logístico de distribuição mensal de teste rápido anti-HIV. Vitória-ES: Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2007.
41. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade de escola - UFRJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2001;13(4):6-8.

42. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. PCAP: Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
43. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. PCAP: Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
44. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: AIDS e DST. 2010, Ano VI nº 1 - 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
45. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico: AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2002-2007.
46. Lima LHM, Gurgel MFC, Moreira-Silva SF. Avaliação da sífilis congênita no estado do Espírito Santo – Congenital Syphilis in Espírito Santo state. DST J bras Doenças Sex Transm. 2006;18(2):113-116.

ANEXO A

FLUXOGRAMA DOS TESTES DIAGNÓSTICOS PARA HIV-I/II



Fonte: BRASIL (2004)

ANEXO B

INDICAÇÕES PARA INÍCIO DE TERAPIA ANTIRETROVIRAL EM CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV, DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO CDC/1994

Alteração imunológica	N	A	B	C
Ausente (1)	N1	A1	B1	C1
Moderada (2)	N2	A2	B2	C2
Grave (3)	N3	A3	B3	C3

Não tratar, observar	Considerar tratamento	Tratar
----------------------	-----------------------	--------

Fonte: Brasil (2004b, p. 29)

ANEXO C

MODO DE TRANSMISSÃO DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA EM GESTANTES HIV POSITIVAS E CRIANÇAS EXPOSTAS, SEGUNDO CRITÉRIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002)

1) Transmissão vertical:

O conceito adquire o HIV pelo contato com sangue e secreção vaginal infectados (as) – durante a gestação, trabalho de parto e parto – e pelo leite materno (pós-parto).

2) Transmissão parenteral e sexual :

A mãe adquire a infecção através de exposição a sangue ou secreções corporais infectados, relacionados a práticas sexuais desprotegidas, utilização de sangue ou seus derivados não testados ou tratados inadequadamente, recepção de órgãos ou sêmen de doadores não triados e testados, reutilização de seringas e agulhas, acidente ocupacional sem utilização de equipamento de proteção individual, e por fim, a própria transmissão vertical.

Fonte: Brasil (2002, p. 96 e 111)



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “**Estudo de Prevalência de Positividade de Testes Rápidos Elisa Anti-HIV e VDRL, Exames Realizados na Sala de Parto, de Gestantes/Parturientes Internadas na Maternidade PROMATRE-Vitória/ES, Janeiro a Junho de 2007**”, cadastrado com o No **147/2010**, do pesquisador responsável “**Sandra Fagundes Moreira Silva**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 28/09/2010.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **28/09/2011**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 29 de setembro de 2010.

Dr. Elisardo C. Vasquez
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

APÊNDICE A

PROTOCOLO PROMATRE - 2007– Vitória – ES

Número: _____ DATA DA ADMISSÃO: _____

Procedência _____

TESTE RÁPIDO Elisa anti- HIV	1 () positivo	2 () negativo	3 () não realizado	
Sorologia VDRL	1 () positivo	2 () negativo	3 () não realizado	
Tipo de Parto	1- () VAGINAL	2- () CESÁREO		
Idade	1 () 10-20 anos	2 () 21-30 anos	3 () 31-40 anos	4 () Acima de 40 anos

Fonte: Elaboração própria

APÊNDICE B

Distribuição das PARTURIENTES DA PROMATRE, segundo região de procedência, Período Janeiro a Julho de 2007

Macrorregião	Microrregião	Procedência	Nº	Percentual (%)
		Vitória		
	Vitória	Cariacica		
Centro		Viana		
	VV/VN	Vila Velha		
	S/ST	Serra		
		Interior		
		Outros estados		
Total				

Fonte: Elaboração própria