

Estudo para estimativa da prevalência de HIV e Sífilis em parturientes, com base em dados secundários no Estado de Mato Grosso 2010/2011

Survey for estimate HIV and syphilis predominance on parturient woman, based on secondary data in the State of Mato Grosso, Brazil, in 2010/2011

Celma Assunção de Lara^I, Marta Rovey de Souza^{II}

Resumo

Este artigo tem por objetivo estimar a prevalência do HIV e da sífilis em gestantes do estado de Mato Grosso. É uma pesquisa quantitativa, descritiva e de cunho exploratório, realizada através da aplicação de um formulário padronizado, desenvolvida em 13 maternidades do SUS ou conveniadas, localizadas em 11 municípios do estado. A população compreendeu todas as gestantes com idade entre 15 e 49 anos, internadas para o parto. O tamanho da amostra foi calculado em 4.000 mulheres, com base na prevalência regional esperada de positividade dos agravos, a partir da pesquisa nacional sentinela parturiente de 2004, por meio da ferramenta Epi Info 7.1.4.0, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 1,11% para sífilis e 0,64 para HIV. Foram preenchidos 4.146 formulários, perfazendo um total de 4.003 formulários válidos para a análise. Verificou-se uma prevalência para sífilis em gestantes de 1,3%, demonstrando que o estado manteve estável este indicador desde a última pesquisa nacional, de 2004, e de 0,8% para o HIV em gestantes. Para este último indicador houve uma diferença considerável, visto que o valor dobrou nos últimos 6 anos.

Palavras Chaves: Sífilis; HIV; Gestante; Pré-natal; Parto; Testagem para sífilis e HIV.

Abstract

This paper aims to estimate HIV and syphilis predominance on pregnant woman living in Mato Grosso, Brazil. It is a quantitative, descriptive and exploratory research, carried out through the application of a pattern form. This research was developed in 13 maternity hospitals of Brazilian public integrated health system (SUS) or convened to it, located in 11 municipality of the state. The population consists on all pregnant woman aging between 15 and 49 years, hospitalized and in labor. The amount of woman was about 4,000, based on the regional expected prevalence of the positivity of the grievance, from the sentinela parturiente nacional research, in 2004, through the Epi Info 7.1.4.0 tool, with a confidence interval of 95% and an error margin of 1.11% for syphilis and 0.64 for HIV. 4,146 forms were filled out, making a total of 4,033 forms that were valid to the analysis. It was verified that there was a prevalence for syphilis of 1.3% in pregnant woman, being shown that this state index was steady since the last national research, in 2004, and of 0.8% for HIV, in pregnant woman. Considering this last index, there was a considerable difference, since that value doubled in the last six years.

Keywords: Syphilis, HIV, Pregnant woman, Prenatal, Labor, test for syphilis and HIV.

^I Celma Assunção de Lara (celmalarah@hotmail.com) é Enfermeira, especialista em Epidemiologia e Análise de Situação de Saúde, Técnica da Secretaria de Estado de Saúde/MT e Coordenadora de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães/MT.

^{II} Marta Rovey de Souza (martary@gmail.com) é Prof. Dr. em Ciências Sociais pela Universidade de Campinas, Docente do Departamento de Saúde Coletiva / Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/ Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG).



Introdução

O Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST e AIDS desenvolve de forma continuada estudos sobre a disseminação da infecção pelo HIV e Sífilis. Destacando-se entre eles o projeto “Vigilância do HIV e Sífilis por Rede-Sentinela Nacional”, ou resumidamente “Projeto-Sentinela”. Proposto pelo antigo Programa Global de Aids da Organização Mundial da Saúde (GPA/WHO) e mantido pela UNAIDS. Tal estudo baseia-se na coleta sistemática de dados para verificar as tendências espaço-temporal da infecção por HIV e sífilis em populações selecionadas^{III}.

O estudo foi uma proposta lançada, aos estados, pelo Ministério da Saúde, no ano de 2008. Mato Grosso aceitou o desafio e desenvolveu a

referida pesquisa no período de 2010 a 2011, com um universo de 4.146 (quatro mil cento e quarenta e seis) parturientes de 15 a 49 anos internadas em 13 (treze) maternidades do SUS e/ou conveniadas. Com a distribuição das maternidades foi possível abranger parturientes de praticamente todas as regiões de saúde do estado. A pesquisa foi coordenada pela Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, através da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, espiroqueta de alta patogenicidade, cujo reservatório é o homem. A sífilis adquirida é de transmissão sexual e a congênita pela infecção fetal via hematogênica, em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna, o contágio extragenital é raro e a contaminação por transfusão sanguínea e por

^{III} Protocolo de Monitoramento das Informações Relacionadas aos testes de HIV e de Sífilis nas Gestantes e no Parto, Brasil/2008.

inoculação acidental também são poucos e quase raros.²

O diagnóstico da sífilis é clínico, epidemiológico e laboratorial através da identificação do *Treponema Palidum* pelos testes treponêmico FTA-abs e não treponêmico VDRL. O comprometimento do sistema nervoso é comprovado pelo exame do líquido.²

O medicamento de escolha para que o tratamento seja considerado adequado é a Penicilina G benzatina, podendo ser utilizadas outras drogas caso o paciente seja alérgico a mesma, porém não será considerado tratamento adequado. E suas medidas de controle para fins epidemiológicos passam pelo diagnóstico, aconselhamento e observação da forma correta de tratamento para contribuir com a interrupção da cadeia de transmissão.²

A notificação e vigilância da sífilis em gestante têm por objetivo a identificação de casos no pré-natal para subsidiar as ações de prevenção e controle da sífilis congênita e conhecer o perfil epidemiológico da mesma no Brasil e suas tendências. Epidemiologicamente define-se sífilis em gestante como: gestantes que durante o pré-natal apresentem evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Detectar e tratar as gestantes e seu (s) parceiro (s) de forma adequada é a mais eficaz para barrar o aumento dos casos de sífilis congênita.

A sífilis congênita passou a ser uma doença de notificação obrigatória em 22/12/1986, pela portaria MS nº 542. Somente vinte e cinco anos depois, a sífilis adquirida passou a ser considerada doença de interesse de vigilância epidemiológica, sendo de notificação compulsória, pela portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Em 2005, a sífilis em gestante passa a ser notificada pelos serviços de saúde.

Demonstrando uma inversão na intenção da quebra da cadeia de transmissão, visto que, se encontramos, notificamos e tratamos os casos de sífilis adquirida, a chance de interrupção e eliminação dessa doença é mais eficaz. Sabemos que a sífilis em gestante constitui um grave problema de saúde pública devido à gravidade das lesões que podem ocasionar no concepto, quando não tratada adequadamente ou não tratada, e também pela disponibilidade da profilaxia medicamentosa para o bebê.⁵

É sabido que a interrupção dessa cadeia passa pela oferta e qualidade do pré-natal. O Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento prevê alguns passos básicos para o acompanhamento de qualidade das gestantes. Tais como:

- Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- Realização de exames laboratoriais para sífilis e HIV com aconselhamento por profissionais da saúde.

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), por sua vez, causador da AIDS, ataca o sistema imunológico. O HIV é transmitido pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez, parto e amamentação.

A taxa de transmissão do HIV de mãe para filho durante a gravidez, sem qualquer tratamento, é estimada em 20%. Porém, nas situações em que a grávida segue todas as recomendações médicas, como o parto cesáreo, o uso de remédios antirretrovirais combinados durante a gestação e para o recém-nascido, e a não amamentação, a possibilidade de infecção do bebê reduz

para níveis menores que 1%. A detecção da soropositividade da mãe durante o pré-natal aliada ao tratamento com os medicamentos previne a transmissão para o feto.

Contudo, dados nos mostram que, apesar da sífilis ser uma doença milenar, de fácil e barato diagnóstico e tratamento, ela ainda está longe de ser eliminada como problema de saúde pública.

No Estudo Sentinela Parturiente de 2004, a prevalência de sífilis em gestantes foi de 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV no mesmo grupo. (Brasil/2012). E os estados calculam seus indicadores para gestantes com sífilis e HIV através das prevalências regionais identificadas pelo mesmo estudo. Portanto, a prevalência esperada para Mato Grosso estimada pelo estudo sentinela parturiente de 2004 foi 1,3 para gestante com sífilis, e 0,42 para gestante com HIV.

“Entre 2005 e junho de 2012, foram notificados no Sinan 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente. Como visto em 2011, o número total de casos notificados no Brasil foi de 14.321, dos quais 6.488 (45,3%) na Região Sudeste, 3.359 (23,5%) na Região Nordeste, 1.687 (11,8%) na Região Norte, 1.458 (10,2%) na Região Sul e 1.329 (9,3%) na Região Centro-Oeste.”⁶

O Estado do Mato Grosso nesse mesmo período notificou 1.270 casos de sífilis em gestantes e 1.076 casos de gestantes HIV+. Sendo esperado notificar em média 600 e 208 casos/ano de gestantes com sífilis e HIV, respectivamente. O presente artigo tem por objetivo estimar a prevalência do HIV e Sífilis em gestantes, para subsidiar o planejamento de ações do combate a estes dois agravos no estado.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com dados secundários, descritiva de cunho exploratório que visa estimar a prevalência da sífilis e do HIV em gestantes do estado de Mato Grosso através aplicação de formulário padronizado para a coleta das informações contidas nos cartões de pré-natal das parturientes que deram entrada nas maternidades para realização do parto no período da pesquisa, contendo as seguintes variáveis:

- Dados da parturiente: identificação, número da declaração de nascimento (DN), idade, grau de escolaridade, município de residência;
- Informações sobre o pré-natal: variável constante do cartão de pré-natal, incluindo o número de consultas, data de início do pré-natal, bem como os resultados e as datas de todos os testes de sífilis e HIV, quando disponíveis; e
- Informações coletadas na hora do parto: resultado e data dos testes de sífilis e HIV, na ausência de dados no pré-natal e recebimento dos resultados antes do parto.

A coleta dos dados foi realizada em 13 maternidades do SUS e/ou conveniadas, em 11 municípios do estado de Mato Grosso. Para que o trabalho de campo não se prolongasse por mais de seis meses, as maternidades elegíveis foram aquelas que tiveram mais de 600 partos/ano. A população-alvo compreendeu todas as gestantes com idade entre 15 a 49 anos, que deram entrada, neste período, nas maternidades eleitas.

O projeto teve início em março de 2010 contando com recurso financeiro previsto no Plano de Ações e Metas em DST/AIDS do estado. A distribuição dos formulários e materiais foi determinada conforme cálculo constante no projeto da pesquisa do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais.

A pesquisa foi desenvolvida em parceria com as maternidades, as Secretarias Estadual e Municipais e os Escritórios Regionais de Saúde.

A equipe responsável pelo estudo foi formada por um grupo de especialistas em epidemiologia, farmacêutico, pessoal de laboratório e pesquisadores de campo de cada local, juntamente com a coordenação regional e estadual. O estudo teve o apoio do Ministério da Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética CEP/FIOCRUZ em novembro de 2005 sob o número 295/05 e da Universidade Federal de Mato Grosso em outubro de 2009. Após a aprovação, deu-se início à pesquisa em março de 2010 realizando as seguintes ações:

Seleção de amostra de parturientes representativa em âmbito estadual;

Visitas de sensibilização aos diretores das maternidades envolvidas no projeto e aplicação do questionário dirigido à assistência ao parto;

III. Escolher coordenadores locais para a realização da pesquisa;

IV. Reunião com os coordenadores locais para exposição do projeto e desenvolvimento do formulário a ser utilizado na coleta das informações;

V. Distribuição das maternidades por coordenador local;

VI. Treinamento local para preenchimento do formulário nas maternidades selecionadas;

VII. Distribuição dos materiais e insumos;

VIII. Supervisão do preenchimento das informações nos estabelecimentos de saúde;

IX. Coleta das informações;

X. Digitação das informações em banco de dados específico;

XI. Análise estatística dos dados.

No primeiro momento foram entregues às maternidades os formulários e os kits de exames (VDRL) de acordo com o número da amostra. Cada serviço indicou um ou dois profissionais para receber o treinamento e realizar a pesquisa.

O tamanho da amostra e a prevalência esperada foram calculadas com base nas estimativas da prevalência regional de positividade dos agravos, a partir da pesquisa nacional sentinela parturiente de 2004 (1,3 para Sífilis e 0,42 para HIV), através da ferramenta Epi Info 7.1.4.0, onde obteve-se uma amostra de 4.000 parturientes para o estado com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 1,0–1,74% para Sífilis e 0,56-1,14% para HIV. A amostragem das parturientes foi definida pelo nível estadual priorizando todas as gestantes que deram entrada nas maternidades eleitas a partir do início do projeto independentemente do dia e horário. Sendo adicionada 1,3% de amostras ao número total previsto para que não comprometesse a pesquisa, porém foram coletados 96 formulários além do previsto, perfazendo um total de 4.146 formulários.

Foram programadas visitas bimestrais aos serviços para monitoramento, avaliação e recolhimento dos formulários já preenchidos. No monitoramento, eram avaliados os formulários preenchidos e solicitada a correção dos dados incompletos, quando possível, ou sua anulação quando não havia a possibilidade de correção. Após esta etapa, os formulários foram encaminhados para digitação em programa específico do Acess Database por um profissional contratado para essa finalidade pelo Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais – MT.

Resultados e discussões

No consolidado do questionário dirigido ao diretor do hospital, das 13 maternidades envolvidas, 3 não realizavam testagem para HIV na hora do parto; as outras referiam realizar o teste rápido de acordo com a portaria nº 151, pois já haviam recebido treinamento do Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais. Porém, nas avaliações dos formulários preenchidos, percebeu-se

que a grande maioria das parturientes pesquisadas não foi testada para HIV no momento do parto.

As amostras foram distribuídas de forma probabilística (Figura 1), conforme estratificação da população do município-sede da maternidade envolvida. A distribuição possibilitou que a pesquisa abrangesse 9 dos 16 municípios-sede de regional de saúde, contribuindo, assim, para uma maior representatividade dos casos para o estado.

Foram realizadas 4.146 entrevistas, dentre estas, 96 formulários foram descartados por duplicidade e/ou incompletude e 47 por faixa etária menor ou maior que a especificada, ficando um total de 4.003 formulários válidos para a análise.

Do total de parturientes entrevistadas nota-se que mais de 3.000 (60,95%) tinham de 4 a 10 consultas de pré-natal registradas no cartão de gestantes (Figura 2). E o maior número delas continha as 6 consultas previstas pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Percebe-se também que há um número (9,67%) importante de gestantes as quais não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

Das parturientes que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal, a maioria (82,97%) estava na faixa etária de 15 a 29 anos de idade (Figura 3), apesar de notarmos um número (26,22%) expressivo de mulheres jovens grávidas (15 a 19 anos), evidenciando a necessidade de intensificar os trabalhos voltados para o planejamento familiar e a gravidez na adolescência. A raça/cor predominante foi a parda (72,01%), seguida pela branca (17,62%) (Figura 4). A Figura 5 nos mostra que o grau de escolaridade dessas parturientes está concentrado entre o ensino elementar e o médio completo (90,38%) e que apenas 1,94% das parturientes pesquisadas possuía o ensino superior completo.

Ao analisarmos a realização dos testes do HIV e do VDRL no pré-natal e no momento do

parto, percebemos que as orientações do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento não estão sendo seguidas, visto que para ambos os testes o maior percentual de realização foi no parto. Esse momento possibilitou a confirmação diagnóstica dos agravos estudados em 0,52% para HIV e 0,70% para VDRL (Figura 6 e 7). Outros itens importantes que devem ser destacados são o grande número de informações ignoradas para os resultados dos exames (77%); e o outro é o fato de que, infelizmente, os testes vêm sendo solicitados principalmente no primeiro contato com a gestante no pré-natal, preterindo-se os outros dois exames de VDRL e o segundo teste de HIV previstos para esta fase, contribuindo, assim, para o alto índice de casos positivos no momento do parto. O que implica dizer que estamos perdendo a oportunidade de diagnosticar, tratar e eliminar a sífilis no estado.

A pesquisa encontrou uma prevalência esperada em gestantes para sífilis de 1,3%, demonstrando que o estado manteve estável este indicador desde a última pesquisa nacional (2004) e de 0,8% para o HIV em gestantes. Houve uma diferença considerável em relação a esse último indicador, visto que o mesmo dobrou em relação aos últimos 6 anos. Contrapondo com a pesquisa nacional do projeto Sentinela Parturiente, realizada no mesmo período (2010/2011) em todo território nacional, a prevalência para o Brasil caiu drasticamente (sífilis de 1,6% para 0,6%) e HIV permaneceu constante em aproximadamente 0,4%.⁴

Considerações finais

As informações obtidas são de fundamental importância para subsidiar a formulação e/ou reorientação de políticas públicas voltadas para a sífilis e o HIV em gestantes, bem como a eliminação da sífilis congênita.

O estado sempre realizou pactuações em relação à sífilis e ao HIV em gestantes utilizando a prevalência esperada para a região Centro-Oeste, conforme a pesquisa nacional. Apesar de apresentar um aumento significativo no número de casos notificados para os dois agravos, entre os anos de 2007 e 2013, este valor está aquém do esperado para a sífilis em gestantes, visto que o número de casos esperados/ano seria em média 630 casos/ano; entretanto, notifica-se em média 223 casos/ano, ou seja, indicando a subnotificação de 400 casos/ano.

Já para o HIV em gestantes é utilizada a prevalência esperada para a região Centro-Oeste de 0,42%. Porém, de acordo com o resultado desta pesquisa, o estado precisará rever o número de casos esperados, visto que a prevalência do agravo para Mato Grosso é de 0,80%, ou seja, quase o dobro da utilizada atualmente.

A priori podemos analisar que, apesar da alta cobertura de consultas de pré-natal, alguns dados demonstram o comprometimento da qualidade da atenção ao pré-natal, ou seja, o fato de que somente uma pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas, como, por exemplo, os exames para detecção do HIV e da sífilis nas gestantes. No Brasil, predomina o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV (43,6%) e as oportunidades perdidas de oferecimento dos exames na atenção básica, as quais acarretam o alto índice de resultados positivos no momento do parto, significando dizer que a possibilidade de transmissão vertical é aumentada consideravelmente. Cabe destacar que a Resolução do Conselho Federal de Medicina de 07 de maio de 2003 (CFM 1665/2003) prevê que “é dever do médico solicitar à gestante, durante o acompanhamento do pré-natal, a realização de exames para detecção da infecção pelo HIV com aconselhamento pré e pós-teste, resguardando o sigilo profissional”.

O nível de escolaridade, aliado à idade, também contribui para o aumento da infecção pelo HIV e outras DST. Oliveira⁷ em sua pesquisa afirma que o conhecimento dos adolescentes em relação às práticas de prevenção não se expressa diretamente à aplicação das mesmas na prevenção do HIV e das DST.

Esta pesquisa permitiu conhecer a prevalência do HIV e da sífilis em gestantes para o estado de Mato Grosso, como também possibilitou analisar a assistência do pré-natal através das informações contidas no cartão da gestante, oferecendo novos desdobramentos para pesquisas posteriores as quais contribuirão para a gestão das políticas públicas voltadas para o seguimento estudado.

Referências

1. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013;2(1).
2. Campos JEB, Passos FDL, Lemos, EA, Ferreira AW, Sá CAM, Silva LGP, et al. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. DST- J Bras Sex Transm. 2008; 20(1):12-17.
3. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiol Serv Saúde. 2014; 23(2):287-294.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF); 2005. 163p. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 5)
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília (DF); 2010. 444 p. (Série B: textos básicos de saúde).
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. Situação Epidemiológica da Sífilis no Brasil 1998-2012. Boletim Epidemiológico: Sífilis. 2012; 1(1)1-32.