

## PREVALÊNCIA DA SOROPOSITIVIDADE PARA SÍFILIS E HIV EM GESTANTES DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO INFANTIL DO ESTADO DO PARÁ<sup>1</sup>

SEROPOSITIVITY PREVALENCE OF SYPHILIS AND HIV IN PREGNANT WOMAN FROM A MATERNAL INFANTILE REFERENCE HOSPITAL IN STATE OF PARÁ

Suely Miranda SANZ<sup>2</sup> e Ruth GUINSBURG<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a frequência da soropositividade para sífilis e para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a coexistência dessas infecções em gestantes admitidas de uma maternidade pública de nível terciário do Município de Belém, centro de referência materno infantil do Município e do Estado do Pará. **Método:** de agosto de 2000 a setembro de 2000, todas as gestantes admitidas na maternidade para a resolução ou para o diagnóstico e tratamento de intercorrências foram submetidas à coleta de sangue para a realização do Teste Rápido para o HIV (Determine™ HIV-1/2), ao teste não treponêmico quantitativo, o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) e a um questionário com dados referentes às suas características gerais, e comportamentos de risco para a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis. **Resultados:** em 1151 gestantes, 44 (3,8%) apresentaram VDRL positivo; oito (0,7%) positivas no teste rápido para o HIV e a prevalência de soropositividade simultânea para sífilis e para HIV ocorreu em uma gestante (0,09% da população geral; 2,3% das soropositivas para sífilis e 12% das HIV positivas). De maneira geral, as gestantes soropositivas para sífilis e/ou HIV eram jovens, residentes na Grande Belém, de baixa escolaridade, estrato sócio-econômico desfavorecido, a maioria possuía um único parceiro sexual e não utilizava preservativos. O uso de drogas ilícitas foi relatado por 3% das pacientes HIV negativas e por 12% das HIV positivas. O pré-natal foi ausente ou incompleto em 50 a 70% e apenas 26% das mulheres soropositivas para sífilis tiveram esse diagnóstico durante a gestação. **Considerações Finais:** para intervir de forma eficaz no controle da sífilis congênita e da transmissão vertical do vírus HIV no Município de Belém e no Estado do Pará, serão necessárias condutas para evitar perdas de oportunidades de prevenção e tratamento precoce dessas infecções.

**DESCRITORES:** AIDS, sífilis, gestante, transmissão perinatal do HIV.

### INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) estão entre os problemas da Saúde Pública mais comuns em todo o mundo. A alta prevalência em adultos na idade fértil, mesmo em países mais desenvolvidos, a dificuldade da prevenção, diagnóstico e tratamento e a possibilidade de acometimento grave do feto e do recém-nascido, fazem de tais doenças um tema atual a ser abordado e discutido.

Dentre todas as infecções que podem acometer o binômio mãe-conceito, duas merecem especial destaque, a sífilis e a AIDS.

Tal destaque se deve ao fato de que a

transmissão perinatal, em ambas as doenças, poder ser prevenida de forma bastante eficiente por meio de um atendimento pré-natal, do cuidado ao parto e de uma assistência ao recém-nascido adequados. Além disso, a possibilidade de tratamento da infecção estabelecida é uma realidade para a sífilis e para a AIDS de aquisição perinatal.<sup>1</sup> Belém do Pará é uma cidade portuária para onde confluem habitantes de inúmeras pequenas cidades e onde o crescimento desordenado facilitou o crescimento da prostituição em mulheres jovens. No Estado do Pará, entre

<sup>1</sup> Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Pediatria. Estudo realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

<sup>2</sup> Professora Mestre do Departamento de Assistência Materno Infantil II-Pediatria da UFPA

<sup>3</sup> Professora Livre Docente da UNIFESP-Escola Paulista de Medicina

1985 e 2000, foram notificados, no sexo masculino, 1236 casos de AIDS e 2591 pacientes soropositivos para sífilis. No sexo feminino, no mesmo período, foram notificados 383 casos de AIDS e 887 mulheres soropositivas para a infecção por *Treponema pallidum*<sup>2</sup>. Dentre as repercussões para o conceito, destacam-se o óbito fetal e neonatal, retardo de crescimento intra-uterino, prematuridade, sepse, pneumonite, hepatite, cardite e, principalmente meningite e encefalite.<sup>3</sup>

## OBJETIVO

Verificar a prevalência da soropositividade para sífilis e para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes admitidas em uma maternidade pública de nível terciário da cidade de Belém, centro de referência materno infantil do Estado do Pará.

## MÉTODO

Estudo transversal realizado no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, centro de referência de assistência materno-infantil do Estado do Pará, localizado no município de Belém. Trata-se de maternidade pública, de nível terciário; referência do Sistema Único de Saúde para gestações de risco, que apresenta um movimento médio de 500 partos por mês com clientela predominantemente de baixo nível sócio-econômico, proveniente de zona urbana, rural e do interior do Estado.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo sob CEP N° 745/01.

A pesquisa consistiu na avaliação de todas as gestantes admitidas na referida maternidade de 01/09/2000 a 25/10/2000. O número total de inclusões foi de 1151 pacientes. Em todas as gestantes incluídas no estudo foi realizado o Teste Rápido para o HIV por punção digital (Determine™ HIV-1/2) produzido pelo laboratório Abbott. O teste laboratorial utilizado para a triagem de sífilis foi de acordo com as normas de Vigilância Epidemiológica para o Controle da Sífilis, elaboradas pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará, em 1993. Empregou-se um teste não treponêmico quantitativo, o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL).

Durante a permanência hospitalar, as pacientes foram submetidas a um questionário aplicado por alunos de graduação em Medicina com os seguintes dados: características gerais das gestantes, características da vida sexual e abuso de drogas pela gestante, características dos pais dos conceitos da gestação atual, características obstétricas e desfecho da gestação atual.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado pela fórmula de Fletcher et al.<sup>4</sup> O tratamento estatístico foi puramente descritivo. Todas as variáveis categóricas foram descritas como número e percentual da presença ou ausência do evento em questão. As variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão, relatando-se, também, seus valores mínimo e máximo.

## RESULTADOS

**TABELA I:** Características gerais da população de gestantes estudadas, classificadas de acordo com a positividade (+) ou negatividade (-) da sorologia para sífilis (VDRL) e para HIV no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (HFSCMPA), período de agosto de 2000 a setembro de 2000.

	VDRL - HIV -	VDRL + HIV -	VDRL - HIV +	VDRL + HIV +
Número	1100	43	7	1
Idade (anos) x ± dp	23 ± 6	24 ± 7	28 ± 8	24
N (%) residentes em Grande Belém	947 (86%)	37 (86%)	7 (100%)	1
N (%) de donas de casa	634 (58%)	22 (51%)	2 (29%)	1
N (%) escolaridade até 1º grau	620 (56%)	31 (72%)	5 (71%)	1
Renda (R\$) x ± dp	461 ± 476	464 ± 824	300 ± 256	150

Fonte: Protocolo de pesquisa.

**TABELA II:** Características da vida sexual e do uso de drogas por parte da população de gestantes estudadas, classificadas de acordo com a positividade (+) ou negatividade (-) da sorologia para sífilis (VDRL) e para HIV no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (HFSCMPA), período de agosto de 2000 a setembro de 2000.

	VDRL – HIV –	VDRL+ HIV –	VDRL – HIV +	VDRL + HIV +
Número	1100	43	7	1
N (%) com parceiro fixo	775 (70%)	31 (72%)	4 (57%)	0
N (%) parceiro único nos últimos 9 meses	990 (90%)	35 (81%)	6 (86%)	1
N (%) mesmo parceiro há mais de 1 ano	681 (62%)	30 (70%)	5 (71%)	0
N (%) com uso regular de preservativo	223 (20%)	9 (21%)	2 (29%)	0
N (%) com uso de cola de sapateiro	10 (1%)	0	0	0
N (%) com uso de cocaína	6 (1%)	0	1 (14%)	0
N (%) com uso de maconha	19 (2%)	1 (3%)	0	0
N (%) com uso de álcool	81 (7%)	8 (18%)	0	0
N (%) com uso de tabaco	96 (9%)	7 (16%)	3 (43%)	0

Fonte: Protocolo de pesquisa.

**TABELA III:** História obstétrica da população de mulheres estudadas, classificadas de acordo com a positividade (+) ou negatividade (-) da sorologia para sífilis (VDRL) e para HIV no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (HFSCMPA), período de agosto de 2000 a setembro de 2000.

	VDRL – HIV –	VDRL + HIV –	VDRL – HIV +	VDRL + HIV +
Número	1100	43	7	1
Número de gestações: n médio (mín-máx)	2 (0-14)	2 (0-9)	2 (2-6)	7
Número de abortos: n médio (mín-máx)	0 (0-5)	0 (0-2)	1 (0-3)	2
Filhos vivos: n médio (mín-máx)	1 (0-12)	2 (0-9)	3 (1-5)	5
Óbitos fetais anteriores: n médio (mín-máx)	1 (0-4)	0 (0-1)	0 (0-0)	0
Óbitos neonatais anteriores: n médio (mín-máx)	0 (0-3)	0 (0-1)	0 (0-1)	0
N (%) com pré-natal ausente	241 (22%)	11 (26%)	1 (14%)	1
< 4 consultas	325 (30%)	18 (42%)	4 (57%)	0
≥ 4 consultas	534 (49%)	14 (33%)	2 (29%)	0
N (%) com VDRL na gestação atual				
não realizado	308 (28%)	9 (21%)	3 (43%)	0
ignorado	545 (50%)	20 (47%)	3 (43%)	1
N (%) com diagnóstico de sífilis na gestação atual	16 (1%)	11 (26%)	0	0

Fonte: Protocolo de pesquisa.

## DISCUSSÃO

A triagem sorológica para sífilis e para o HIV à admissão de mulheres na principal maternidade pública de Belém, no Pará, permite que se tenha idéia da prevalência dessas infecções nas gestantes e do risco de transmissão vertical das mesmas, lembrando-se que Belém é o principal centro urbano da região, pólo de grande migração, além de ser importante rota do mercado de drogas na América do Sul.<sup>5</sup> Esta pesquisa não visou diagnosticar a presença das referidas infecções na população de gestantes,

mas apenas, tratou-se de um inquérito sorológico, com a realização de testes de triagem. Dessa maneira, a escolha desses testes deveu-se, principalmente, ao fato de o Ministério da Saúde do Brasil normatizar e disponibilizar ambos os testes para a triagem sorológica de sífilis e AIDS em gestantes.<sup>6,7</sup>

### Soroprevalência para sífilis

Na população de gestantes estudadas, a prevalência de soropositividade para sífilis foi de 3,8% e encontra-se na faixa estimada pelo

Ministério Saúde em 1993, no documento "Bases Técnicas para a Eliminação da Sífilis Congênita até o ano 2000".<sup>6</sup> Ou seja, exatamente no ano 2000, uma maternidade de referência estadual ainda apresenta a soroprevalência estimada sete anos antes.

O resultado da pesquisa comparado com dados de Araújo et al realizado no mesmo Estado e na mesma instituição após a aplicação de três exames sorológicos (VDRL, FTA-Abs e ELISA IgM) em 361 puérperas e respectivos recém-nascidos resultou no diagnóstico de 33 (9,1%) casos de sífilis congênita.<sup>8</sup> A diferença entre os dois resultados é difícil de ser explicada; acreditamos dever-se aos fatores de técnica da amostragem e exames laboratoriais empregados.<sup>8</sup> Ao contrário deste estudo seqüencial; em relação à amostragem, Araújo ET al estudou 361 mulheres ao acaso. Talvez, essa estratégia metodológica tenha resultado em um poder estatístico menor do que o presente estudo para determinar a soropositividade real de sífilis nas gestantes da maternidade de referência de Belém. Por outro lado, a autora citada usou exames laboratoriais mais sofisticados, incluindo o ELISA IgM, o que pode ter aumentado a sensibilidade do diagnóstico de sífilis na gestante. De qualquer maneira, o VDRL empregado é o exame de triagem recomendado pelo Ministério da Saúde e identifica as gestantes que poderiam ser diagnosticadas para sífilis e tratadas, durante o pré-natal, em qualquer lugar de nosso país.<sup>6</sup> Assim, mesmo que a prevalência de soropositividade para sífilis esteja subestimada neste estudo, a porcentagem de 3,8% representa, sem dúvida, a quantidade de gestantes nas quais a questão da prevenção da transmissão vertical da sífilis teria, obrigatoriamente, que ser abordada, qualquer que fosse a infra-estrutura do local em que essa população de mulheres tivesse recebido seu cuidado pré-natal.

Ao observarmos a soroprevalência para sífilis no Pará e em outros estados brasileiros, observamos resultados ora um pouco mais elevados, ora um pouco mais baixos, mas que giram ao redor da prevalência de soropositividade para sífilis no Brasil, entre 2,5 e 3,0%.<sup>6</sup> Em São Paulo um estudo realizado em 1991, em maternidade de nível secundário, observou 5,6% de gestantes com VDRL e hemaglutinação indireta positivas para sífilis.<sup>9</sup> O Programa Estadual de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo nos anos de

1996 e 1997 conduziu uma pesquisa de soroprevalência para sífilis em maternidade pública do município de São Paulo com 2.214 pacientes. O VDRL foi positivo em 1,71% da população estudada.<sup>10</sup> A soroprevalência encontrada em uma maternidade pública de Natal, referência para gestação de risco de todo o Estado do Rio Grande do Norte, foi 1,5%, em uma amostra de 2791 gestantes.<sup>11</sup> A aplicação de testes treponêmicos e não treponêmicos em 1.000 parturientes e em seus respectivos conceptos em São Paulo, demonstrou 24 (2,4%) mães e 19 (1,9%) bebês com VDRL positivo.<sup>10</sup> Em Curitiba, de março de 1999 a fevereiro de 2000, diagnosticou-se 2,1% de soropositivas para sífilis.<sup>13</sup> Esses diversos trabalhos demonstram uma certa variação da soroprevalência de sífilis em gestante, que pode ser explicada, em parte, pelas diferentes metodologias empregadas, pela diversidade das populações, de suas condições socioeconômicas e de seu perfil epidemiológico. No entanto, é necessário levantar a hipótese de uma variação da positividade para sífilis decorrente de fatores técnicos relacionados à realização e à sensibilidade de lotes de VDRL. O Programa Estadual de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo conduziu uma pesquisa de soroprevalência de sífilis e HIV em uma maternidade pública do município de São Paulo em 1996 e 1997 na qual 1945 pacientes foram testadas com o VDRL, encontrando-se positividade de 1,43%. Das 1945 mulheres, 1914 (98% das amostras) foram também testadas com a reagina plasmática rápida, sendo essa positiva em 2,71% das gestantes.<sup>10</sup> A discrepância entre os resultados do VDRL e do RPR contraria a literatura e levanta questões quanto às recomendações das Secretarias e Ministério da Saúde. Ou seja, apesar do VDRL ser mais facilmente disponível e de menor custo, se os resultados acima descritos forem reais, o seu emprego exclusivo pode comprometer a eficácia dos programas de erradicação da sífilis congênita.<sup>10</sup>

### **Soroprevalência para HIV na gestante**

Encontrou-se uma soroprevalência de positividade para o vírus da imunodeficiência humana em gestantes atendidas na maternidade da Santa Casa de Belém do Pará de 0,7%, por meio da triagem laboratorial feita através do teste rápido. No estado do Pará, os únicos dados epidemiológicos disponíveis para a comparação

de resultados são aqueles fornecidos pela Secretaria Executiva de Saúde e que compreendem o período de 1985 a 1999. Nesse período, foram notificados 1237 casos de AIDS no sexo masculino e 384 casos no feminino. O percentual de mulheres com AIDS em relação ao total de casos notificados vem aumentando gradativamente: 9,4% em 1995, 11,5% em 1996, 15,4% em 1997, 19% em 1998 e 17,2% em 1999. Nesse último ano foram notificados dois casos de AIDS em homens para cada mulher.<sup>2</sup> Ou seja, observa-se, nesse estado, a tendência do aumento dos casos da doença em mulheres, à semelhança do descrito para a epidemia no Brasil e no mundo.<sup>14,15</sup>

No Brasil, dados de soroprevalência para HIV em populações variadas encontram taxas médias de 0,5.<sup>16</sup> que são bastante próximas aos níveis de 0,7% encontrados no presente estudo. Em Campinas- SP um estudo de prevalência de soropositividade para o HIV em gestantes demonstrou valores de 0,4%.<sup>17</sup> Já em Sorocaba - SP, 86% de 2.158 gestantes entre 11 e 46 anos foram submetidas ao teste rápido para o HIV à admissão na maternidade, observando-se 1,6% de soropositividade.<sup>18</sup> Outro levantamento no município de São Paulo relata 1,5% de soropositividade para o HIV.<sup>10</sup> Em Minas Gerais, a pesquisa da soropositividade para o HIV em parturientes mostrou taxas de 0,97% para o HIV-1/2.<sup>19</sup> enquanto em Curitiba, no período de março de 1999 a janeiro de 2000, observou-se taxa de 0,64% de soropositividade para o HIV em gestantes.<sup>13</sup> Ou seja, diante desses resultados, pode-se reafirmar que a frequência de soropositividade para o HIV encontrada nas gestantes analisadas no presente estudo é comparável à de outros estados brasileiros.

### **Coinfecção: soropositividade para sífilis e HIV na gestante**

A soropositividade simultânea para sífilis e HIV no presente estudo ocorreu em uma gestante, dentre 1151 estudadas, ou seja, em 0,09% da população analisada. Observou-se, portanto, a copositividade para ambos os agentes em uma (2,3%) das 44 gestantes soropositivas para sífilis e em uma (12%) das oito mulheres soropositivas para HIV. Esse dado é inédito no Estado do Pará. A prevalência para sífilis e HIV, em 1000 gestantes atendidas em Maternidade Pública do Rio de Janeiro de abril a dezembro de 1998, foi de 7% para a sífilis e de 1% para o

HIV; observando-se a coinfecção em 0,4% das gestantes, com uma associação significativa entre as duas infecções. A presença da infecção pelo HIV em gestantes com sífilis foi de 5,6% e, dentre as gestantes com HIV, 40% apresentaram sífilis.<sup>20</sup> Um estudo de soroprevalência de sífilis e HIV em gestantes do Município de São Paulo, nos anos de 1996 e 1997, observou-se, entre soropositivas para o HIV, 9% de soropositividade para sífilis e, entre soropositivas para sífilis, 1,7% de soropositividade para o HIV.<sup>10</sup> Esses valores em São Paulo, aproximam-se bastante dos da presente pesquisa. Da mesma maneira, Nogueira verifica, no Rio de Janeiro que duas, dentre 13 adolescentes gestantes portadoras do vírus HIV, também eram soropositivas para sífilis, o que mostra um percentual de 15,3% de soropositividade para sífilis em gestantes HIV positivas.<sup>21</sup> Outro levantamento, realizado com 262 mulheres presidiárias no Estado de São Paulo entre 1997 e 1998, demonstra incidência mais elevada das infecções: 14,5% de soropositividade para HIV e 5,7% de soropositividade para sífilis.<sup>22</sup>

### **Características demográficas das gestantes**

Observa-se que as gestantes estudadas, independentemente do seu estado sorológico, apresentavam, em média, idade próxima dos 25 anos, com ampla variação, desde adolescentes até idade próxima a 40 anos. Ou seja, na presente população a positividade para sífilis ou para HIV não recaiu apenas em adolescentes com pouca educação em saúde e comportamentos de risco associados à falta de proteção nas atividades sexuais, mas também mulheres com maior tempo de vida sexual ativa. Em 1996, Araújo et al encontrou 82% de gestantes soropositivas para sífilis na faixa etária entre 20 a 35 anos; ou seja, a soroprevalência da sífilis foi significativamente maior nas puérperas com 20 ou mais anos, sendo 15% do total adolescentes.<sup>8</sup> Arrais, em 1999, no Município do Natal descreveu que 60% das mães de neonatos com sífilis congênita provável eram procedentes da área urbana de Natal, 62% entre 20 e 29 anos, 26% com idade igual ou maior que 30 e 12% menores de 19 anos. A média de idade foi 26 anos, com mínima de 15 e máxima de 42 anos.<sup>11</sup> Um estudo retrospectivo de sífilis congênita, no Instituto Martagão Gesteira-RJ entre 1993-1999, demonstrou idade média de 23anos com mínima de 16 e máxima de 41 anos.<sup>23</sup> A sífilis associou-se à idade mais baixa

em 1.000 gestantes atendidas em uma maternidade pública, em 1998 no município do Rio de Janeiro, correlacionando-se com o início precoce da atividade sexual.<sup>20</sup> Estudo de soroprevalência de sífilis e HIV em gestantes de São Paulo, em 1996-1997, das 22 pacientes soropositivas para HIV, 86% tinha entre 19 e 34 anos de idade<sup>10</sup>, demonstrando que a AIDS também vem avançando em grupos cada vez mais jovens. Em um serviço de referência para gestação de risco em Niterói em 44 gestantes soropositivas para HIV, a média de idade foi de 24 anos. A faixa etária de maior risco para a soropositividade para o vírus da imunodeficiência humana está entre 15 e 29 anos<sup>24</sup> Esses resultados, inclusive os nossos, estão de acordo com os dados norte-americanos que demonstram um número maior de casos de sífilis em mulheres na faixa de 20 a 29 anos, mas há também, a partir do final da década de 80, um aumento da sífilis primária e secundária em adolescentes entre dez e 19 anos.<sup>25</sup>

O percentual de residentes na grande Belém foi de 86% entre as soropositivas para sífilis e em 100% das gestantes HIV positivas. Com relação à sífilis diversos autores descrevem sua maior incidência em grandes centros urbanos.<sup>26,27,28</sup> Provavelmente, o fato de o estudo se concentrar em apenas uma maternidade da capital do estado e o universo amostral não ter sido calculado para refletir a procedência das pacientes soropositivas para sífilis e HIV explicam o fato de os resultados não mostrarem a interiorização da epidemia de AIDS, à semelhança dos dados epidemiológicos obtidos pelo Ministério da Saúde.<sup>14</sup> De qualquer maneira, os resultados obtidos concordam com diversos estudos de que; quanto maior a densidade populacional da área urbana maior a frequência das doenças sexualmente transmissíveis.

Quanto à profissão, 58% das soronegativas para sífilis e HIV referiam ser donas de casa e entre as soropositivas para sífilis 51%. Somente 29% das soropositivas para HIV referiam como ocupação principal o trabalho no lar. A gestante VDRL e HIV positiva também disse ser dona de casa. Nota-se, portanto, uma tendência de gestantes soropositivas para sífilis e AIDS terem outra profissão que não os cuidados do lar, certamente por implicações do comportamento social.

Em relação à escolaridade, 56% das mulheres soronegativas para ambas as infecções

referiram escolaridade até 1º grau, ocorrendo o mesmo com cerca de 70% das soropositivas para sífilis e das HIV positivas. Esse achado concorda com diversas pesquisas que relatam o avanço das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo sífilis e AIDS, em populações com menor grau de instrução.<sup>14,15</sup> Mc Dermott et al<sup>29</sup> encontraram duas vezes mais analfabetas em gestantes com sífilis no Malawi. A baixa escolaridade também é referida por Salas et al<sup>30</sup> como um fator de risco para aquisição de sífilis por mulheres em idade fértil no México. Em Niterói-RJ, Gomes e colaboradores observaram em 44 gestantes soropositivas para HIV baixo grau de escolaridade: apenas 10% possuíam o primeiro grau completo e 7% o 2º grau completo<sup>24</sup>

A renda familiar média dos grupos soronegativas para sífilis e AIDS e soropositivas para sífilis giraram em torno de R\$ 460,00, observando-se um decréscimo dos valores referidos pelas soropositivas para HIV e, apesar de ser um dado isolado, a renda mais baixa foi a relatada pela paciente soropositiva para sífilis e HIV. Assim parece estar ocorrendo uma disseminação da sífilis e AIDS em populações de baixas condições sócio econômicas. O aumento do número de casos de sífilis em adolescentes foi observado em classes econômicas baixas por outros autores.<sup>21</sup> A prevalência de sífilis em uma maternidade pública do Rio de Janeiro associou-se à idade materna mais baixa, ausência de profissão definida e menor renda familiar.<sup>20</sup>

Nesse contexto, pode-se concluir serem as doenças sexualmente transmissíveis cada vez mais frequentes em adolescentes grávidas, pobres, pouco informadas e assintomáticas, reforçando a necessidade do esclarecimento a respeito dessas doenças no atendimento pré-natal, e em especial estratégias na prevenção de transmissão vertical com realização de triagem sorológica para a sífilis e HI.

### **Características da vida sexual e do uso de drogas pelas gestantes**

Em torno de 70% das pacientes HIV negativas e apenas 57% das HIV positivas referiam ter parceiro fixo. A paciente soropositiva para sífilis e HIV não referiu parceiro fixo. O relacionamento com um único parceiro durante o período da gestação também foi referido por mais de dois terços das mulheres analisadas. Nota-se, com grande preocupação que a aproximadamente 70 a 80% de todas as gestantes estudadas não relatavam fazer uso

regular de preservativos. Tal achado pode se relacionar ao desconhecimento, por parte das soropositivas para sífilis e/ou HIV, de seu status sorológico assim como o de seu parceiro em relação a doenças sexualmente transmissíveis e à confiança de que a relação é segura. Em São Paulo, entre as gestantes soropositivas para sífilis, 37% referiam parceiro único e 49% múltiplos parceiros. Entre as soropositivas para HIV, apenas 9,5% referiram um único parceiro, 76% dois a cinco parceiros e 5% mais de cinco parceiros.<sup>10</sup> A sífilis associou-se significativamente ao início mais precoce da atividade sexual, ao maior número de parceiros e à história de parceiros promíscuos.<sup>20</sup> Já em relação ao uso de preservativos, é significativo o estudo de Hernandez et al, com mulheres portadoras do HIV no México, somente 18% referia haver utilizado preservativo nas relações sexuais nos últimos três meses e 11% das entrevistadas sabiam que algum de seus parceiros sexuais era portador do vírus da imunodeficiência humana.<sup>31</sup>

Com relação ao uso de drogas ilícitas, 36 (3%) gestantes HIV negativas, referiam fazer uso de cola de sapateiro e/ou maconha e/ou cocaína. Essa porcentagem foi inferior à observada nas gestantes HIV positivas: uma (12%) em oito referiu usar cocaína. Esse dado está de acordo com a observação de inúmeros trabalhos que afirmam ser o uso de drogas um fator de risco para as doenças sexualmente transmissíveis e, em especial, o uso de drogas injetáveis ser um fator de risco para a aquisição de AIDS.<sup>1,14,16</sup>

Araújo et al, em 1996, na mesma maternidade em 361 puérperas, 34 gestantes, (12%) relatavam consumir drogas<sup>8</sup>. Outro estudo de soroprevalência de sífilis e HIV em gestantes de São Paulo, realizado em 1996 e 1997, refere que, dentre 116 soropositivas para sífilis, 13% relatavam o uso de drogas ilícitas e, dentre 22 soropositivas para o HIV, 19% diziam ser usuárias de droga<sup>10</sup>. Percebe-se sem dúvida a associação entre uso de drogas ilícitas e doenças sexualmente transmissíveis, mas são necessários estudos bem estruturados do ponto de vista metodológico para avaliar o impacto do uso de substâncias lícitas e ilícitas por mulheres na aquisição de doenças sexualmente transmissíveis e nas medidas preventivas relacionadas à transmissão vertical da sífilis e do HIV.

### **Pré-natal das pacientes analisadas**

É interessante observar que 49% das gestantes soronegativas para HIV e sífilis passaram por quatro ou mais consultas no pré-natal, caindo esse percentual para 33% nas soropositivas para sífilis e para 29% nas soropositivas para HIV. Observou-se menos do que quatro consultas de pré-natal em, 30% das soronegativas para HIV e sífilis, em 42% das soropositivas para sífilis e em 57% das soropositivas para HIV. O pré-natal foi ausente em 22% soronegativas para HIV e sífilis, em 26% soropositivas para sífilis e em 14% das soropositivas para HIV. Ou seja o pré-natal foi ausente ou incompleto em cerca de 70% das mulheres soropositivas para sífilis ou HIV. Esse fato alerta para a possibilidade de que, na grande maioria das mulheres portadoras de infecções sexualmente transmissíveis em nosso estudo, ocorreram perdas de oportunidades para a prevenção e tratamento.

No entanto, os percentuais de mulheres que compareceram a mais de quatro consultas de pré-natal não são insignificantes: 33% e 29% respectivamente das soropositivas para sífilis e HIV. Nesse sentido, vale a questão: qual terá sido a qualidade da assistência prestada a essas gestantes? Sabe-se, em relação à transmissão vertical do HIV, que o pré-natal de qualidade, a disponibilidade e a oferta universal dos exames de triagem, a introdução de esquemas profiláticos adequados, a orientação quanto à via de parto e a contra-indicação ao aleitamento materno são imprescindíveis, assim como o aprimoramento e atualização constantes da equipe de saúde em relação às estratégias para prevenir a transmissão vertical e a morbimortalidade decorrente.<sup>10</sup> Quanto à sífilis congênita, a melhor prevenção da transmissão vertical inclui o tratamento adequado da gestante e de seu parceiro, o que implica a necessidade de uma boa assistência médica, garantir o acesso e frequência indispensáveis ao pré-natal. Deve-se lembrar que a sífilis congênita é considerada um evento marcador da qualidade da assistência pré-natal.<sup>6</sup>

Assim, a qualidade do pré-natal realizado pelas gestantes do presente estudo fica patente quando analisamos as informações referentes à realização do VDRL na gravidez atual. Os dados mostram que 70 a 80% das gestantes aqui analisadas não haviam sido triadas para sífilis ou, caso houvessem realizado o VDRL, não haviam sido informadas a respeito de seu significado, da sua importância e de seu

resultado. Esse dado é dramático diante dos conhecimentos atuais. A triagem sorológica para a sífilis durante a gestação e o parto é o fator mais importante para a detecção e o tratamento precoces da forma congênita da doença. Ela apresenta uma relação custo-benefício positiva, mesmo quando a incidência de sífilis na população é de 0,005%.<sup>32</sup> Em nosso estudo, somente 26% das mulheres soropositivas para sífilis tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação, apontando novamente para as oportunidades perdidas em relação à prevenção e ao tratamento da sífilis congênita.

Infelizmente, os nossos dados encontram semelhança com os resultados de outros estudos realizados em nosso meio. Em maternidade de nível secundário no Município de São Paulo, em 1991, 160 das 198 gestantes soropositivas para sífilis (81%) não receberam assistência pré-natal adequada.<sup>9</sup> Araújo et al, em 1996 na mesma maternidade de Belém observou que cerca de 40% de 361 puérperas não haviam recebido cuidado pré-natal e a soropositividade para sífilis foi de 9,1%.<sup>8</sup> Em gestantes do município de São Paulo das 116 soropositivas para sífilis 22 soropositivas para o HIV, ao redor de 25% não referia assistência pré-natal.<sup>10</sup> No Rio de Janeiro, 93% das mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita provável procuraram assistência pré-natal, 50% iniciou até o terceiro mês de gestação, 42% compareceram a mais de seis consultas. Entretanto, apenas 39% sabia ter realizado o VDRL no pré-natal.<sup>23</sup> Nesse contexto, ressalta-se novamente que a prevenção de sífilis e AIDS depende não somente do acesso ao pré-natal, mas também da qualidade deste a fim de evitar as oportunidades perdidas de prevenção e tratamento dessas doenças na mulher e no concepto.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados dessa pesquisa apontam fatos relevantes. Em primeiro lugar, as taxas de soropositividade para sífilis no universo de gestantes estudado encontram-se próximas aos valores estimados no início do projeto de erradicação da sífilis congênita, em 1993. Em segundo lugar, a soroprevalência para HIV se encontra próxima à média. Esses dados mostram que o Estado do Pará necessita da implantação imediata dos projetos existentes para a erradicação da sífilis congênita e para a redução da transmissão perinatal do HIV, com recursos para a sua concretização. No contexto desses

projetos, é fundamental melhorar a assistência pré-natal, garantindo a oferta de exames sorológicos ao início e final da gravidez. Dessa forma, pode ser possível tratar a sífilis da gestante e seu parceiro, evitando a infecção fetal e tratar a gestante HIV positiva, fazendo a profilaxia da transmissão vertical da infecção por meio da quimioterapia, escolha da melhor via de parto e contra-indicação do aleitamento materno. Portanto, alerta-se no sentido de que medidas preventivas não implementadas “ontem”, dificultam o “hoje”, no que se refere ao controle da cadeia epidemiológica das duas doenças, sífilis e AIDS.



## SUMMARY

### PREVALENCE OF SEROPOSITIVITY FOR SYPHILIS AND HIV IN PREGNANT WOMAN FROM A HOSPITAL OF REFERENCE MATERNAL INFANTILE IN STATE OF PARÁ.

Suely Miranda SANZ, Ruth GUINSBURG

**Objective:** *this study was to evaluate the frequency of seropositivity for syphilis and the human immunodeficiency virus (HIV) and the coexistence of these infections among pregnant women admitted into a tertiary-level public maternity hospital in the Municipality of Belém that is a mother and child referral center for the municipality and for the State of Pará* **Method:** *for this, during the period of August to September 2000, all the pregnant women admitted into the maternity hospital for resolution or the diagnosis and treatment of intercurrents underwent blood collection to perform the Rapid HIV Test (Determine™ HIV-1/2) and a quantitative non-treponemal test, the Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) test. These pregnant women answered a questionnaire that sought data relating to their general characteristics, the existence of behavior carrying the risk of acquiring sexually transmittable diseases, and also their obstetric history and the progress and outcome of the present pregnancy .* **Results:** *during the study period, 1151 pregnant women were evaluated. Of these, 44 (3.8%) presented a positive VDRL test, eight (0.7%) were positive to the rapid HIV test, and one woman had simultaneous seropositivity for syphilis and HIV (0.09% of the general population; 2.3% of those seropositive for syphilis; 12% of those who were HIV-positive). The pregnant women who were seropositive for syphilis and/or HIV were generally young and resident in the Greater Belém area, with low education levels and from deprived socioeconomic strata. The majority of them, independent of their serological condition, had a single sexual partner and did not utilize contraceptives during intercourse. The use of illegal drugs was reported by 3% of the HIV-negative and 12% of the HIV-positive patients. Prenatal care had been totally lacking or incomplete for 50 to 70% of the women analyzed. Only 26% of the women who were seropositive for syphilis had received this diagnosis during the pregnancy* **Conclusion:** *it can be concluded that, in order to have efficacious interventions for the control of congenital syphilis and vertical transmission of the HIV virus in the Municipality of Belém and the State of Pará, effort will be needed to avoid the loss of opportunities for early prevention and treatment of these infections during pregnancy.*

**KEY WORDS:** AIDS, syphilis, vertical transmission, HIV, pregnant women.

## AGRADECIMENTO

A Danillo dos Santos Francisco, graduando em Medicina da Universidade Federal do Pará, pela valiosa colaboração prestada na editoração dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Boletim Epidemiológico DST. Brasília. 1998a; 4 (2): 4-7.
2. Pará. Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Pará. Programa Estadual de DST/AIDS, 2001.
3. Gonzaga MA, Py EA. Doenças sexualmente transmissíveis na infância In: Farhat. CK., Carvalho ES., Carvalho LHFR, Succi RCM. Infectologia pediátrica. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 1999; p.667-76.
4. Fletcher R. Epidemiologia clínica. 1988.
5. Magalhães M. O Narcotráfico. 1ª Edição. São Paulo: Publifolha; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. 1993; p.7-8.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo. Programa DST/AIDS. Portaria Técnica. Boletim Epidemiológico Tendências da Epidemia II. 1997; 15 (2).
8. Araújo EC, Moura EFA, Ramos FLP, Holanda VGDA. Sífilis congênita: Incidência em recém-nascidos. J Ped. 1999; 75(2): 119-25.

9. Guinsburg R SAMN, Leal DV, Pacheco AABM, Okida KS, Trigueiro TC, Almeida MFB, Kopelman BI. Sorologia para sífilis no período neonatal: prevalência em maternidade de nível secundário. Associação com fatores de risco maternos e com sorologia positiva para HIV-1. Rev assoc méd bras. 1993; 100-4.
10. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento de DST/ AIDS. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Estudo de soroprevalência de sífilis e HIV em uma maternidade pública do município de São Paulo 1996-1997. São Paulo; 1999. p.1-11.
11. Arrais NMR. Frequência de sífilis congênita e associação com fatores de risco maternos em maternidade pública no município do Natal. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.
12. Barsanti C, Diniz EMA, Succì RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre sorologia na mãe e no recém-nascido. Rev Soc Bras Med Trop. 1999; 32: 1605-11.
13. Thomal RA, Jimenez EJB. Programa mãe curitibana: atenção as infecções congênitas: HIV toxoplasmose e sífilis. In: XII Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica; 2000; Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2000. p.63.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS. Incidência de AIDS segundo sexo. Brasil. 1985 a 1998. Brasília. 1998b; 11(3): 5.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS. Mortalidade por AIDS segundo ano do óbito: Brasil. 1990 a 1997. Brasília. 1999a; 1(1): 3-4,11,13.
16. Brasil. Ministério da Saúde. AIDS. 27ª à 40ª Semanas Epidemiológicas. Boletim Epidemiológico. Brasília. 2001; 15(1): 7-58.
17. Amaral E, Faúndes A, Gonçalves NSL, Pellegrino Júnior J, Souza CA, Silva JLP. Prevalence of HIV and *Treponema pallidum* infections in pregnant women in Campinas and their association with socio-demographic factors. Medical Journal. 1996; 114(2):1108-16.
18. Anjos RMP, Karnakis T, Ferrel DT, Fregonezi RLH, Guilherme M. Vigilância do HIV em gestantes e crianças expostas: investigação sentinela no conjunto hospitalar de Sorocaba. In: 12º Congresso Brasileiro de Infectologia; 2001; Rio de Janeiro. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2001;5(2): S102.
19. Andrade VA, Martins MVL, Costa JO, Ribeiro DA, Andrade AMC, Gonçalves RC. Soroprevalência do HIV-1/2, HTLV-I/II e hepatites B e C em parturientes da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev patol trop. 1999; 28(1): 41-8.
20. Sztajnbok DCN, Nogueira SA, Rodrigues RMS, Lambert J. Prevalência da infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana, vírus da hepatite B e *Treponema pallidum* em gestante atendidas em maternidade pública do Rio de Janeiro. In: XII Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica; 2000; Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2000. p.40.
21. Nogueira SA, Abreu TF, Oliveira RH, Sábia MCC, Costa TP, Lambert JS, et al. Prevenção da transmissão vertical do HIV: resultados de um programa de assistência multidisciplinar. In: XII Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, 2000; Rio de Janeiro.
22. Lopes F. Prevalência de HIV, HPV e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. São Paulo; s.n; 1999, 104p.
23. Cardoso PSV, Leobons MBGP, Sampaio MG, Albuquerque ALMC, Abreu TF, Nogueira SA. Diagnóstico tardio de sífilis congênita em um hospital pediátrico de ensino, sem maternidade. In: XII Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica; 2000; Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2000. p.40.
24. Gomes IM, Ventura TCC, Santos ES, Brandão T, Martino M. Perfil epidemiológico das gestantes HIV positivo atendidas no ambulatório de pré-natal do HUAP. In: XII Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, 2000; Rio de Janeiro.
25. Centers for Disease Control. 1993. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1993; 42(RR-14): 40.
26. Stoll BJ. Congenital syphilis: evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serologic tests for syphilis. Pediatr Infect Dis J, 1994; 13:845-5.
27. Nakashima AK, Rolfs RT, Flock ML, Kilmarx P, Greenspan JR. Epidemiology of syphilis in the United States, 1941-1993. Sex. Transm Dis 1996; 23:16-23.
28. Sánchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. Clin Perinatol 1997; 24:71-90.
29. McDermott J, Steketee R, Laresen S, Wirima J.. Syphilis. Associated perinatal and infant mortality in rural Malawi. Bull Wld Hlth Org 1993; 71:773-80.
30. Salas-Urbe F, Rio-Chiriboga C, Conde-Glez CJ, Juárez-Figueroa L, Uribe-Zuñaga P, Calderón-Jaimes E, Hernández-Avila M. Prevalence, incidence, and determinants of syphilis in female commercial sex workers in Mexico city. Sex Transm Dis 1996; 23:120-6.
31. Hernández GC, Uribe S F, Conde GC, Cruz VA, Juárez FL, Uribe ZP, et al. Seroprevalencias a diversos virus y características sociodemográficas en mujeres que buscan detectarse VIH. Rev invest Clin. 1997; 49(1): 5-13.
32. Stray-Pedersen B. Economic evaluation of maternal screening to prevent congenital syphilis. Sex Transm Dis 1983; 10:167-72.

**Endereço para correspondência**

Suely Miranda Sanz

Rua Presidente Pernambuco, 219.

Batista Campos, Belém-PA CEP: 66015-200

Telefone (0xx91) 32421060

E-mail: [suelysanz@hotmail.com.br](mailto:suelysanz@hotmail.com.br)