



Gestantes soropositivas para HIV e Sífilis em uma cidade do Estado do Amazonas

HIV and Syphilis seropositive pregnant women in a city in the State of Amazonas

Gestantes seropositivas para VIH y Sífilis en una ciudad del Estado de Amazonas

Adana França dos Santos¹, Glauber Palma de Oliveira², Marianna Facchinetti Brock¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de gestantes soropositivas para HIV e sífilis e as condutas realizadas durante o pré-natal, correlacionando com idade gestacional e materna, consultas de pré-natal, peso ao nascer e sexo do neonato. **Métodos:** Estudo observacional descritivo prospectivo de gestantes, atendidas na maternidade em uma cidade do estado do Amazonas, soropositivas para HIV e Sífilis entre junho de 2017 a junho de 2018. Foram coletados dados epidemiológicos para análise exploratória de dados com tabulação e apresentação em tabelas e gráficos. **Resultados:** Um total de 100 grávidas testaram positivo para HIV e 302 para Sífilis, correspondendo à prevalência de 0,31% e 0,93%, respectivamente. Houve diferença estatística nas idades maternas e tipos de partos, na primeira o grupo Sífilis apresentou mediana (23 anos) inferior ao HIV (25 anos). E com relação ao tipo de parto, o grupo do HIV teve percentual de parto normal em 14% e Sífilis de 60%. Apenas 4 casos de coinfeção HIV/sífilis foram identificados. **Conclusão:** Embora as taxas de prevalências de grávidas portadoras de HIV e Sífilis terem sido baixas no período do estudo, os dados coletados são preocupantes, pois além de identificar falhas no pré-natal, podem sugerir uma deficiência nas medidas de controles de pacientes soropositivas.

Palavras-chave: HIV, Sífilis, Transmissão vertical.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of seropositive pregnant women for HIV and syphilis and the behaviors performed during prenatal care, correlating with gestational and maternal age, prenatal visits, birth weight, and sex of the neonate. **Methods:** Prospective observational descriptive study of pregnant women, seen in a maternity hospital in a city in the state of Amazonas who were HIV and syphilis positive between June 2017 and June 2018. Epidemiological data were collected for exploratory data analysis with tabulation and presentation in tables and graphs. **Results:** A total of 100 pregnant women tested positive for HIV and 302 for Syphilis, corresponding to the prevalence of 0.31% and 0.93%, respectively. There was a statistical difference in maternal ages and types of delivery, in the former the Syphilis group presented a median (23 years) lower than HIV (25 years). And with respect to the type of delivery, the HIV group had normal delivery percentage of 14% and Syphilis of 60%. Only 4 cases of HIV/syphilis coinfection were identified. **Conclusion:** Although the prevalence rates of pregnant women with HIV and Syphilis were low during the study period, the data collected are worrisome because, besides identifying failures in prenatal care, they may suggest a deficiency in the measures of control of seropositive patients.

Keywords: HIV, Syphilis, Vertical transmission.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia de las gestantes soropositivas para el VIH y la sífilis y las conductas realizadas durante el prenatal, correlacionándolas con la edad gestacional y materna, las consultas

¹ Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus – AM.

² Universidade Nilton Lins (UNL), Manaus – AM.

prenatales, el peso al nacer y el sexo del neonato. **Métodos:** Se trató de un estudio observacional descriptivo prospectivo de gestantes atendidas en una maternidad de una ciudad del estado de Amazonas, seropositivas para VIH y sífilis, entre junio de 2017 y junio de 2018. Se recolectaron datos epidemiológicos para análisis exploratorio de datos con tabulación y presentación en tablas y gráficos. **Resultados:** Un total de 100 mujeres embarazadas dieron positivo en la prueba del VIH y 302 en la de la sífilis, lo que corresponde a una prevalencia del 0,31% y el 0,93%, respectivamente. Hubo diferencia estadística en las edades maternas y tipos de parto, en el primero el grupo Sífilis presentó una mediana (23 años) inferior al VIH (25 años). Y con respecto al tipo de parto, el grupo de VIH tuvo un porcentaje de parto normal del 14% y de sífilis del 60%. Sólo se identificaron 4 casos de coinfección VIH/sífilis. **Conclusión:** Aunque las tasas de prevalencia de las grávidas portadoras de VIH y Sífilis han sido bajas en el período de estudio, los datos recogidos son preocupantes, ya que además de identificar fallos en la fase prenatal, pueden sugerir una deficiencia en las medidas de control de los pacientes soropositivos.

Palabras clave: VIH, Sífilis, Transmisión vertical.

INTRODUÇÃO

A sífilis materna e as infecções por HIV ainda são uma preocupação global como problemas de saúde pública e no Brasil foram disponibilizadas ações de prevenção e tratamento a fim de minimizar a transmissão vertical destas doenças, bem como para um melhor monitoramento das consultas e cuidados de pré-natais e o tratamento adequado durante a gravidez (FREITAS C, et al., 2019).

Desta forma, verificou-se que o número global de crianças vivendo com HIV diminuiu consideravelmente após o fornecimento de medicamentos antirretrovirais às grávidas soropositivas, em média de 2,8 milhões (UNAIDS, 2015). E no cenário da América Latina e da região do Caribe, entre 2010 e 2015 houve um aumento de 52% para 88% da terapia antirretroviral em mulheres grávidas soropositivas, diminuindo a taxa de transmissão vertical de 15% para 8% (PAHO - Pan American Health Organization, 2017).

Com relação à sífilis, estima-se que cerca de um milhão de mulheres grávidas estão infectadas em todo o mundo. Em todas as Américas foram estimados 22.000 casos de sífilis congênitas em 2015, caracterizando uma taxa crescente de 1,7 casos por 1.000 nascidos vivos. Todavia, no mesmo ano, a taxa de sífilis congênita no Brasil foi de 6,49 por 1.000 nascidos vivos e a prevalência de mulheres portadoras de HIV com idades entre 15 e 49 anos foi de 0,4 (BRASIL, 2016).

Durante a gravidez, as infecções por HIV e sífilis têm sido associadas a uma série de resultados adversos incluindo baixo peso ao nascer, infecções congênitas, ou até mesmo abortos, natimortos e mortes neonatais. Além disso, em casos de coinfeções pode haver um aumento na transmissão e infecção de HIV através das lesões genitais ulcerosas causadas pela sífilis. E o HIV, por sua vez, influencia diretamente na reposta imunitária do hospedeiro, inibindo a eliminação do treponema e conseqüentemente o resultado do tratamento. Portanto, é importante ressaltar que o diagnóstico precoce da sífilis bem como o seu tratamento em mulheres grávidas demonstrou ser eficazes na redução de natimortos, mortes neonatais e infecções congênitas em mais de 55% (ACOSTA L, et al., 2016).

Sendo assim, os cuidados pré-natais com rastreamento de HIV e sífilis, bem como aconselhamentos e terapias antirretrovirais devem ser os primeiros passos para o tratamento e prevenção da transmissão. Estudos recentes demonstram uma maior rentabilidade no uso de duplo algoritmo de teste rápido de HIV e sífilis, quando comparado aos testes rápidos utilizados de forma isolada em diversos programas de saúde, levando-se em consideração a alta taxa de coinfeção (BRISTOW C, et al., 2016).

No Brasil, vários estudos em hospitais e nos cuidados de Saúde Primária observaram que a cobertura dos testes de HIV e sífilis aumentou em todas as regiões. Outras pesquisas não mostraram qualquer diferença na incidência de sífilis congênita e HIV em áreas com maior cobertura das unidades da Estratégia de Saúde da Família. Além disso apontam falhas nos cuidados primários, reiterando a importância de estudos em diversas regiões do país (DOMINGUES R, et al., 2015).

Ainda assim, é relatado um alto risco de interrupção da Terapia Antirretroviral (TARV) em gestantes, assim como o abandono do tratamento após o parto. Ao passo que a porcentagem de casos de HIV e Sífilis durante

a gestação ainda se mantém alta, é necessário que estudos investiguem a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis de forma particular em cada região para que se possa investir em políticas públicas direcionada à determinada população quanto à prevenção, controle e tratamento de tais doenças, principalmente durante a gestação (WARLEY E, et al., 2017).

De acordo com a literatura, até 90% dos fetos afetados pela sífilis são sintomáticos ao nascer, sendo a intensidade das manifestações proporcionais aos títulos séricos de *Treponema pallidum* em que ocorreu a infecção. O acometimento fetal provavelmente está relacionado ao início tardio do pré-natal. (SAAB F e TOMAZ C, 2016) A principal recomendação de tratamento precoce em pacientes infectados com sífilis ou co infectados por HIV/sífilis é de uma dose única de Penicilina Benzatina G 2,4 milhões de unidades intramuscular (ANDRADE B e RICHERD C, 2017).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) foi aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), por meio da Portaria nº 42, de 5 de outubro de 2018. Esse protocolo atualizado objetiva capacitar gestores e profissionais de saúde de forma contínua, a fim de promover integração entre assistência e vigilância, de fortalecer e consolidar políticas públicas. Ademais ele evidenciar a importância do rastreamento de pessoas assintomáticas, especialmente as grávidas logo no início da gestação e na primeira consulta de pré-natal (FREITAS F, et al., 2020).

Embora o governo brasileiro tenha investido na disponibilidade de ações de prevenção e tratamento de IST, poucos estudos nacionais foram conduzidos com mulheres grávidas com acesso a cuidados pré-natais e adequadamente monitoradas para o número de consultas, testes de HIV e sífilis, e aconselhamento. Este estudo objetivou analisar a prevalência de gestantes soropositivas para HIV e sífilis em uma maternidade do estado do Amazonas no período de junho de 2017 a junho de 2018.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional e descritivo retrospectivos de casos de gestantes soropositivas para HIV e Sífilis atendidos em uma maternidade pública no período de junho de 2017 a junho de 2018. Foram utilizados dados secundários a partir do prontuário das pacientes atendidas na referida maternidade e no tempo predeterminado. A amostra foi composta pelos prontuários de gestantes catalogados no Serviço de Atendimento Médico e de Emergência (SAME) da maternidade no período de estudo. Os critérios de inclusão foram parturientes atendidas na maternidade no período de estudo, que tenham ou não realizado os testes anti-HIV e VDRL na admissão e durante o pré-natal. Foram excluídas as pacientes cujos prontuários estavam danificados ou que não foram encontrados.

A coleta de dados foi realizada no período de 1º de junho de 2017 a 30 de junho de 2018 a partir de dados secundários de prontuários catalogados no Serviço de Atendimento Médico e de Emergência (SAME) da maternidade. Durante a coleta, foram catalogados os seguintes dados de interesse da pesquisa: (1) Número de consultas pré-natais realizadas; (2) Resultado da sorologia anti-HIV (3) Resultado do VDRL quando realizada em uma das consultas pré-natal; (4) Resultado da sorologia anti-HIV realizada na maternidade (5) Resultado do VDRL realizada na maternidade; (4) Idade materna; (5) Idade gestacional ao parto; (6) Apgar do RN ao nascimento (7) Peso do RN ao nascimento; (8) Sexo do RN; (9) Tipo de parto; (10) Desfecho do RN (alta com a mãe ou UTI).

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados no programa Microsoft® Excel®. O software estatístico utilizado foi o R versão 3.6.1, no Rstudio versão 1.1.4, com os pacotes tidyverse, epiDisplay e sjPlot. O nível de significância utilizado foi de 0,05. Foi realizada uma análise exploratória dos dados, que consistiu na tabulação dos dados e apresentação em tabelas e gráficos com valores relativos e absolutos. Foi conduzida uma análise gráfica, utilizando somente os dados com informações completas, sendo, portanto, excluídas aquelas pacientes que apresentavam mais de duas variáveis não informadas. As variáveis que apresentaram distribuição muito assimétrica optaram-se pela transformação logarítmica (logaritmo natural - ln), para reduzir viés da média. Em seguida, foi conduzida uma padronização das variáveis numéricas que

consistiu na subtração da média e divisão pelo desvio padrão. Sendo assim, o heatmap é composto por cores são provenientes da métrica que varia de -4 a 4, onde o 0 é o valor médio daquela variável padronizada. Ou seja, se um valor de determinada variável apresentar o sinal negativo vai ser representado pela cor vermelha e a intensidade vai ser de acordo com a distância de 0.

O mesmo vale para os valores positivos, representados pela cor azul (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2020; AGRETI e FINLAY, 2012; GU, 2016). Este estudo atendeu às normas e diretrizes propostas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, e a proposta do projeto foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Amazonas (CAAE: 69080417.6.0000.5016, Parecer: 2.149.195), ele fez parte do estudo que avaliou a prevalência de gestantes soro positivas para HIV e/ou sífilis em todas as maternidades de uma cidade do estado do Amazonas.

RESULTADOS

O grupo de estudo foi composto por 100 pacientes com HIV e 302 pacientes com sífilis somando 402 com idade entre 14 e 45 anos. No entanto, das pacientes com HIV 4 tiveram abortos, totalizando 96 partos. E dentre as 302 pacientes diagnosticadas com sífilis, 17 tiveram aborto, perfazendo um total de 285 partos. Contudo, houve nove casos de evasão e três pacientes não tiveram seus tipos de parto notificados, totalizando assim 273 partos de pacientes com sífilis. Desta forma, a amostra para análises foi composta por 96 pacientes com HIV e 273 pacientes com Sífilis, somando 369 pacientes. O sexo biológico de todos os participantes é feminino. Foram analisados 32237 prontuários; destes 402 foram incluídos no estudo: 100 grávidas testaram positivo para HIV e 302 para Sífilis.

A taxa de prevalência de gestantes soropositivas para HIV foi de 0,31% e para Sífilis 0,93%. Das pacientes HIV positivo, 4 (4%) tiveram desfecho de abortos e 96 (96%) chegaram ao termo. Destes partos, 2 (1,92%) fetos nasceram mortos. Das 302 pacientes diagnosticadas com Sífilis, 17 (5,6%) tiveram desfecho de abortos, e 285 (94,4%) chegaram ao termo. No grupo de pacientes com sífilis houve 9 casos de evasão e 3 casos em que os tipos de partos não foram informados e foram excluídos do trabalho. Assim, o número final de pacientes com sífilis foi de 273. Houve 4 casos de coinfeção, ou seja, soropositivas tanto para HIV quanto para Sífilis. Os dados das pacientes de acordo com os grupos: HIV e Sífilis estão descritos na (Tabela 1).

Tabela 1- Dados das pacientes e seus recém-nascidos e comparações entre os grupos.

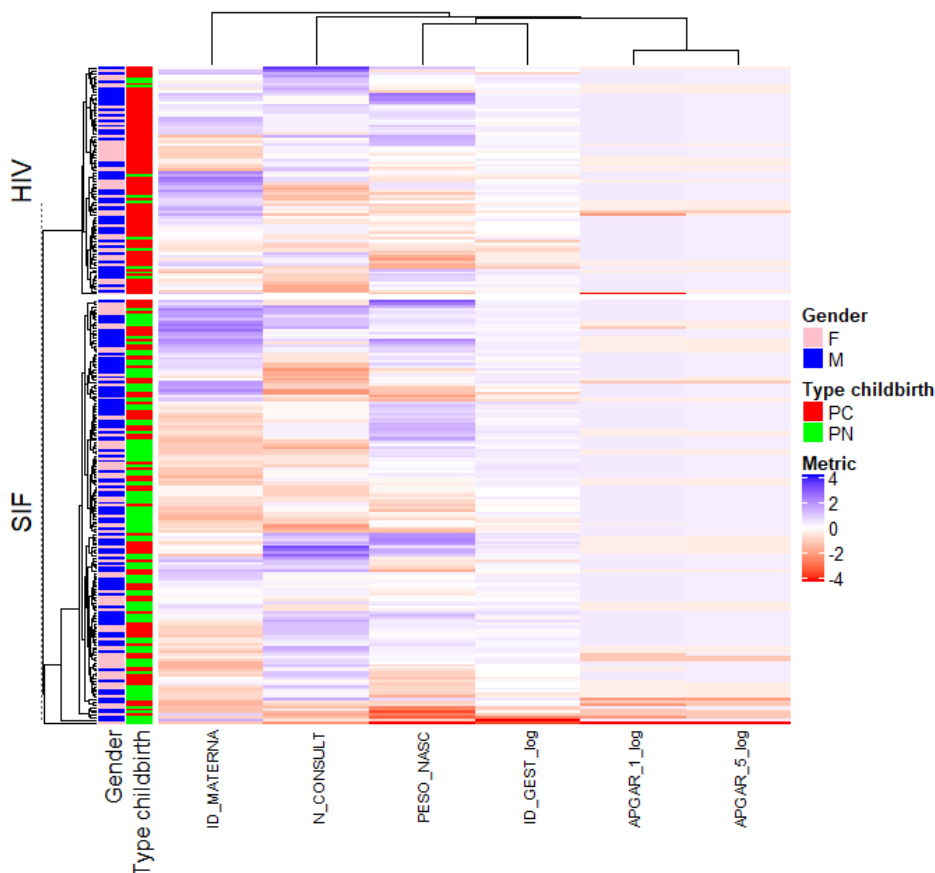
Características	Grupo		p-valor ²
	HIV, N = 96 ¹	SIF, N = 273 ¹	
Idade materna	25 (22-30)	23 (19-29)	0.004
NI	1	1	
Idade gestacional	38.07 (2.10)	37.54 (4.66)	0.200
NI	1	56	
Nº de consultas pré-natal	6 (4-7)	5 (3-7)	0.500
NI	7	29	
APGAR no 1º minuto	9 (8-9)	9 (8-9)	0.400
NI	3	46	
APGAR no 5º minuto	10 (9-10)	10 (9,10)	0.500
NI	3	45	
Peso da criança ao nascer	3048 (2725-3365)	3112 (2585-3435)	0.900
NI	2	13	
Tipo de parto			<0.001
PC	83 / 96 (86%)	108 / 273 (39,6%)	
PN	13 / 96 (14%)	165 / 273 (60,4%)	
Sexo da criança			0.800
F	45 / 94 (48%)	120 / 262 (46%)	
M	49 / 94 (52%)	142 / 262 (54%)	
NI	2	11	

Nota: 1 Estatísticas apresentadas: mediana (25%-75%); média (Desvio padrão [DP]); n / N (%); 2 Testes estatísticos utilizados: Teste de Mann-Whitney (Wilcoxon rank-sum test); Teste Exato de Fisher; Teste de independência de Quiquadrado; NI = não informado ou sem informação. dados extraídos de prontuários do Serviço de Atendimento Médico e de Emergência (SAME) da maternidade pesquisada.

Fonte: Santos AF, et al., 2024.

Quanto aos desfechos clínicos foram observados um total de 21 abortos, desses 4 no grupo HIV e 17 no grupo Sífilis, com posterior procedimento de curetagem; 9 pacientes com sífilis evadiram; 15 pacientes tiveram o feto morto, sendo relacionados a 12 grávidas com Sífilis e 2 grávidas com HIV; 1 paciente com Sífilis teve recém-nascido com morte neonatal e 2 pacientes portadoras de HIV com internação em UTI após o parto. Além disso, houve um caso de feto morto sem a notificação do peso. Todas as demais variáveis estão demonstradas na (Figura 1).

Figura 1 – Mapa de calor de 8 variáveis do estudo de acordo com o grupo HIV e Sífilis.



Fonte: Santos AF e Brock M, 2022; dados extraídos de prontuários do Serviço de Atendimento Médico e de Emergência (SAME) da maternidade pesquisada.

O baixo peso ao nascer foi observado em 13,5% dos recém-nascidos de mães com HIV, enquanto mães portadoras de sífilis tiveram recém-nascidos com baixo peso ao nascer correspondente a 20,2% do total. Sendo assim, a maioria dos recém-nascidos, sejam filhos de mães portadoras de HIV ou sífilis, nasceram com peso acima de 2.500g, correspondendo a 84,3% e 75,1%, respectivamente, (Tabela 2).

Tabela 2 – Peso de RN em maternidade de referência do Estados do Amazonas, junho de 2017 a junho de 2018.

Peso	Casos mãe hiv	Casos mãe sífilis
<1.500g	1 / 96 (1,04%)	15 / 273 (5,5%)
1.500 - 2.499g	12 / 96 (12,5%)	40 / 273 (14,65%)
≥ 2.500g Ni	81 / 96 (84,3%) 2	205 / 273 (75,1%) 13

Fonte: Santos AF e Brock M, 2022; dados extraídos de prontuários do Serviço de Atendimento Médico e de Emergência (SAME) da maternidade pesquisada.

A mortalidade foi inversamente proporcional ao peso de nascimento, uma vez que quanto menor o peso ao nascer maior foi o número de mortes. Em casos de mães portadoras de HIV 100% foi caso de feto morto,

ao passo que, em casos de mães portadores de sífilis 79,9% foram casos de fetos mortos e 6,6% de mortes neonatais. Um número significativamente menor de mortes ocorreu em recém-nascidos acima de 2.500g ao nascer. (Tabela 3).

Tabela 3- Peso de RN evoluíram para óbito em maternidade de referência do Estados do Amazonas, junho de 2017 a junho de 2018.

Peso	Casos mãe hiv		Casos mãe sífilis	
	Feto morto	Morte neonatal	Feto morto	Morte neonatal
<1.500g	1 / 1 (100%)	-	7 / 15 (46,6%)	1 / 15 (6,6%)
1.500 - 2.499g	-		5 / 15 (33,3%)	-
≥ 2.500g	1 / 81 (1,23%)		1 / 205 (0,48%)	-
Ni	-			

Fonte: Santos AF e Brock M, 2022; dados extraídos de prontuários do Serviço de Atendimento Médico e de Emergência (SAME) da maternidade pesquisada.

DISCUSSÃO

Ao analisar a faixa etária predominante, os resultados deste estudo foram semelhantes ao encontrado por Domingues R et al. (2015) no qual as gestantes apresentaram média de idade de 25,7 anos. Neste estudo a média de idade dentre as pacientes portadoras de HIV foi de 26 anos. De acordo com dados levantados pelo Ministério da Saúde, grávidas entre 20 e 24 anos eram soropositivas para o HIV no Brasil em 2017, sendo que, de 1980 a 2016, a maior concentração de casos a doença no país estava na faixa de 25 a 39 anos para ambos os sexos (BRASIL, 2017). Ou seja, mulheres estão engravidando mais jovens, assim como se infectando com o HIV em uma idade precoce.

Quanto à faixa etária de grávidas com sífilis, Freitas C et al. (2019) observou uma distribuição ampla de 15 a 30 anos de idade, corroborando com este estudo que possui como média de idade 24,5. Ademais foi verificado, neste estudo, que a taxa de prevalência de grávidas soropositivas para HIV e Sífilis da maternidade localizada em uma cidade do estado do Amazonas foi de 0,31% e 0,93%, respectivamente. Resultados muitos semelhantes são encontrados em outros estudos, cuja prevalência não teve grande diferença da taxa deste estudo (DOMINGUES R, et al., 2015). Em âmbito nacional, um estudo de 2017 analisou 5 estados. Durante o estudo, o índice em gestantes cresceu entre 21% (Amazonas) e 75% (Rio de Janeiro).

A incidência de sífilis congênita seguiu o mesmo perfil de incremento, variando de 35,6% no Distrito Federal a 639,9% no Rio Grande do Sul, com redução de 0,7% no Amazonas. A realização de pré-natal nas mulheres com desfecho de sífilis congênita variou de 67,3% no Amazonas a 83,3% no Distrito Federal. Das gestantes com sífilis, 43% tiveram desfecho notificado de sífilis congênita. Nas gestantes com sífilis e desfecho de sífilis congênita, o diagnóstico materno ocorreu durante o pré-natal em 74% e no parto em 18%. Em 8% das mulheres ignorava-se no momento do diagnóstico. (SARACENI V, et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, estima que anualmente sejam infectadas cerca de 1,4 milhões de gestantes pela Sífilis e pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O Ministério da Saúde, por sua vez, estimou uma taxa aproximada de 0,4% de grávidas brasileiras sendo portadoras do HIV, percentual que poderia oscilar levemente de acordo com a região em foco (BRASIL, 2017). Nesta pesquisa, encontrou-se 0,31% de soropositividade para a presença de HIV, resultado semelhante à estimativa do Ministério da Saúde.

Quanto à prevalência de Sífilis, verificou-se que a taxa de prevalência foi de 0,93%, diferindo dos dados do Ministério da Saúde, no qual estimava-se um total de 3,5% de grávidas portadora do *Treponema*, e uma taxa de morte perinatal de até 40% (BRASIL, 2016). De acordo com o estudo de Rojas M et al. (2015), em uma maternidade de referência do estado do Pará foram registrados 754 casos de sífilis congênita no período de 2004 a 2013, dos quais 19 bebês evoluíram para óbito.

No que tange a taxa de morte perinatal, neste estudo verificou-se que de 302 casos notificados 17 evoluíram para aborto e 1 recém-nascido evoluiu para óbito. Ademais, dados mundiais de um estudo evidenciaram que grande parte dos mais de 12 milhões de casos de sífilis em gestantes anualmente

registrados pela OMS, se encontram em regiões de países menos desenvolvidos, onde as condições de escolaridade, higiene e de tratamento sanitário são mais precárias. Somam-se a esses dados, cerca de 90.000 mortes neonatais e 65.000 recém-nascidos prematuros ou de baixo peso.

Entre as gestantes com sífilis que não tiveram acesso a tratamento, houve um índice de cerca de 304.000 mortes fetais e perinatais, além de mais de 216.000 crianças infectadas com risco de morte precoce. (CUNHA A, et al., 2015). Tais dados são relevantes para a análise da cobertura de pré-natal, na qual pelo menos uma consulta é praticamente universal no Brasil, atingindo níveis superiores a 90%, independentemente da região geográfica do país ou características maternas (DOMINGUES R, et al., 2015). Porém, é preconizado pelo Ministério da Saúde o mínimo de seis consultas durante o pré-natal, e no presente estudo verificou-se uma média de 5 e 6 consultas de pré-natal nas pacientes portadoras de HIV e Sífilis, respectivamente.

Quantitativamente, em relação ao mínimo estipulado de seis consultas pré-natal, este estudo verificou o total de 50,5% de grávidas com HIV e 42,12% de grávidas com Sífilis. Esses percentuais estão muito abaixo ao encontrado Araújo E et al. (2018) que registrou o percentual de 73,17% de grávidas com número mínimo de consultas de pré-natal. A maior complicação é a transmissão vertical dessas doenças. Estudos comprovam que quase 95,1% dos casos de aids em indivíduos menores de 14 anos no Brasil correspondem casos de contágio por transmissão vertical. Houve um total de 2.095 casos de gestantes positivas para HIV situados no norte do país, de um total de 47.705 no país, enquanto, 10.739 casos de AIDS foram identificados em crianças menores de 5 anos, representando 2% de todos os casos no país. (SILVA C, et al., 2018).

Por outro lado, com relação aos casos de coinfeção HIV/Sífilis, o percentual encontrado neste estudo foi de 4%, sendo um dado bem inferior quando comparado ao estudo de Acosta L, et al. (2016), no qual de 1.500 gestantes positivas para HIV, 155 também foram infectadas por sífilis, correspondendo a uma taxa de coinfeção HIV/sífilis de 10,3%. Esta diferença pode estar associada diretamente à taxa de prevalência de grávidas portadoras de sífilis na população de estudo que está abaixo das taxas dos demais estudos, e consequentemente com menor taxa de coinfeção dentre as pacientes portadoras de HIV. Vale ressaltar que nos casos de coinfeção HIV/sífilis não houve nenhum desfecho de abortos ou morte neonatal, tampouco baixo peso ao nascer dos recém-nascidos, embora o número tenha sido muito pequeno.

Além disso, existe uma importante relação entre infecções sexualmente transmissíveis e abortamento, especialmente em relação à sífilis. Foi observada uma taxa de 4,3% de abortos dentre os casos de sífilis e 4% dentre os casos de HIV, ao passo que Araújo E, et al. (2018) identificou um alto índice de 17,07%. Vale ressaltar que 40% das mulheres com sífilis não tratadas na gravidez podem evoluir para perda fetal, abortamento espontâneo, prematuridade e danos à saúde do bebê. Sendo assim, os números foram considerados bem abaixo que a média geral. Quanto ao tipo de parto que a parturiente soropositivo, ele é definido conforme o nível de sua carga viral. No entanto, o parto de tipo cesariana é destacado como o mais recomendado e seguro.

Principalmente se este tipo de parto estiver associado a uma das principais medidas de prevenção contra a transmissão vertical do HIV, que é o uso de zidovudina justamente no momento do parto. Este medicamento deve ser administrado via intravenosa, independentemente da carga viral, sendo capaz de reduzir imensuravelmente as cargas plasmáticas virais, chegando a níveis indetectáveis (YEGANEH N, et al., 2015). Deste modo os riscos de transmissão vertical para o RN são mínimos, Tal dado é interessante, pois neste estudo foi possível observar a disparidade de partos cesáreos em pacientes com HIV, correspondendo a 86% dos casos, ao passo que apenas 60% das pacientes com Sífilis tiveram este tipo de parto.

No que tange ao baixo peso ao nascer do recém-nascido, foi observado em 13,5% nos casos de mães com HIV e 20,20% naqueles casos de mães portadoras de Sífilis. Resultados semelhantes ao achado de Domingues R, et al. (2015), que observou 20% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer e parece ter sido importante na evolução para óbito. Dos 13 recém-nascidos com baixo peso de mães com HIV 1 (7,7%) foi a óbito, enquanto dos 55 recém-nascidos com baixo peso de mães com Sífilis 7 (12,7%) foram a óbito.

Quando comparados ao estudo de Rojas M, et al. (2015), no qual observou uma taxa de 1,59% de recém-nascidos com baixo peso que evoluiu para morte, os dados deste estudo estão muito acima. Não obstante as

diversas campanhas do governo com intuito de minimizar os riscos de contágio, pode-se observar dados preocupantes que representam casos que poderiam ter sido mapeados precocemente, a fim de tratar a infecção e minimizar ao máximo os riscos de transmissão vertical. Portanto, levando em consideração que estas infecções por sífilis e HIV ocorrem de forma silenciosa, os testes de diagnósticos devem ser considerados fundamentais no primeiro momento do pré-natal e a partir de então adotar medidas de controle em casos de grávidas soropositivas.

CONCLUSÃO

Embora o número de grávidas portadoras de HIV e Sífilis tenha sido baixo no período do estudo, os dados coletados são preocupantes, pois além de identificar falhas no pré-natal, podem sugerir uma deficiência nas medidas de controles de pacientes soropositivas que necessitam de um acompanhamento mais acurado. É imprescindível melhorar a qualidade do pré-natal no que tange à realização desses exames, visando a prevenção da transmissão vertical das duas doenças, bem como implementar ações que conscientizem essas mulheres a realizarem o acompanhamento e o tratamento de forma correta. As limitações do estudo foram eventuais preenchimentos inadequados dos prontuários em determinadas variáveis, mas ainda assim é possível propor uma pesquisa prospectiva a fim de acompanhar casos novos, bem como as condutas de controle adotadas nas maternidades públicas da cidade, levantando dados atualizados e fidedignos para ações de prevenção de transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

1. ACOSTA L, et al. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2016; 40(6): 435-442.
2. AGRESTI A, FINLAY B. *Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais*. Tradução Lori Viali. Porto Alegre: Penso, 2012; 4.
3. ANDRADE B e RACHED C. Prevenção Da Transmissão Vertical Da Sífilis Congênita: Promoção Da Qualidade Da Assistência Prestada À Parturiente. *JHMReview*, 2017; 3(2).
4. ARAÚJO E, et al. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*, 2018; 9(1): 33-9.
5. BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017; 48(1): 1-52.
6. BRASIL. Boletim Epidemiológico -Sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016; 47(35).
7. BRISTOW C, et al. Cost-effectiveness of HIV and syphilis antenatal screening: a modelling study. *Sexually Transmitted Infections*, 2016; 92: 340-346.
8. DOMINGUES R, et al. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. *BMC Infect Dis*, 2015; 26(15): 100.
9. FREITAS C, et al. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. *Rev Saude Publica*, 2019; 23(53): 76.
10. FREITAS F, et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2021; 30(1).
11. GU Z. Complex heatmaps reveal patterns and correlations in multidimensional genomic data. 2016 DOI: 10.1093/bioinformatics/btw313.
12. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. 2015 Progress report on the Global Plan. Geneva: UNAIDS; 2015.
13. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: update 2016. Washington, DC: PAHO, 2017.
14. R DEVELOPMENT CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing- Vienna- Austria. 2020 ISBN 3-900051-07-0-URL <http://www.R-project.org-version 4.0.2>.

15. ROJAS M, et al. Dez anos de sífilis congênita em maternidade de referência na Amazônia brasileira. *Rev Para Med*, 2015; 29(1): 7-10.
16. SAAB F e TOMAZ C. Prevalencia de sífilis en mujeres gestantes atendidas por el Programa de Protección a la Gestante (PPG) y reporte de aborto en el Estado de Sergipe, Brasil. *Revista de La Universidad Industrial de Santander Salud*, 2016; 48(2): 214–220.
17. SARACENI V, et al. Vigilância epidemiologia da transmissão vertical da Sífilis: dados de seis unidades federativas do Brasil. *Ver Panam Salud Publica*, 2017; 41: 44.
18. SILVA C, et al. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm*, 2018; 71(1): 568-76.
19. WARLEY E, et al. Control de embarazo y postparto em mujeres infectadas por HIV. *Medicina (Buenos Aires)*, 2017; 77(2).
20. YEGANEH N, Study Team. Syphilis in HIV-infected mothers and infants: results from the NICHD/HPTN 040 study. *Pediatr Infect Dis J*, 2015; 34(3): 52-7.