



Prevalência de HIV, Sífilis, Hepatites B e C em gestantes de uma maternidade de Salvador


Jaciélma de Oliveira Freire ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4586-8087>


Jaqueline Bohrer Schuch ²

 <https://orcid.org/0000-0002-2195-4407>


Mariana Freire de Miranda ³

 <https://orcid.org/0000-0003-3861-6081>


Vinícius Serafini Roglio ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-6962-233X>


Helita Tanajura ⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-5578-4557>

Ana Gabriela Lima Bispo de Victa ⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-9442-1345>

Lisia von Diemen ⁷

 <https://orcid.org/0000-0001-9228-7114>

^{1,5,6} Maternidade Climério de Oliveira. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^{2,7} Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento. Faculdade de Medicina. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Rua Prof. Álvaro Alvim, 400. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90.040-060. E-mail: jaqbs.bio@gmail.com

³ Universidade Salvador. Salvador, BA, Brasil.

⁴ Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

Objetivos: calcular a prevalência e as taxas por 1000 nascidos vivos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em gestantes de uma maternidade pública de Salvador.

Métodos: estudo transversal, descritivo, com dados coletados retrospectivamente a partir das fichas de notificação dos agravos e dos prontuários de todas as gestantes com IST atendidas na maternidade, entre os anos de 2014 e 2017 (n=520). Foram calculadas as prevalências e as taxas por 1000 nascidos vivos de hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis para a população de gestantes da maternidade. Associações entre as IST e demais variáveis clínicas e sociodemográficas também foram investigadas.

Resultados: a maioria das gestantes era natural e residente de Salvador, pardas, com idade média de 26,4 anos e que não planejaram a gravidez. As prevalências e as taxas por 1000 nascidos vivos foram respectivamente: 0,26% e 3,39 para hepatite B, 0,06% e 0,79 para hepatite C, 0,47% e 6,23 para HIV e 2,46% e 32,2 para sífilis.

Conclusão: a maternidade apresenta prevalências e taxas por 1000 nascidos vivos superiores aos dados oficiais do governo brasileiro, especialmente para HIV e sífilis. A correta notificação epidemiológica desses agravos, especialmente em gestantes, permite o desenvolvimento de estratégias preventivas mais eficientes e com enfoque nas características sociodemográficas e clínicas das pacientes.

Palavras-chave Gestantes, Doenças sexualmente transmissíveis, Hepatites virais, HIV, Sífilis



Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especialmente as hepatites B e C, o HIV e a sífilis, constituem um grave problema de saúde pública no mundo, com implicações importantes na saúde da gestante, do recém-nascido e do parceiro sexual. IST estão associadas a abortos espontâneos, parto prematuro, baixo peso ao nascer, entre outras complicações específicas considerando o agente causador da infecção.¹ No Brasil e especialmente na região Nordeste, a prevalência de IST na população geral tem crescido. Durante a gestação, a investigação sorológica, bem como sua notificação, é obrigatória para as hepatites B e C, o HIV e a sífilis, contudo, relatos de subnotificação foram observados em algumas localidades e regiões do país.²⁻⁴

As hepatites B (VHB) e C (VHC) possuem vias de transmissão semelhantes. Além da transmissão sexual e parenteral, uma importante via de contaminação é a transmissão vertical (TV), caracterizada pela transmissão da mãe para o feto durante a gravidez ou durante o parto.⁵ Evidências demonstram que a TV da VHB tem evolução desfavorável para o recém-nascido (RN), podendo levar à processos inflamatórios importantes e alterações de enzimas hepáticas, com posterior quadro de cirrose.^{6,7} No Brasil, apesar da disponibilidade de vacina, aproximadamente 233 mil casos foram confirmados no período de 1999 a 2018, sendo que a maioria das notificações ocorreu em adultos jovens, entre 25 a 39 anos. Dados do mesmo período também revelam que entre todos os casos de hepatite, 10,9% são gestantes.⁴ Já a presença de VHC está associada a diversos quadros clínicos importantes durante a gestação, tais como: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, colestase e alterações em níveis de enzimas hepáticas.⁸⁻¹¹ O Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde aponta cerca de 228 mil casos confirmados de hepatite C no Brasil, entre 1999 e 2018. Contudo, informações acerca da sua ocorrência durante a gestação são escassas.⁴ Recentemente, estudos evidenciaram uma taxa de TV de hepatite C de 5,8%.¹² No RN o quadro clínico pode compreender infecções assintomáticas, fibrose hepática, cirrose, carcinoma e alterações de enzimas hepáticas.^{10,13,14}

O HIV possui transmissão semelhante às hepatites e pode evoluir para o quadro denominado Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). No Brasil, aproximadamente 247 mil casos de infecção por HIV foram notificados entre 2007 e 2018, sendo que só em 2017 mais de 42 mil novos casos foram diagnosticados. Na população de

gestantes, os dados mais recentes apontam 7.882 casos somente em 2017.³ A TV do HIV pode ocorrer durante a própria gestação, durante parto ou durante a amamentação. O diagnóstico tardio no pré-natal dificulta o controle da carga viral, expondo o neonato a um maior risco de contaminação por HIV. Nesse sentido, recomenda-se iniciar a terapia antirretroviral o mais precocemente possível. Os RN expostos ao HIV podem apresentar maior suscetibilidade a infecções bacterianas, baixo peso ao nascer e prematuridade.⁷

Outra IST que tem recebido atenção nos últimos anos é a sífilis, uma vez que as taxas de detecção vêm sofrendo considerável aumento na última década. No mundo, cerca de 6 milhões de novos casos foram reportados,¹⁵ e quase 1 milhão de mulheres grávidas têm sífilis, com 22 mil casos de sífilis congênita somente nas Américas.^{16,17} No Brasil, foram notificados só em 2017 quase 120 mil casos de sífilis adquirida, e quase 50 mil casos em gestantes.² Durante a gestação, a infecção não tratada adequadamente pode ocasionar aborto, parto prematuro e óbito fetal. A sífilis congênita é caracterizada por um quadro clínico muito grave, comprometendo os sistemas osteoarticular, neurológico, oftalmológico e cardiovascular.^{7,15,18,19}

A ocorrência de IST representa um problema de saúde pública e há um monitoramento epidemiológico desses agravos. As gestantes são um grupo de especial interesse em função dos riscos ao feto e de TV. Ao mesmo tempo, as gestantes também são mais passíveis de intervenção por estarem em contato mais próximo com o sistema de saúde. Entretanto, há uma grande heterogeneidade no atendimento à saúde da gestante entre as regiões e os estados do Brasil, e mesmo dentro de um mesmo estado. A avaliação das taxas médias de infecção de uma região ou estado pode não refletir características específicas de uma maternidade ou de uma cidade. Da mesma forma, identificar melhor as características dos grupos afetados em populações menores, pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção mais efetivas. Nesse sentido, o objetivo do estudo é calcular as prevalências e as taxas por 1000 nascidos vivos de VHB, VHC, HIV e sífilis para a população de gestantes atendidas em uma maternidade pública de Salvador (BA).

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, realizado em uma população de gestantes com IST atendidas na Maternidade Climério de

Oliveira – MCO/EBSERH, da Universidade Federal da Bahia, entre os anos de 2014 e 2017. Esta maternidade pública é responsável pela cobertura de dois distritos de Salvador, Barra/Ondina/Rio Vermelho e Centro histórico, estabelecidos pelo Mapa de Vinculação da Gestantes, conforme proposto pela rede cegonha. As unidades básicas têm por referência o acompanhamento e atendimento durante o pré-natal de acordo com os distritos de moradia de cada gestante. Dessa forma, a maternidade MCO realiza cerca de 250 a 300 procedimentos obstétricos mensalmente. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MCO (nº 3234904), seguindo a Declaração de Helsinki. O sigilo referente aos dados coletados permaneceu assegurado em todos os momentos do estudo.

A informação de nascidos vivos da MCO foi disponibilizada pelo Serviço do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e a informação do total de gestantes atendidas por ano foi fornecida pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Todas as gestantes atendidas na maternidade foram testadas para VHB, VHC, HIV e sífilis, em obediência a recomendação técnica de atenção à gestante. Os resultados positivos (reagentes) foram confirmados laboratorialmente e as gestantes notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Todas as notificações foram encaminhadas ao distrito, ficando uma cópia digitalizada no serviço da maternidade. Estas notificações foram utilizadas para a extração dos dados a respeito das ocorrências de IST. Dados sobre a gestação, aspectos sociodemográficos, uso de álcool e outras drogas e comportamentos sexuais foram obtidos através de revisão de prontuários da maternidade.

No total, 16.639 gestantes foram atendidas na MCO entre 2014 e 2017, sendo que destas, 520 compreendem a população de gestantes com IST. No entanto, os dados sociodemográficos foram obtidos para apenas 275 gestantes. Isso se deve à escassez de informações e a indisponibilidade dos prontuários no ano de 2017, quando apenas as notificações foram observadas.

A extração de todas as informações foi realizada no período de outubro de 2018 até março de 2019, e incluíram todas as notificações ocorridas entre 2014 e 2017. O banco de dados²⁰ foi construído utilizando a plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCap). Três pesquisadores responsáveis pela coleta de dados foram treinados para extrair as informações de maneira padronizada. Informações divergentes, inexistentes ou ilegíveis foram registradas no banco como “ignorado ou não deseja informar”.

A prevalência das IST foi calculada dividindo-se o número de casos de gestantes com cada IST pelo número total de gestantes atendidas na maternidade. A taxa por 1000 nascidos vivos foi calculada dividindo-se o número de casos de gestantes com cada IST pelo número total de nascidos vivos na maternidade, multiplicado por 1000. Análises bivariadas de associação entre as IST (presença *versus* ausência para cada) e as variáveis sociodemográficas (idade no momento da notificação, raça, estado civil e distrito da área de vinculação) das gestantes foram realizadas através do teste qui-quadrado de associação, teste Exato de Fischer e teste T. Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software* IBM SPSS versão 18.

Resultados

Na população estudada, a maioria das gestantes com IST são naturais (n=186, 67,1%) e residentes de Salvador (n=245; 88,4%). Na Tabela 1 são apresentados os demais dados sociodemográficos entre as gestantes com diferentes IST. A média de idade foi semelhante entre os grupos, a maioria das mulheres eram solteiras (59,3%), pardas (62,8%), e em 92,8% dos casos a gravidez não foi planejada. Embora, em Salvador, sejam determinadas áreas de vinculação compreendendo os distritos que são atendidos em cada maternidade, a maioria das gestantes atendidas com IST na instituição não fazia parte da referida área (59%). Uma associação entre HIV e cor de pele foi observada ($p=0,018$), de modo que as gestantes pardas apresentaram maior proporção de HIV reagente e as pretas menor. Resultado oposto foi observado entre as gestantes com sífilis, com menor número de mulheres pardas e maior de negras ($p=0,007$), quando comparado à população geral do estudo.

A prevalência de qualquer IST (sífilis, HIV, VHB e VHC) na população de gestantes atendidas na MCO considerando o período de 2014 a 2017 foi de 3,12%. Na Tabela 2, estão apresentadas as prevalências e as taxas por 1000 nascidos vivos, que foram respectivamente: 0,26% e 3,39 para hepatite B, 0,06% e 0,79 para hepatite C, 0,47% e 6,23 para HIV e 2,46% e 32,2 para sífilis. Salienta-se o aumento importante de casos de sífilis em gestantes por 1000 nascidos vivos, que passou de 2,74 em 2015 para 53 em 2016. Em relação ao HIV e hepatite B, o aumento foi menos expressivo, mas relevante. As taxas de VHC mantiveram-se constantes ao longo do tempo. A ocorrência de sífilis, entre as gestantes com algum agravo e considerando todo o período analisado, foi de 78,7% (n=409), sendo que HIV foi a

segunda IST mais frequente (15,2%, n=79).

A presença de coinfeções de IST entre as gestantes também foi analisada. A maior proporção de coinfeção encontrada refere-se ao número de sífilis entre as gestantes com HIV (16,7%, n=9/54). Somente uma gestante com HIV teve coinfeção por VHB e outra com VHC. Entre as gestantes com sífilis (n=196), a maior taxa de coinfeção ocorreu com HIV (4,6%, n=9), seguido de VHB (1,5%, n=3) e VHC (1,0%, n=2).

Discussão

Estudos epidemiológicos que são conduzidos em regiões específicas do Brasil são de extrema importância, visto que há uma disparidade em questões socioeconômicas nas diversas cidades e regiões do país. Evidências demonstram que estes fatores são relevantes nas estimativas e na determinação de populações de risco, onde se devem empregar intervenções adequadas e específicas com o intuito de promover a prevenção e a conscientização da saúde.²¹ Para fins de discussão dos dados apresentados pelo presente estudo, as taxas por 1000 nascidos vivos observada na MCO para cada IST foi

comparada com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde considerando o estado da Bahia, a Região Nordeste e o Brasil (Figuras 1 e 2). A MCO apresentou alta taxa por 1000 nascidos vivos quando comparada aos dados nacionais, especialmente para HIV, VHB e sífilis. Em 2017, a soropositividade de HIV ocorreu 4,1 vezes mais na MCO do que no Brasil, enquanto a infecção pelo VHB foi 11 vezes maior e de sífilis, 5,7 vezes mais. A crescente detecção de sífilis em gestantes ao longo dos anos merece atenção. Em 2017, a taxa de sífilis por 1000 nascidos vivos em gestantes foi de 97,8 ou seja, aproximadamente 10% das gestantes atendidas na maternidade tiveram diagnóstico de sífilis. Infelizmente, não existem dados oficiais disponíveis em relação à infecção por VHC.

No Brasil, todas as infecções ocorridas em gestantes, causadas pelo HIV, VHB, VHC e *Treponema pallidum* (bactéria causadora da sífilis), devem ser notificadas aos órgãos competentes pelas unidades de saúde.²² O protocolo de notificação dos agravos, incluindo sua rigidez e cuidado, pode ter sido o fator principal da diferença observada nos dois contextos (Brasil e MCO). Nesse sentido, sugere-se que há uma disparidade na qualidade das

Tabela 1

Descrição de características sociodemográficas e associações com IST em gestantes da Maternidade Climério de Oliveira em Salvador (BA) entre 2014 e 2017.

	Idade ^a	Raça/cor ^b			Estado Civil ^b		Distrito da área de vinculação ^b	
		Branca	Parda	Preta	Solteira	Casada ^c	Sim	Não
Total (n=275)	26,4 ± 6,8	11 (4,1)	169 (62,8)	89 (33,1)	150 (59,3)	103 (40,7)	111 (41,0)	160 (59,0)
HIV								
Sim	26,3 ± 6,3	2 (3,8)	42 (79,2)*	9 (17)*	29 (55,8)	23 (44,2)	19 (35,8)	34 (64,2)
Não	26,4 ± 6,9	9 (4,2)	127 (58,8)*	80 (37)*	121 (60,2)	80 (39,8)	92 (42,2)	126 (57,8)
p	0,913		0,018			0,635		0,439
Hepatite B								
Sim	26,4 ± 6,3	0 (0)	23 (76,7)	7 (23,3)	13 (44,8)	16 (55,2)	9 (30,0)	21 (70,0)
Não	26,4 ± 6,8	11 (4,6)	146 (61,1)	82 (34,3)	137 (61,2)	87 (38,8)	102 (42,3)	139 (57,7)
p	0,986		0,184			0,109		0,239
Hepatite C								
Sim	29,3 ± 7,3	1 (12,5)	4 (50,0)	3 (37,5)	6 (75,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	6 (75,0)
Não	26,3 ± 6,7	10 (3,8)	165 (63,2)	86 (33,0)	144 (58,8)	101 (41,2)	109 (41,4)	154 (58,6)
p	0,184	0,429			0,478		0,478	
Sífilis								
Sim	26,3 ± 6,9	8 (4,2)	109 (57,1)*	74 (38,7)*	109 (61,2)	69 (38,8)	87 (45,1)	106 (54,9)
Não	26,7 ± 6,5	3 (3,8)	60 (76,9)*	15 (19,2)*	41 (54,7)	34 (45,3)	24 (30,8)	54 (69,2)
p	0,603		0,007			0,401		0,04

Apresentação das variáveis na coluna entre os grupos sim/não de cada IST por ^amédia ± desvio padrão e teste *T* para amostras independentes ou ^bfrequência (%) e teste qui-quadrado de associação, ^cCasada ou União estável. *resíduo ajustado > 11,96l. Devido à escassez de informações sociodemográficas, as análises bivariadas não incluíram os dados de 2017.

Tabela 2

Prevalências de Sífilis, HIV, hepatite B e C em gestantes com IST e taxas por mil nascidos vivos na Maternidade Climério de Oliveira em Salvador (BA) entre 2014 a 2017.

	2014	2015	2016	2017	Total
Total de casos (% entre anos)	42 (8,1)	31 (6,0)	202 (38,8)	245 (47,1)	520 (100,0)
Total de gestantes atendidas na maternidade	4.081	5.198	4.539	2.821	16.639
Nascidos vivos na Maternidade	3.588	3.655	3.264	2.178	12.685
Sífilis					
Casos	13	10	173	213	409
Prevalência dentre as gestantes com IST	31,0	32,3	85,6	86,9	78,7
Prevalência na maternidade, %	0,32	0,19	3,81	7,55	2,46
Taxa por 1000 nascidos vivos na maternidade	3,62	2,74	53,0	97,8	32,2
HIV					
Casos	18	17	19	25	79
Prevalência dentre as gestantes com IST	42,9	54,8	9,4	10,2	15,2
Prevalência na maternidade, %	0,44	0,33	0,42	0,89	0,47
Taxa por 1000 nascidos vivos na maternidade	5,02	4,65	5,82	11,48	6,23
Hepatite B					
Casos	11	4	15	12	43
Prevalência dentre as gestantes com IST	26,2	12,9	7,4	5,3	8,3
Prevalência na maternidade, %	0,27	0,08	0,33	0,43	0,26
Taxa por 1000 nascidos vivos na maternidade	3,07	1,09	4,60	5,51	3,39
Hepatite C					
Casos	3	4	2	1	10
Prevalência dentre as gestantes com IST	7,1	12,9	1,0	0,4	1,9
Prevalência na maternidade, %	0,07	0,08	0,04	0,04	0,06
Taxa por 1000 nascidos vivos na maternidade	0,84	1,09	0,61	0,46	0,79

notificações no território nacional. Ainda, apesar da notificação compulsória, os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde em relação ao VHC em gestantes são escassos, dificultando a implementação de intervenções mais adequadas no processo de controle da doença.

A crescente taxa por 1000 nascidos vivos, bem como a prevalência, de sífilis em gestantes foi destaque deste estudo, podendo ser observada tanto em cenário nacional quanto na maternidade estudada. Este crescimento desproporcional demonstra a necessidade de novas abordagens para prevenção e controle. Além da exposição sexual desprotegida, outro problema foi a distribuição insuficiente de penicilina no Brasil, que é amplamente utilizada no tratamento da doença. Este cenário acarretou no aumento de pacientes não tratados e disseminação da infecção.²³ Esse fenômeno pode explicar em parte os resultados encontrados nesse estudo. Outros fatores como desinformação a respeito dos sintomas e transmissão da doença, pouco investimento por órgãos de saúde, inadequado acompanhamento e o estigma relacionado à sífilis podem ter contribuído para estas estimativas.¹⁵

As IST, de maneira geral, podem provocar importantes implicações na saúde dos indivíduos afetados, comprometendo diferentes órgãos e tecidos alvos. Também promovem um desequilíbrio na resposta imunológica, podendo levar a produção não homeostática de citocinas, alteração na expressão de receptores celulares e modificação na resposta celular promovida pelos agentes infecciosos.²⁴ Em relação ao HIV, é de suma importância o diagnóstico precoce visto que o vírus tem preferência por infectar células do sistema imune, levando a quadros de imunodeficiência importantes.

Diferentes campanhas já foram lançadas com o objetivo de controlar a infecção pelo HIV no mundo. Políticas internacionais de contenção da AIDS estabelecem que até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus. Além disso, a meta é de que até 2020, 90% dos indivíduos com infecção pelo HIV receberão terapia antirretroviral ininterruptamente, apresentando importante supressão viral.²⁵ A campanha “U=U” (*Undetectable=Untransmissible*), foi lançada em 2016 e destaca que o indivíduo que permanece com a carga viral indetectável não transmite o HIV, ou

Figura 1

Taxa de HIV, VHB e VHC por 1000 nascidos vivos em gestantes atendidas na Maternidade Climério de Oliveira (MCO) e nas populações do Estado da Bahia, da Região Nordeste e do Brasil.

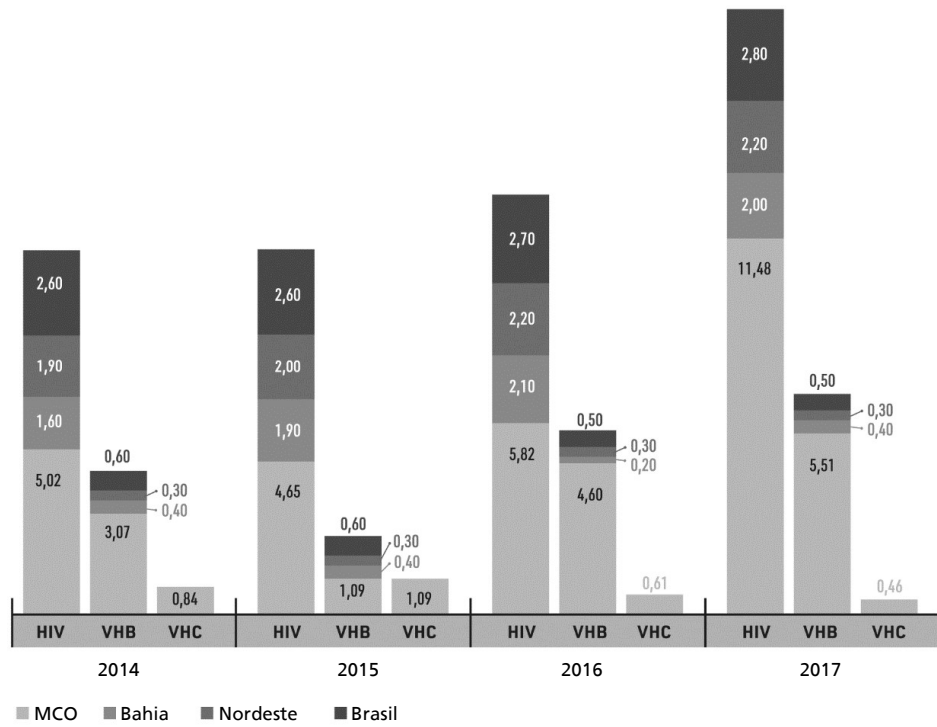
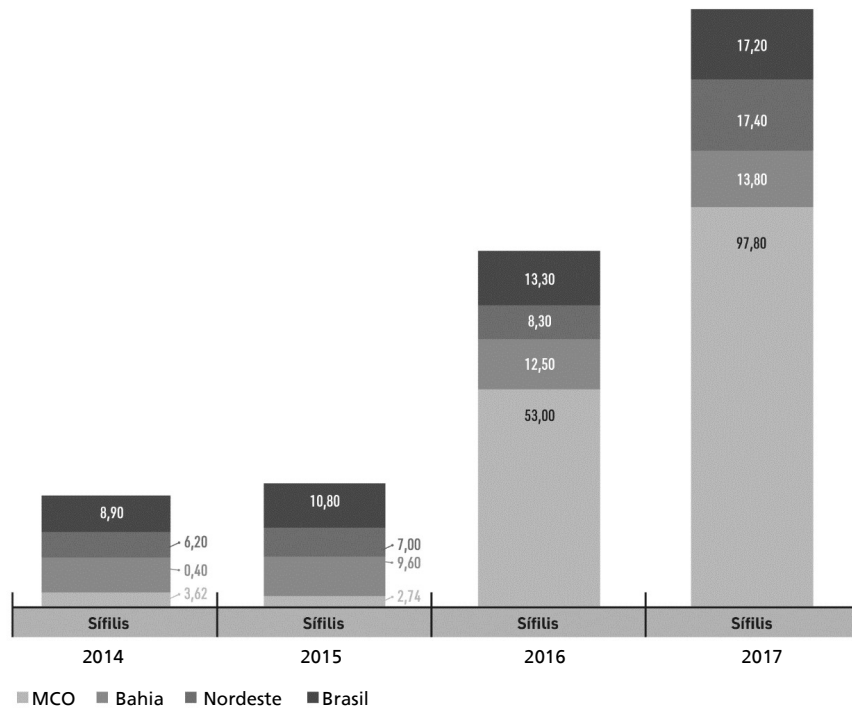


Figura 2

Taxa de HIV, VHB e VHC por 1000 nascidos vivos em gestantes atendidas na Maternidade Climério de Oliveira (MCO) e nas populações do Estado da Bahia, da Região Nordeste e do Brasil.



seja, indetectável é igual a intransmissível.²⁶ Entretanto, caso a população não seja informada adequadamente, a preocupação com a contaminação pelo HIV pode diminuir, levando a uma maior exposição sexual desprotegida.

O Plano Global de Erradicação de Novas Infecções por HIV entre Crianças até 2015 e Mantendo Suas Mães Vivas: 2011–2015 apresenta um progresso nítido, especialmente no público foco da campanha. Segundo resolução das Nações Unidas de 2016, aproximadamente 85 países estão próximos da eliminação da transmissão de mãe para filho.²⁵ Apesar disso, no ano de 2017 observamos um aumento na prevalência de gestantes com diagnóstico de HIV, superior as estimativas para anos anteriores no Brasil.²⁷ Comparando as taxas por 1.000 nascidos vivos do cenário local com o nacional, observa-se que na MCO há um aumento nas taxas entre todos os anos avaliados por este estudo (entre os anos de 2014 a 2017 o aumento foi respectivamente de 1,93, 1,79, 2,16 e 2,79 vezes). Isso demonstra a necessidade de se continuar investindo em políticas públicas para controle e prevenção dessas patologias, com especial vigilância no grupo de gestantes, cuja introdução precoce da terapia antirretroviral é uma forte aliada no controle da TV deste agravo.

As hepatites virais, sobretudo a hepatite C, ainda são pouco estudadas em gestantes. Nesse sentido, a literatura científica do Brasil carece de investigações a respeito das características da evolução dessa patologia, e de como ela pode afetar a saúde da mãe e do bebê. Em relação ao VHB, um estudo realizado na China evidenciou que apenas 23,4% das gestantes tinham conhecimento que eram portadoras do vírus antes da gestação e somente 17,7% antes do parto,²⁸ demonstrando a importância de ampliar a investigação para esse agravo nessa população. Embora especialmente para VHC, as estimativas tenham sido relativamente baixas, diante da carência de dados sobre o agravo nesse grupo, permanece a motivação para pesquisar as características da infecção em gestantes em estudos futuros. Esse cenário explica a ausência de dados epidemiológicos acerca da VHC em gestantes nos boletins oficiais do Ministério da Saúde. Embora não seja possível comparar a prevalência de hepatite C em gestantes com as taxas nacionais, o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde apresentou taxas menores de ocorrência da hepatite C (0,4-15,6 por 100.000 habitantes) em mulheres com idade fértil (entre 10-49 anos), quando comparadas com as taxas observadas na MCO.⁴ Na gravidez, a ocorrência de hepatites pode comprometer a saúde materna e aumentar a possibilidade de

contaminação do feto,²⁹ justificando a necessidade de estudá-la mesmo com o pequeno número de casos relatados.

A notificação compulsória, que abrange não somente as IST avaliadas no estudo, mas outras patologias tais como cólera, coqueluche, difteria, leptospirose é obrigatória no Brasil em todos os centros de saúde, e por todos os profissionais responsáveis por atendimentos clínicos e/ou laboratoriais.²² A subnotificação inviabiliza o desenvolvimento de políticas baseadas na ocorrência dos agravos, uma vez que subestima a prevalência deles. Talvez por isso, um serviço com um sistema de vigilância eficiente forneça dados mais fidedignos dos agravos através da notificação da totalidade deles. Somado a isso, o fornecimento de uma terapia adequada para as diferentes IST baseia-se na identificação da mesma. Sistemas frágeis de vigilância podem não proporcionar investimentos suficientes para contenção dos agravos.

Além disso, a situação de vulnerabilidade social leva, muitas vezes, a dificuldades para aquisição de tratamento e compreensão da necessidade de adesão ao acompanhamento. Conhecer as características peculiares de cada população auxilia as equipes de saúde e planejamento a proporcionar uma assistência particularizada e humanizada, bem como à própria paciente a compreender os aspectos de sua saúde. As variáveis referentes aos parceiros sexuais, ainda pouco exploradas nos registros de prontuário, são uma alternativa para o controle de infecções e tratamentos das gestantes cujos filhos estão expostos à possibilidade de TV. Questões sociais, como baixa renda, impactam também na locomoção das pacientes aos centros de referência. A identificação desses fatores pode proporcionar estratégias para minimização de danos. Por exemplo, o tratamento precoce da infecção pelo HIV é uma proposta do enfrentamento à AIDS, e a identificação de população vulnerável a este agravo é fundamental para a meta 90-90-90.¹⁶

A principal limitação desse trabalho deve-se ao fato de que as informações analisadas foram obtidas a partir de dados secundários. O registro precário das informações clínicas e de fatores de risco em prontuários médicos e de saúde levou a uma lacuna importante no banco de dados, dificultando uma análise mais completa relacionada aos fatores comportamentais e sociodemográficos das gestantes com IST. Informações quanto ao parceiro sexual das gestantes, idade da primeira relação da paciente e frequência de exposição ao sexo desprotegido não foram analisadas devido à falta da informação na quase totalidade dos prontuários. Outra questão que

chama atenção é a diferença dos anos de 2014 e 2015 com 2016 e 2017. Em 2015, o serviço de vigilância foi implantado, melhorando as estratégias de busca ativa, sobretudo para as pacientes ambulatoriais da instituição.

A investigação das IST, bem como o adequado acompanhamento de gestantes com esse diagnóstico é de fundamental importância para o controle e prevenção desse agravo. Esse estudo demonstrou que mesmo em uma unidade com estimativas altas de IST, a qualidade do registro de fatores relacionados às mesmas ainda precisa ser melhorada. Nesse sentido, recomenda-se buscar estratégias de melhoria na qualidade da informação, além de continuar investigando características regionais associadas às IST.

Agradecimentos

À toda equipe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, bem como a gestão e às pacientes da Maternidade Climério de Oliveira e

Referências

- MullickS, Watson-Jones D, Beksinska M, Mabey D. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sex Transm Infect.* 2005; 81: 294-302.
- Brasil. Boletim Epidemiológico - Sífilis. vol. 49; 2018.
- Brasil. Boletim Epidemiológico - HIV/AIDS. vol. 49; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>
- Brasil. Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais. vol. 49; 2019.
- Cheung KW, Seto MTY, Lao TT-H. Prevention of perinatal hepatitis B virus transmission. *Arch Gynecol Obstetr.* 2019; 300: 251-9.
- Gambarin-Gelwan M. Hepatitis B in pregnancy. *Clin Liver Dis.* 2007; 11: 945-63.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais; 2019.
- Connell LE, Salihu HM, Salemi JL, August EM, Weldeselasse H, Mbah AK. Maternal hepatitis B and hepatitis C carrier status and perinatal outcomes. *Liver Int.* 2011; 31: 1163-70.
- Safir A, Levy A, Sikuler E, Sheiner E. Maternal hepatitis B virus or hepatitis C virus carrier status as an independent risk factor for adverse perinatal outcome. *Liver Int.* 2010; 30 (5): 765-70.
- Huang Q-t, Huang Q, Zhong M, Wei S-s, Luo W, Li F, Yu Y-h. Chronic hepatitis C virus infection is associated with increased risk of preterm birth: a meta-analysis of observational studies. *J Viral Hepatitis.* 2015; 22: 1033-42.
- Dunkelberg, J. C., Berkley, E. M. F., Thiel, K. W. & Leslie, K. K. Hepatitis B and C in pregnancy: a review and recommendations for care. *J Perinatol.* 2014; 34: 882-91.
- Benova, L., Mohamoud, Y. A., Calvert, C. & Abu-Raddad, L. J. Vertical Transmission of Hepatitis C Virus: Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2014; 59: 765-73.
- Aebi-Popp K, Duppenhaler A, Rauch A, de Gottardi A, Kahlert C. Vertical transmission of hepatitis C: towards universal antenatal screening in the era of new direct acting antivirals (DAAs)? Short review and analysis of the situation in Switzerland. *J Virus Erad.* 2016; 2 (1): 52-4.
- Jonas MM. Children with hepatitis C. *Hepatology.* 2002. 36 (5 Supl. 1): s173-8.
- WHO (World Health Organization). Report on global sexually transmitted infection surveillance; 2018.
- UNAIDS. 2015 Progress Report on the GLOBAL PLAN. Unaiids vol. 11 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2774_2015ProgressReport_GlobalPlan_en.pdf http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2774_2015ProgressReport_GlobalPlan_en.pdf <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27355509> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27355509> (2015).
- PAHO (Pan American Health Organization). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington, DC; 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34072/9789275119556-eng.pdf>
- Watson-Jones D, Changalucha J, Gumodoka B, Weiss H, et

Contribuição dos autores

O manuscrito foi escrito por Freire JO, Schuch JB, Roglio VS, von DiemenL, e revisado em sua forma final por todos os coautores. A coleta dos dados e criação do banco de dados foi realizada por Freire JO, Miranda MF, Tanajura H, Victa AGLB. A análise dos dados estatísticos foi realizada por Roglio VS. O desenho do estudo foi idealizado por Freire JO e von DiemenL. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

- al. Syphilis in Pregnancy in Tanzania. I. Impact of Maternal Syphilis on Outcome of Pregnancy. *J Infect Dis.* 2002; 186 (7): 940-7.
19. Schulz K F, Cates W, O'Mara PR. Pregnancy loss, infant death, and suffering: legacy of syphilis and gonorrhoea in Africa. *Genitourin Med.* 1987; 63 (5): 320-5.
20. Freire JO. Banco de dados para pesquisadores de gestantes atendidas com Infecções Sexualmente Transmissíveis na Maternidade Climério de Oliveira, Brasil. (2019) doi:10.6084/m9.figshare.8947436.v5.
21. Freitas CHSM, Forte FDS, Roncalli AG, et al. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. *Rev Saúde Pública.* 2019; 53: 76.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [acesso em 11 jan 2021]. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/25/Portaria-n-2014-de-17--Fevereiro-2016.pdf>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa Conjunta nº109/105/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS; 2015.
24. Vickers DM, Osgood ND. A unified framework of immunological and epidemiological dynamics for the spread of viral infections in a simple network-based population. *Theor Biol Med Model.* 2007; 4: 1-13.
25. UNO. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. *Unaids vol.* 17020 <http://web.ua.es/es/ice/documentos/redes/2012/asesoramiento/modelo-normas-apa-bibliografia.pdf> (2016).
26. The Lancet HIV. U=U taking off in 2017 [Editorial]. *Lancet HIV.* 2017; 4 (11): e475.
27. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Borges Souza PR, Leal MC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: Data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. *BMC Infect Dis.* 2015; 15: 100.
28. Sheng Q-J, Wang S-J, Wu Y-Y, Dou X-G, Ding Y. Hepatitis B virus serosurvey and awareness of mother-to-child transmission among pregnant women in Shenyang, China. *Medicine.* 2018; 97: e10931.
29. Castillo E, Murphy K, van Schalkwyk J. No. 342-Hepatitis B and Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017; 39: 181-90.

Recebido em 8 de Setembro de 2020

Versão final apresentada em 1 de Fevereiro de 2021

Aprovado em 20 de Maio de 2021