

PERFIL DE GRÁVIDAS COM SÍFILIS, HIV+ OU HEPATITE B EM GURUPI, TOCANTINS

Rhayssa Tavares

Farmacêutica; Fundação UNIRG, Centro Universitário UNIRG, TO.

Érica Eugenio Lourenço Gontijo

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás – UFG, GO; Docente auxiliar do curso de Análises clínicas no Centro Universitário UNIRG, TO.

Esthela Sepúlveda dos Santos

Farmacêutica; Fundação UNIRG, Centro Universitário UNIRG, TO.

Jessyca Karla Borges Jubé

Farmacêutica; Fundação UNIRG, Centro Universitário UNIRG, TO.

Alice Ruthe Mazutti

Farmacêutica; Fundação UNIRG, Centro Universitário UNIRG, TO.

Marcos Gontijo da Silva

Doutor em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás – UFG, GO; Docente adjunto de Parasitologia pelo Centro Universitário UNIRG, TO; E-mail: gontijobio@yahoo.com.br.

RESUMO: A sífilis, Hepatite B e a AIDS são doenças que podem ser transmitidas por via transplacentária das gestantes aos fetos, podendo desencadear graves problemas neonatais. Este trabalho se propõe a avaliar o perfil clínico e sociodemográfico de grávidas com sífilis, Hepatite B e HIV+ atendidas na policlínica municipal de Gurupi (TO) entre janeiro de 2004 a outubro de 2013. A pesquisa é retrospectiva e foi realizada na Policlínica Luiz Santos Filho. A coleta de dados foi realizada de agosto a outubro de 2013. A amostra constou de dados de 54 grávidas que realizaram o pré-natal no período do ano de 2004 a 2013. Os prontuários foram selecionados pelo critério da sorologia (VDRL, HIV+ ou Hepatite B) no momento da busca em banco de dados. Dos prontuários que apresentaram informações clínicas e sociodemográficas foram compiladas as informações produto deste inquérito. Após, foram preparadas tabelas e gráficos e tabelas de contingência. Foram pesquisados 10 portadoras de sífilis, 19 do vírus HIV+ e 25 com hepatite B. Quanto à etnia a cor parda foi a mais prevalente, com 21 casos de hepatite B, 9 de HIV+ e 8 com sífilis. A idade variou de 17 a 42 anos. Em relação ao estado civil no caso da sífilis foi predominante as casadas. Se tratando do endereço, a predominância foi da zona urbana porém uma parte das gestantes HIV+ eram da zona rural. As gestantes HIV+ eram mais escolarizadas. A profissão mais encontrada foram as profissionais do lar. As gestantes HIV+ relataram mais queixas. Foram encontrados dois casos de abortos prévios em gestantes com sífilis e um em HIV+. Houve um caso HIV+ com parto normal.

PALAVRAS CHAVES: Grávidas; Hepatite B; HIV; Sífilis Congênita.

PROFILE OF PREGNANT WOMEN SUFFERING FROM SYPHILIS, HIV+ OR HEPATITIS B IN GURUPI TO BRAZIL

ABSTRACT: Syphilis, Hepatitis B and AIDS are transmitted through the placenta by pregnant women to the fetus, with serious neonatal problems. Current paper evaluates pregnant women's clinical and sociodemographic profile with syphilis, Hepatitis B and HIV+ at the municipal polyclinic of Gurupi TO Brazil between January 2004 and October 2013. The retrospective research was undertaken at the Policlínica Luiz Santos Filho. Data collection occurred between August and October 2013 and showed data of 54 pregnant women who had pre-natal tests between 2004 and 2013. Charts were selected according to serum criteria (VDRL, HIV+ or Hepatitis B) in data banks. Current information was obtained from charts with clinical and sociodemographic information. Tables and graphs and contingency tables were prepared. Ten females with syphilis, 19 females with HIV+ and 25 women with Hepatitis B were focused. Negroes were prevalent, with 21 cases of Hepatitis B, 9 of HIV+ and 8 cases with syphilis. Subjects were within the 17 – 42 age bracket and, in the case of people with syphilis, they were married. Subjects lived predominantly in the

town although some pregnant women with HIV+ hailed from the rural area. Pregnant women with HIV+ had more schooling years but the predominant profession was the female householder. Pregnant women with HIV+ had most complaints. Two previous abortion cases in pregnant women with syphilis and one with HIV+ may be mentioned. There was a case of a woman with HIV+ who underwent a normal operation.

KEY WORDS: Pregnant Women; Hepatitis B; HIV; Congenital Syphilis.

INTRODUÇÃO

As doenças congênitas estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no período neonatal. O conhecimento da incidência e etiologia é relevante, pois podem ocorrer prejuízos para o feto e/ou recém-nascido. Apesar da incidência das infecções congênitas e perinatais serem variáveis em diferentes populações, elas podem ocorrer em até 10% de todos os nascidos vivos (KLEIN; REMINGTON, 1995; MUSSI-PINHATA; YAMAMOTO, 1999).

Devido ao risco variável para o bebê, uma adequada avaliação pré-natal é necessária para evitar danos futuros ao seu desenvolvimento (COSTA et al., 2010).

Estas infecções e em especial a sífilis, AIDS e Hepatite B, podem determinar a morte do conceito ou causar alterações que agravam o prognóstico neonatal dos sobreviventes como: prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino, anomalias do desenvolvimento, malformações congênitas e doença generalizada, ou criança normal ao nascer que pode apresentar sequelas futuras de infecção crônica persistente (FERNANDES et al., 2010).

Os agentes etiológicos alcançam a placenta predominantemente por via hematogênica e pode causar uma doença materna clínica, subclínica ou assintomática. As infecções fetais ocorrem por via ascendente, através do canal endocervical, ou por via hematogênica, através do sangue materno. A ameaça que representa esse tipo de infecção para o embrião, o feto e conseqüentemente o recém-nascido, explica a importância do seu estudo (FERNANDES et al., 2010).

A Sífilis, AIDS e Hepatite B congênita são responsáveis por agravos significativos no período neonatal. O conhecimento da epidemiologia, etiologia e patogenia são de extrema importância devido aos prejuízos para o feto e/ou recém-nascido (KLEIN; REMINGTON, 1995; MUSSI-PINHATA; YAMAMOTO, 1999).

Em média 75 a 80% das crianças infectadas pelo HIV são contaminadas por TV, no Brasil esse índice chega a cerca de 84%. O restante, 20 a 25% contraem a infecção por transfusão sanguínea ou derivados e pelo uso de drogas endovenosas ou por via sexual, especialmente no fato de crianças maiores e adolescentes (ORTIGAO, 1995; BRITO et al., 2006).

No estado do Tocantins a taxa de incidência da AIDS foi de 8,0 casos para cada 100 mil habitantes durante o ano de 2006, e entre 2000 e junho de 2008 foi identificado um índice de 12,3% de contaminação por TV em gestantes HIV+. Em crianças menores de cinco anos, 29 casos de AIDS, foram identificados de 1996 a junho de 2008 no Tocantins. Até julho de 2008 a cidade de Gurupi apresentou 78 casos de AIDS ficando entre os três municípios com maior índice de casos de AIDS apresentados no Tocantins (BRASIL, 2009a).

A possibilidade de acontecer a TV pode chegar a 25,5% sem nenhuma intervenção, entretanto interrupções preventivas podem restringir a transmissão para valores entre 0% e 2,0% (VIEIRA et al., 2011).

Com o uso dos Antiretrovirais em crianças até a 6ª semana de vida e gestantes a partir da 14ª semana, os riscos da transmissão perinatal e do vírus da imunodeficiência humana (HIV) restringia 67,5%, sendo possível evidenciar a diminuição da carga viral plasmática de maneira bem expressiva por meio do uso da terapia antiretroviral combinada (MARQUES, 2006; LANA; LIMA, 2010; FERNANDES et al., 2010).

Em pleno século XXI, a sífilis congênita (SC) ainda persiste como um grave problema de saúde pública em diversos países. Em nosso país, expõe-se em elevada magnitude e apresenta dados insatisfatórios em relação ao seu controle, originando a necessidade de prioridade pública para a sua abordagem (TAYRA et al., 2007). Causada pelo *Treponema pallidum*, a sífilis é uma enfermidade antiga, conhecida há mais de 500 anos.

Trata-se de uma infecção adquirida por contágio, sendo sistêmica e de evolução crônica (SAAB, 2009). A doença é transmitida principalmente por contato sexual (sífilis adquirida) e por via transplacentária (sífilis congênita) (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A contaminação na gestante pode acarretar em prejuízos tanto para a saúde materna quanto para a saúde fetal, sendo que a transmissão pode ocorrer durante a gravidez, no parto e no pós-parto (COSTA et al., 2010).

A sífilis congênita é resultante do contágio hematogênico pelo treponema na grávida não provida de tratamento ou tratada incorretamente para o bebê por via transplacentária, podendo ocorrer em qualquer período da gestação ou fase clínica da sífilis (TALHARI; CORTEZ, 2009).

O objetivo da vigilância epidemiológica da SC é impedir o contágio da sífilis em mulheres no período fértil, principalmente grávidas, prevenir e interromper a transmissão vertical (TV) do treponema e reduzir desfechos do recém-nato infectado através de terapia farmacológica correta (TAYRA et al., 2007).

Apesar de a triagem neonatal ser de suma importância para a prevenção de danos que vão prejudicar tanto a mãe quanto o recém-nascido (RN), verifica-se que não acontece com a qualidade e eficácia esperada. Esse fato pode ser observado no Brasil em 2006, 79% dos episódios de TV procederam de gestantes que realizaram pré-natal e somente 55% delas tiveram diagnóstico da doença na gravidez (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011).

Causada por um vírus pertencente à família *hepadnaviridae*, a Hepatite B é infecção contagiosa que pode se apresentar de várias maneiras, podendo tanto não expor sintomas como também surgir de forma mais grave (BOTELHO, 2008).

O principal meio de transmissão da doença é da mãe para o filho, sobretudo nas regiões de alta prevalência (ARRAES et al., 2003). Trata-se de uma via de disseminação extremamente importante epidemiologicamente falando, pois enquanto somente 5 a 10% dos casos em que a infecção ocorreu em idade avançada, a doença evolui para a forma crônica, se tratando das crianças de mães portadoras da hepatite B, o risco de cronificação da doença pode chegar a 90% (PERIM; PASSOS, 2005).

A incidência de hepatite B nas grávidas segue o mesmo padrão de endemicidade da doença na área e na população estudada (ARRAES et al., 2003). Estima-se que anualmente por volta de 20 mil RN são provenientes de mães portadoras de hepatite B nos Estados Unidos (GOTSTEIN et al., 2002).

No Brasil, pesquisas demonstram que a maior prevalência da doença se encontra na Amazônia, Espírito Santo e oeste de Santa Catarina, endemicidade intermediária é verificada nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste e a região Sul é a que expõe menor endemicidade (BRASIL, 2005).

No município de Gurupi, Tocantins acredita-se que a TV de HIV, Sífilis e Hepatite B existam e possivelmente represente um problema significativo. Devido ao risco variável para o bebê, uma adequada avaliação pré-natal é necessária para evitar danos futuros ao seu desenvolvimento. Estas infecções podem determinar a morte do concepto ou causar alterações que agravam o prognóstico neonatal dos sobreviventes como: prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino, anomalias do desenvolvimento, malformações congênitas e doença generalizada ou criança normal ao nascer que pode apresentar sequelas futuras de infecção crônica persistente. A ameaça que representa esses tipos de infecções para o embrião, o feto e conseqüentemente o recém-nascido, explica a importância do seu estudo.

Esse inquérito consiste em traçar o perfil sociodemográfico e clínico das gestantes diagnosticadas com essas infecções atendidas na policlínica municipal de Gurupi. Com essa pesquisa há pretensão de abrir discussões da gravidade da sífilis em mulheres na fase gestacional, sem uma assistência pré-natal adequada e um tratamento farmacológico assíduo para evitar uma possível transmissão congênita. Tendo como objetivo a caracterização da sífilis, AIDS e Hepatite B gestacional e congênita atualizando informações que possam servir de parâmetros para sua prevenção, diagnóstico, tratamento e notificação dessas enfermidades em Gurupi.

2 METODOLOGIA

O estudo foi do tipo retrospectivo em banco

de dados conduzido na cidade de Gurupi, localizada no estado do Tocantins, Brasil. A pesquisa foi realizada na Policlínica Municipal. A coleta de dados foi realizada de agosto de 2013 a outubro de 2013. O grupo de estudo foi formado por gestantes assistidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e atendidas na Policlínica Luiz Santos Filho. A amostra constou de dados de 54 grávidas que realizaram o pré-natal do ano de 2004 a 2013. O desenho do estudo foi de prevalência, do tipo descritivo, qualiquantitativo.

Os prontuários foram selecionados pelo critério da sorologia (VDRL, HIV e HBsAg) no momento da busca em banco de dados. Dos prontuários que apresentaram informações sociodemográficas e clínicas foram compiladas as informações produto deste inquérito. As variáveis dependentes analisadas foram: Presença da sífilis, HIV ou hepatite B confirmadas por meio de sorologia em sangue periférico e as variáveis independentes foram: idade, procedência, escolaridade, condições mórbidas associadas, idade gestacional, paridade, profissão, parceiros sexuais, sinais clínicos, farmacoterapia e dados laboratoriais.

Após a realização da revisão dos formulários, os dados foram inseridos no programa Epi-Info 3.3.2.. Em seguida, foram preparadas tabelas e gráficos de contingência, para determinação da associação entre variáveis. O tratamento estatístico empregado foi do tipo descritivo.

O projeto foi realizado de acordo com as diretrizes e Normas que regem a Pesquisa em Seres Humanos, Resolução nº 196/96, 25/97 do Conselho Nacional de Saúde/ Comitê Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP e somente foi efetivado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNIRG com nº297335.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram pesquisados dados de 54 gestantes, sendo 10 portadoras de sífilis, 19 do vírus HIV+ e 25 com hepatite B.

Quanto à etnia das gestantes pesquisadas, foi observado que nas três infecções a cor parda foi a mais prevalente, com 21 gestantes portadoras de hepatite B, 9

HIV+ e 8 com sífilis (Gráfico 1).

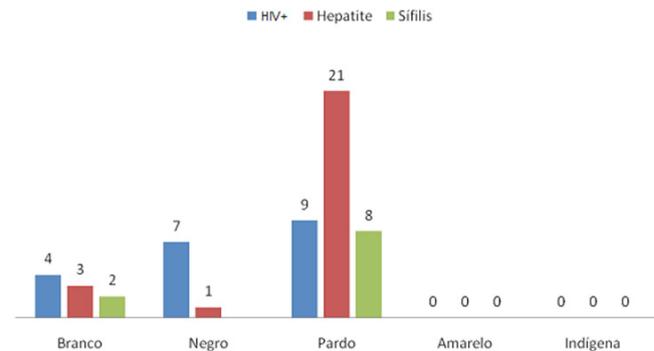


Gráfico 1. Etnia da gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, 2013

Nascimento et al., (2012) realizaram um estudo no Hospital Geral de Nova Iguaçu, ao qual analisando 48 prontuários de grávidas com sífilis gestacional observou-se a predominância de mulheres pardas em relação às negras e brancas, cerca de 64,6% das gestantes pesquisadas. Semelhantes a esses dados Figueiró-Filho et al., (2007) verificaram que de 1.024 gestantes atendidas nas principais maternidades de Campo Grande-MS, 75,9% eram pardas. Já em pesquisa desenvolvida por Lima et al., (2013) no município de Belo Horizonte, 70% das gestantes eram da cor parda ou preta. Corroborando com esses resultados, Araújo et al., (2012) em pesquisa feita com 5.541 mães com sífilis em 897 municípios brasileiros, constatou que 49% das pesquisadas eram pretas ou pardas. Em discordância, os estudos de Tabisz et al., (2012) realizado no Hospital do Trabalhador em Curitiba-PR no período de 2007 a junho de 2011 demonstraram que houve predominância de mulheres brancas, cerca de 72,3%.

Ao comparar os resultados dessa pesquisa com a literatura, observou-se que os dados de Gurupi são concordantes com alguns estudos realizados em diferentes regiões do Brasil.

Em relação à faixa etária das gestantes pesquisadas, foi analisado que se tratando das gestantes portadoras de HIV+ a média foi de 25,47 anos, hepatite B 26,16 anos e com sífilis a média foi de 27 anos de idade como mostra o gráfico 2.

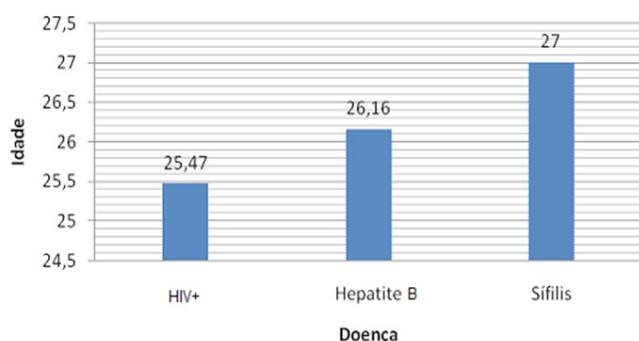


Gráfico 2. Idade das gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, Brasil, 2013.

A idade das pesquisadas foi semelhante à de demais inquéritos feitos em outras regiões do país.

Barsanti et al., (1999) em estudo na enfermaria de pré-parto da Casa de Saúde Santa Marcelina na cidade de São Paulo-SP, realizado entre o período de junho de 1995 e julho de 1996, com 1000 mães, observaram que a idade das gestantes com sífilis variou de 20 a 38 anos, apresentando média de 28 anos. Semelhante a esses resultados Donalísio, Freire, Mendes (2007) em estudo realizado com 45 gestantes em cinco municípios de São Paulo-SP, no período de 2003 a 2005, relatam que a média da faixa etária das mesmas foi de 27,7 anos. Ainda em concordância, Tabisz et al., (2012) verificaram que no Hospital do Trabalhador em Curitiba-PR q a média da idade de 48 gestantes, variou de 15-42 anos com uma média de 25,7 anos. Já Lorenzi, Araújo e Grazziotim (2005) desenvolveram uma pesquisa com todos os casos de sífilis congênita ocorridos no Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul no período de março de 1998 a agosto de 2002, onde notaram que a idade média materna era de 24,5 anos e cerca de 29,1% das parturientes infectadas tinham menos de 20 anos.

Se tratando das gestantes portadoras de hepatite B, estudos de Perim e Passos (2005) realizados com 5.191 grávidas atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, apontam que houve um predomínio de gestantes jovens, onde cerca de 30% delas apresentavam até 20 anos e 78,5% até a idade de 29 anos. Corroborando com esses resultados, Wohlfahrt (2013) em pesquisa constando de 43 gestantes atendidas na Unidade de Saúde Dr. Antônio Horácio Carneiro Miranda situada na cidade de Ponta Grossa-PR, verificaram que a faixa etária das gestantes foi

de 16 a 20 anos, sendo equivalente a 39,5% dos casos seguido de 34,9% de gestantes que possuem idade entre 21 e 25 anos de idade.

Em relação às grávidas portadoras de HIV+, Zimmermann et al. (2011) realizaram um estudo na Maternidade Terezinha de Jesus no serviço de obstetrícia em Juiz de Fora, onde 711 pacientes internadas tinham a faixa etária em média de 25,7 anos de idade, de modo que a idade máxima e mínima variava entre 44 e 12 anos. Semelhante a esses resultados Costa et al. (2010) verificaram que de 6.720 gestantes atendidas em Feira de Santana – BA, 41,2% eram gestantes adolescentes e 58,8% adultas jovens. Pesquisas de Almeida, Lindolfo e Alcântara (2009) no município de Sorocaba, pelo Programa Municipal de DST/AIDS, através de 120 gestantes matriculadas no Projeto Transmissão Verticais Zero no período de 1998 a 2004, constataram que a média da idade é de 27,2 anos.

De acordo com Lemos, Gurgel e Fabbro (2005), a faixa etária que concentra os maiores percentuais de casos de AIDS em mulheres é de 25 a 34 anos, o que resulta no aumento da transmissão vertical, pois estas mulheres estão em plena idade reprodutiva. Atualmente a quase totalidade de casos de AIDS em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV.

Embora sejam múltiplos os fatores ligados ao comportamento sexual que apontam a adolescência e juventude como grupos de risco para doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, sífilis, hepatite B entre outras, entre os possíveis determinantes para o grande aumento da transmissibilidade dessas doenças envolvem fatores como uso irregular de preservativos, sentimentos de onipotência, multiplicidade de parceiros sexuais, pouco envolvimento com os aspectos preventivos (WHO, 2006).

No presente trabalho foi verificado também o estado civil das gestantes. O gráfico 3 demonstra que no caso das grávidas portadoras de sífilis, 7 são casadas e apenas 3 solteiras, já as que possuem hepatite B e HIV+ a prevalência é de mulheres solteiras, sendo 14 grávidas com hepatite B e 11 com HIV+.

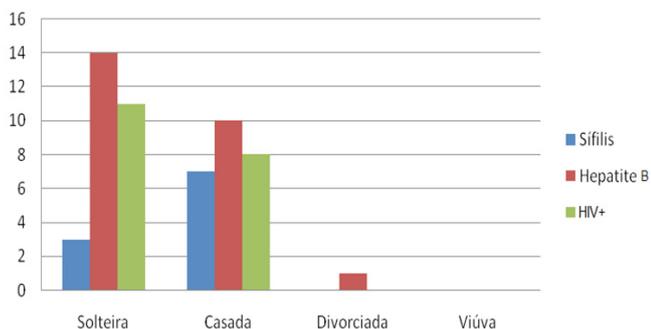


Gráfico 3. Estado civil das gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, Brasil, 2013.

Almeida, Lindolfo e Alcântara (2009) desenvolveram um estudo na rede pública de Anápolis-GO, com 59 gestantes com sífilis atendidas na Unidade de Saúde do Progresso, onde cerca de 63% das gestantes relataram serem casadas. Pesquisas análogas como de Araújo et al., (2006) com 46 puérperas com VDRL positivo atendidas na enfermaria de puérperio da Maternidade da Fundação Santa Casa do Pará, constataram que 78,3% das mães eram casadas e 87% tiveram relação apenas com 1 parceiro na gravidez, sugerindo a contaminação da mulher por seu parceiro promíscuo. Ainda em concordância, Victor et al. (2010) verificaram que de 20 puérperas que estavam acompanhando seus recém-nascidos para o tratamento da sífilis congênita em uma maternidade de referência de Fortaleza-CE, 16 eram casadas. De maneira oposta, em uma pesquisa americana, Mascola et al. (1985) relataram que 66% das grávidas com sífilis eram solteiras, o que sugere um comportamento sexual e/ou epidemiológico de contaminação bem diferente entre esses estudos e os demais.

Araújo et al. (2008) realizaram uma pesquisa com 6 gestantes portadores de HIV+ em um dos hospitais de referência de Fortaleza-CE, onde 4 dessas mulheres informaram ser casadas, uma solteira e uma viúva. Brandão et al. (2011) também relatam predominância de mulheres casadas em estudo com 111 gestantes atendidas no Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense em Niterói-RJ, cerca de 79,1% informaram serem casadas. Em contrapartida, analisando o estado civil de gestantes soropositivas de um Hospital Público de Goiânia-GO, Vinhas et al. 2004 descreveram que das 18 entrevistadas a maioria eram solteiras, sendo apenas 5 casadas. Corroborando com essa pesquisa, Santos et al. (2010) em estudo no Hospital Regional

Materno infantil de Imperatriz - MA, mostram que das 111 gestantes HIV+ estudadas, 50% eram solteiras. Foi observado que as grávidas HIV+ e com hepatite B, em sua maioria eram solteiras, já as gestantes com sífilis a maioria era casada. Uma hipótese que explicaria esse fenômeno seria a infidelidade matrimonial do cônjuge.

A respeito do grau de escolaridade das gestantes pesquisadas, as gestantes com HIV+ apresentam um nível de escolaridade razoável, já que 4 possuem nível superior e 8 ensino médio. Das 10 mães com sífilis, metade concluiu o ensino fundamental e a outra metade o ensino médio, e para hepatite B a maioria das gestantes tem pelo menos o ensino médio concluído e 4 possuem nível superior (gráfico 4).

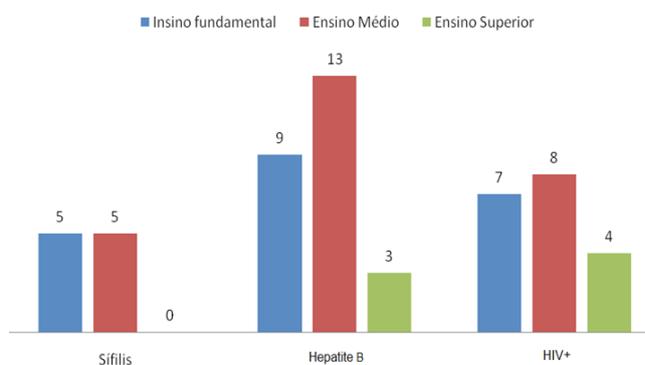


Gráfico 4. Escolaridade da gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, Brasil

Em estudo realizado em Curitiba, no Hospital do Trabalhador, Tabisz et al. (2012) mostram que das 48 gestantes sífilíticas pesquisadas 36,7% possuem ensino fundamental completo, 16,7% ensino médio, 3,3% eram analfabetas e o mesmo percentual correspondia àquelas que tinham ensino superior. Saraceni e Leal (2003) expõem que 85,9% das gestantes com sífilis atendidas nas Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro tinham atingido até o primeiro grau completo. Estudos semelhantes como de Araújo et al. (2012); Lima et al. (2013) no município de Brasília – DF, estimando a incidência de SC e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família e Belo Horizonte – MG, analisando registros de casos de sífilis no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2008, respectivamente. Constataram que a maioria das grávidas pesquisadas possuíam menos de 8 anos de escolaridade. Os resultados de Almeida, Lindolfo, Alcântara (2009) são análogos,

em pesquisa realizada na cidade de Anápolis – GO com 59 gestantes em tratamento na Unidade Municipal de Saúde do Progresso, observaram que 25 grávidas (42,4%) possuíam 8-11 anos de estudo.

Das mães HIV+ estudadas por Araujo et al. (2008), em estudo no Ambulatório de Prevenção da TV do HIV em uma maternidade pública, em Fortaleza – CE, verificaram que das 6 gestantes 4 delas cursaram o ensino fundamental incompleto, 1 o ensino fundamental completo e uma terminou o curso técnico. Já Vinhas et al. (2004), em estudo com 18 gestantes atendidas em um Hospital Público de Goiânia – GO, expõem que 5 mães cursaram o ensino médio, 1 o ensino fundamental, a maioria apenas o primário e 1 referiu não ter estudo.

Kupek e Oliveira (2012), em estudo comparativo entre o perfil das grávidas com HIV+, sífilis e hepatite B, realizado no município de Jataí – SC, observaram que as gestantes infectadas pelo HIV ou sífilis apresentavam menos grau de escolaridade que as portadoras de hepatite B. Das mães com hepatite B, 42,55% possuíam 8-11 anos de estudo.

Os dados desse trabalho se assemelham aos demais nas doenças sífilis e hepatite B, onde foi observada pouca escolarização das gestantes e difere na infecção pelo vírus HIV, onde foi observada mulheres com maior escolarização.

Quanto ao local de residência das gestantes pesquisadas, verificou-se que nas três infecções a prevalência foi de gestantes procedentes da zona urbana. No caso da sífilis 9 gestantes residem na zona urbana, 19 mães com hepatite B informaram morar na zona urbana enquanto 6 são da zona rural e das portadoras de HIV+ 15 são procedentes da zona urbana (gráfico 5).

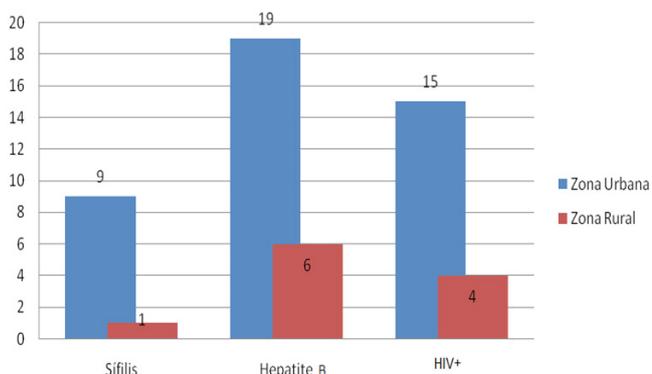


Gráfico 5. Local de residência da gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, Brasil

Araújo et al. (2012) desenvolveram um estudo em Brasília – DF em que relatam que cerca de 87 a 90% das puérperas sífilíticas pesquisadas são procedentes da zona urbana. Semelhante a esses resultados Pires et al. (2007) constataram que dos 143 prontuários de gestantes com sífilis do bairro Uruará Verde no município de Santarém, 89,5% são de mães que residem na zona urbana. Em Campo Grande – MS a prevalência de gestantes provenientes da zona urbana foi ainda maior, Figueiró-Filho et al. (2007) estudaram 1.024 puérperas ao qual dessas, 95,3% residiam no município de Campo Grande – MS.

Se tratando de grávidas HIV+ os resultados foram análogos. Costa et al. (2010) verificaram que das 6.720 gestantes atendidas no município de Feira de Santana – BA, 85% residem na zona urbana.

Baseado nos dados desta pesquisa e da literatura observou-se uma ruralização da AIDS no Brasil.

Em relação ao aborto prévio, quase não se teve casos, somente 2 gestantes com sífilis já tiveram aborto e 1 portadora de HIV+ enquanto que no caso da hepatite B nenhuma das grávidas tem antecedentes de aborto (gráfico 6).

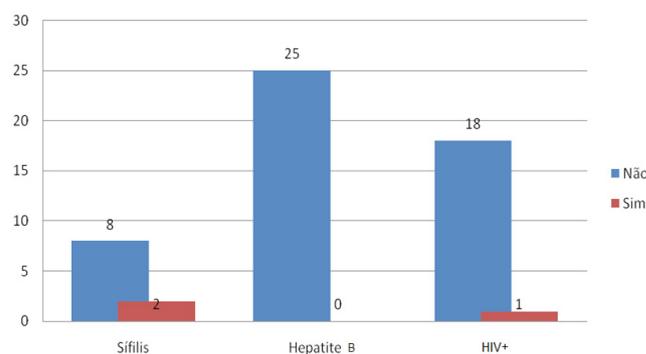


Gráfico 6. Quantidade de abortos prévios nas gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, Brasil

No Hospital Geral de Nova Iguaçu na Baixada Fluminense Nascimento et al. (2012) relatam que das 48 gestantes com sífilis estudadas somente 8 (16,7%) possuem histórico de aborto. Estes dados foram semelhantes aos apresentados por Pires et al. (2007), quando foi verificado que 83,9% de mães estudadas nunca tiveram aborto. Almeida e Pereira (2007) estudaram casos de SC no município de Salvador – BA, onde cerca de 72,7% das mães com SG não apresentaram

aborto. Já Araújo et al. (1999) averiguaram em estudos na maternidade do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará que a prevalência de aborto prévio foi relativamente alta, sendo que 17 mães nunca tiveram aborto e 16 relataram um ou mais abortos.

O tipo de parto das pesquisadas também foi avaliado, nas mulheres com sífilis e HIV+ houve predominância de parto cesáreo, porém houve um caso de parto normal em uma das mulheres portadoras de HIV+, e no caso da hepatite B 16 das mães infectadas teve parto normal (gráfico 7).

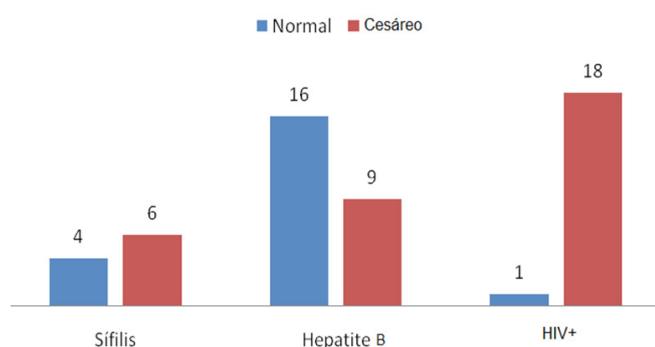


Gráfico 7. Tipo de parto nas gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, Brasil

país de saúde do Rio de Janeiro foi o parto normal, sendo equivalente a 83,3% dos casos. Ainda em concordância, Saraceni (2005) verificaram a prevalência de parto normal em gestantes do município do Rio de Janeiro, somente 29,9% dos partos foram cesáreos.

Os dados encontrados se mostraram preocupantes, pois estas infecções podem ser transmitidas ao feto pelo canal vaginal e, portanto deveriam ser submetidas somente a parto cesáreo.

Quanto à ocupação, observou-se que a predominância nas três doenças foi de mulheres donas de casa com média total de 63,26%, seguido das domésticas e estudantes que representam 10,2% das grávidas estudadas (tabela 1).

Corroborando com esses resultados, Victor et al. (2010), em pesquisa exploratória e descritiva na cidade de Fortaleza (CE), com 20 puérperas no período entre fevereiro e junho de 2008, constataram que a maioria das mulheres estavam fora do mercado de trabalho, sendo 15 donas de casa, 4 domésticas e 1 arquivista. Já em pesquisa realizada em Salvador (BA) por Almeida, Pereira (2007), observa-se que 53,8% das mulheres com Sífilis eram domésticas.

Tabela 1. Profissão das gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, 2013.

	Sífilis		Hepatite B		HIV+		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Do lar	6	60%	10	62,50%	15	65,21%	31	63,26%
Doméstica	1	10%	2	12,50%	2	8,69%	5	10,20%
Estudante	1	10%	3	18,75%	1	4,34%	5	10,20%
Secretária	1	10%	0	0,00%	2	8,69%	3	6,12%
Autônoma	1	10%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,04%
Braçal	0	0%	1	6,25%	1	4,34%	2	4,09%
Professora	0	0%	0	0,00%	2	8,69%	2	4,09%
	10	100%	16	100%	23	100%	49	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Jacinto et al. (2007) estudaram 467 recém-nascidos com SC da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em Lisboa, dentre esses, 342 foram provenientes de parto normal. Corroborando com essa pesquisa, Nascimento et al. (2012) expõem que o tipo de parto predominante das mulheres com sífilis atendidas nas unidades municí-

Em pesquisa realizada com 85 gestantes portadoras de HIV+ no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em 2004, Romanelli et al. (2006) relataram que 61,1% das entrevistadas eram donas de casa e 8,9% disseram ser domésticas. Pesquisa semelhante de Almeida e Pereira (2007) pelo Programa Municipal

de Agravos de Notificação de gestantes e AIDS notificadas entre 2000 e 2006 em Vitória – ES, mostra que cerca de 61,7% das gestantes também eram donas de casa, que possuíam emprego, somente 27,5%.

O maior número de queixas foi observado nas gestantes portadoras de HIV+ expondo uma média de 5,16 queixas, em seguida as puérperas com sífilis apresentando média de 4,6 queixas e as grávidas com hepatite B relataram poucas queixas (gráfico 8).

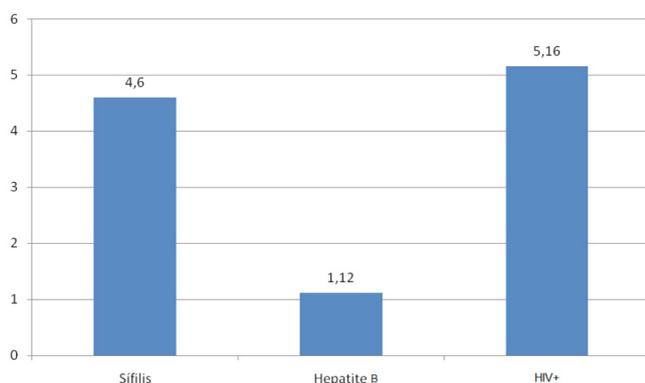


Gráfico 8. Número de queixas feitas pelas gestantes pesquisadas em Gurupi, Tocantins, Brasil

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste estudo, foi possível ter uma visão mais apurada sobre a temática abordada. A etnia mais prevalente das gestantes infectadas foi a cor parda, a maioria das gestantes HIV+ e com hepatite B eram solteiras e as sífilíticas eram casadas. Foi constatada escolaridade baixa das grávidas infectadas com sífilis e hepatite B e maior escolarização nas infectadas pelo vírus HIV. A maioria das gestantes eram procedentes da zona urbana, porém houve um número significativo de grávidas com HIV+ residentes da zona rural. A maior parte das mulheres, nas três infecções, eram profissionais do lar.

Nas mulheres com sífilis e HIV+ houve predominância de parto cesáreo, porém houve um caso de parto normal em uma das mulheres portadoras de HIV+, e no caso da hepatite B a maioria teve parto normal. Foram encontrados casos de abortos prévios em mulheres infectadas por sífilis e HIV. O maior número de queixas foi observado nas gestantes portadoras do vírus HIV, em seguida das puérperas com sífilis e as grávidas com hepatite

B relataram poucas queixas.

Os dados mostraram que estas infecções estão presentes de forma significativa no município de Gurupi e que as gestantes infectadas por essas doenças necessitam de políticas públicas específicas que consigam atender às suas necessidades médicas. Este trabalho não exauriu totalmente o assunto e se mostra como ferramenta de base para que outros possam explorar melhor todas as nuances destas doenças no município.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K. C.; LINDOLFO, L. C.; ALCÂNTARA, K. C. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. *RBAC*, v. 41, n. 3, p. 181-184, 2009.
- ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 19, n. 3-4, p. 144-156, 2007.
- ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 479-86, 2012.
- ARAÚJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*, v.20, n.1, 2006.
- ARAÚJO, E. C. et al. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. *Jornal de Pediatria*, v.75, n.2, 1999.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. *Ciência Cuidado e Saúde*, v.7, n.2, p.216-223, 2008.
- ARRAES, L. S. et al. Prevalência de hepatite B em parturientes e perfil sorológico perinatal. *RBGO*, v. 25, n. 8, p. 6-571, 2003.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.
- BARSANTI, C. et al. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 32, n. 5, p. 605-611, 1999.

- BOTELHO, M. A. O. **Prevalência da soropositividade dos marcadores de hepatite B (HBsAg e ANTI-HBc) em gestantes do programa de proteção à gestante de Mato Grosso do Sul, 2004 a 2007.** 2008. 88f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF.
- BRANDAO, T.; SILVA, K. S.; SALLY, E. F. O.; DIAS, M. A.; SILVA, C. V. C.; FONSECA, V. M. Características epidemiológicas e nutricionais de gestantes vivendo com o HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 8, p. 188-195, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRITO, A. M. et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 18-22, 2006.
- COSTA, M. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 767-785, 2010.
- DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 3, p. 165-173, 2007.
- FERNANDES, R. C. S. C. et al. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. **Journal of Pediatrics**, v. 86, n. 6, p. 503-508, 2010.
- FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Hepatite B e gestação: aspectos clínicos, epidemiológicos e obstétricos. **Femina**, v. 35, n. 9, set. 2007.
- GOTSTEIN, M. G. et al. Rate of hepatitis B virus infection in pregnant women determined by a monoclonal hepatitis B surface antigen immunoassay. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 40, n. 9, p. 63493, 2002.
- JACINTO, S. et al. A sífilis congênita ainda existe! Análise retrospectiva de 12 anos de uma grande maternidade. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 38, n. 2, p. 8-65, 2007.
- KLEIN, J. O.; REMINGTON, J. S. Current concepts of infections of the fetus and newborn infant. In: REMINGTON, J. S.; KLEIN, J. O. **Infectious diseases of the fetus and newborn infant.** 4. ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1995. p. 1-19.
- KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 205-211, 2007.
- KUPEK, E.; OLIVEIRA, J. F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, 2012.
- LANA, F. C. F.; LIMA, A. S. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 587-594, 2010.
- LEMOS, L. M. D.; GURGEL, R. Q.; FABBRO, A. L. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 1, p. 32-36, 2005.
- LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.
- LORENZI, D. R. S. et al. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul – RS no período de 1998-2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 1, p. 5-9, 2005.
- MARQUES, H. H. S. Avaliação crítica dos efeitos adversos do tratamento anti-retroviral no feto, recém-nascido e lactente. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 7, p. 424-430, 2006.
- MASCOLA, L. et al. Congenital Syphilis Revised. **American Journal of Diseases of Chicago**, v. 139, n. 6, p. 575-80, 1985.
- MELO, N. G. D. O.; MELO FILHO, D. A.; FERREIRA, L. O.

- C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 213-222, 2011.
- MUSSI-PINHATA, M. M.; YAMAMOTO, A. Y. Infecções congênitas e perinatais. **Jornal de Pediatria**, v. 75, suppl. 1, p. 15-30, 1999.
- NASCIMENTO, M. I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012.
- ORTIGAO, M. B. Aids em crianças: considerações sobre a transmissão vertical. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 1, p. 142-148, 1995.
- PASSOS, M. R. L. et al. Azitromicina no tratamento de sífilis recente na gravidez. DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 13, n. 2, p. 33-38, 2001.
- PERIM, E. B.; PASSOS, A. D. C. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 81-272, 2005.
- PIRES, O. et al. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, p. 162-5, 2007.
- ROMANELLI, R. M. C. et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 3, p. 329-334, 2006.
- SAAB, F. **Prevalência de sífilis em gestantes que abortaram atendidas pelo programa de proteção à gestante - PPG do Estado de Sergipe, de 2005 à 2007**. 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. Sífilis: uma realidade prevenível: sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 257-263, 2010.
- SARACENI, V. **A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita**. 22f. Texto extraído da Tese de Doutorado intitulada "Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000", ENSP – FIOCRUZ, 2005.
- SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, 2003.
- TABISZ, L. et al. Sífilis, uma doença reemergente. **Rev Med Res.**, v. 14, n. 3, p. 165-172, 2012.
- TALHARI, S; CORTEZ, C. C. T. Sífilis. In: FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 1405-1411.
- TAYRA, A. et al. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3-4, p. 111-119, 2007.
- VÍCTOR, J. F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 9-113, 2010.
- VIEIRA, A. C. B. C. et al. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 644-651, 2011.
- VINHAS, D. C. S. et al. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.1, p.16-24, 2004.
- WHO. World Health Organization. **Management of hepatitis B and HIV coinfection**. Clinical protocol for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 2006. p.1-7.
- WOHLFAHRT, A. et al. Determinação do marcador Anti-HBc na prevenção da transmissão transfusional do vírus da Hepatite B: importância e implicações. **RBAC.**, v. 42, n. 4, p. 269-272, 2013.
- ZIMMERMANN, Juliana Barroso et al. Rastreamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 4, p. 170-175, 2011.

Recebido em: 12 de dezembro de 2013

Aceito em: 25 de março de 2014