

SÍFILIS E/OU HIV: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES INFECTADAS NUM MUNICÍPIO DA REGIÃO SERRANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL.

Syphilis and / or HIV: Epidemiological Profile of Pregnant Women Infected in a Municipality of the Serrana Region of the State of Rio de Janeiro, Brazil.

Luis Claudio de Souza Motta¹, Nathalia Corrêa Cardoso Oliveira², Sâmela Duarte Lima Bomfim²

¹Docente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO - Teresópolis – RJ – BR, ²Discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO - Teresópolis – RJ – BR.

Resumo

As elevadas taxas de sífilis gestacional no Brasil permitem tecer questionamentos acerca da qualidade da atenção da assistência pré-natal no país. Considerando a alta prevalência de HIV e sífilis em gestantes e sua elevada taxa de transmissão vertical, este estudo propôs conhecer o perfil das gestantes portadoras de HIV e/ou sífilis referente ao período de 2011 a 2015, num município situado na região Serrana do Rio de Janeiro, Brasil.

Palavras-chave: Sífilis; HIV; Gestação.

Abstract

The high rates of gestational syphilis in Brazil allow questioning about the quality of prenatal care in the country. Considering the high prevalence of HIV and syphilis in pregnant women and their high rate of vertical transmission, this study aimed to know the profile of pregnant women with HIV and / or syphilis from the period 2011 to 2015, in a municipality located in the Mountainous region of Rio de Janeiro, Brazil.

Keywords: Syphilis; HIV; Gestation.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), outrora denominadas de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - pela sua magnitude, transcendência e factibilidade de controle, devem ser priorizadas enquanto agravos em Saúde Pública. Os princípios básicos para atenção às IST, como em qualquer processo de controle de epidemias, deve ser a interrupção da cadeia de transmissão e prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2005; BRASIL 2015).

O crescimento da epidemia da IST no Brasil afetou, de maneira especial, as mulheres e trouxe como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical, ou seja, a transmissão de mãe para o filho no período gestacional. Diante disso, algumas IST, como a sífilis e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), devem ser rastreadas no pré-natal, com

o objetivo de assegurar o manejo adequado na gestação, no parto e durante o puerpério da mulher, o que garante uma gravidez saudável para o binômio mãe-feto. Além disso, o rastreo dessas doenças é importante para que haja diminuição de danos maternos na gestação, complicações fetais, redução dos riscos de hospitalização e menores impactos socioeconômicos ao Estado (FERNANDES et al., 2014).

A sífilis é uma doença infecciosa bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, que pode produzir as formas adquirida e congênita (BRASIL, 2012; BRASIL 2015).

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos contatos sexuais. Quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves, podendo comprometer especialmente o

sistema nervoso e o sistema cardiovascular (BRASIL, 2012; NONATO, 2015).

Na presença de uma IST, é fundamental que outras também sejam pesquisadas, pela frequência de associação entre elas. As doenças genitais ulcerativas, como a sífilis, podem facilitar a transmissão sexual e perinatal do HIV. Além disso, a co-infecção da sífilis pelo HIV é capaz de alterar profundamente a história natural da sífilis, explicando manifestações clínicas atípicas e mais complexas ou graves (SÁ, 2015; DE LORENZI, 2009).

A transmissão viral pelo HIV pode ocorrer de três formas: (1) contato sexual; (2) contato parenteral; e (3) no período perinatal, pelas mães infectadas e seus bebês (SÁ, 2015). Na gestação, a transmissão materno-fetal – transmissão vertical – pode ocorrer em três ocasiões distintas do ciclo gravídico-puerperal: (1) durante a gestação, por via transplacentária; (2) durante o parto, por contato do com o sangue e secreções vaginais; e (3) durante a amamentação (SÁ, 2015).

Em virtude da magnitude do número de casos, segundo o Ministério da Saúde, a notificação é obrigatória no caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita [...], infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV [...], conforme a Portaria Nº 1271, de 06 de junho de 2014 (Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais, 2014).

Com base nessas breves considerações, o presente artigo tem como escopo estimar a prevalência e o perfil dos casos de gestantes portadoras de HIV e/ou sífilis num município da região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2015. O mesmo foi construído de acordo com a proposta da Linha de Pesquisa Institucional “Epidemiologia e controle de doenças transmissíveis”, por meio de incentivo do Programa de Iniciação Científica e Pesquisa (PICPq), edital 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado sobre a população de gestantes com infecção por HIV e/ou sífilis, referente ao

período de 2011 a 2015, no município situado na região Serrana do Rio de Janeiro, Brasil.

A coleta dos dados foi realizada no Departamento de Vigilância Epidemiológica e DST/AIDS do Município de Teresópolis e no Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os registros foram obtidos por meio da análise das Fichas de Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/SINAN-NET) e Ficha de Notificação e Investigação da Gestante Infectada pelo HIV+ e Crianças Expostas (SISGHIV) referente aos casos de sífilis e/ou HIV em gestantes ocorrentes no período de 2010 a 2015. Foram incluídas, nesse projeto, informações referentes apenas às gestantes com sorologia positiva para HIV e/ou evidência clínica de sífilis, conforme exigências do Ministério da Saúde, e notificadas através das Fichas de Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Refere-se, ainda, uma pesquisa documental, pois se vale de materiais que não haviam recebido ainda nenhuma análise aprofundada.

Em relação aos aspectos éticos desta investigação, foi providenciada a assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) e o Termo de Autorização do Departamento de Vigilância Epidemiológica e DST/AIDS, para o devido acesso às pastas de registro das gestantes. Deste modo, a pesquisa foi desenvolvida em consonância com o estabelecido nos termos da Resolução MS/CNS 466/2012 e aprovada pelo CEP-UNIFESO sob o parecer CAAE 56497616.2.0000.5247.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às gestantes com Sífilis

Inicialmente, nesta investigação, registra-se que houve o cuidado de se confrontar o quantitativo de fichas de notificação apresentadas pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica e DST/AIDS com os realmente apurados no serviço de digitação da SMS, onde se apurou um número maior de informações, haja vista que nem todas as fichas estavam arquivadas adequadamente no setor devido.

Atualmente, o Brasil encontra-se entre os quinze países considerados prioritários para o controle da sífilis devido à prevalência desta na gestação, à possibilidade de evoluir com sífilis congênita e o tamanho populacional (Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais, 2014).

O Boletim Epidemiológico de IST/AIDS do Ministério da Saúde, publicado em 2012, evidenciou que o número de notificações de casos de sífilis na gestação tem aumentado a cada ano, chegando a 14.321 casos no ano de 2011. Destaca-se que é um número inferior ao número estimado de casos, uma vez que existem dificuldades no diagnóstico e/ou notificação, o que foi percebido também nesta investigação. O maior número de casos no país concentra-se nas regiões sudeste e nordeste. Já o Estado do Rio de Janeiro apresenta a segunda maior taxa de detecção de sífilis na gestação do país: 10,8 casos por 1000 nascidos vivos (Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais, 2014).

A OMS estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de IST por dia, mundialmente. Ao ano, calculam-se, aproximadamente, 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente (Boletim Epidemiológico Sífilis, 2017).

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (Boletim Epidemiológico Sífilis, 2017).

Em relação aos 120 casos de gestantes com sífilis constatados no município de Teresópolis no período de 2011 a 2015, observou-se que, conforme boletins epidemiológicos e literatura nacional apontam, ocorreram em jovens de classe social baixa/média, mulheres adolescentes ou jovens, e a maior parte destas foram provenientes da própria zona urbana do Município (98 casos - 82%) e 22 (12%) casos da zona rural. Apesar do preenchimento inadequado em algumas fichas de notificação, foi possível constatar que o perfil das gestantes coincide com o observado no Boletim Epidemiológico de 2017, pois as gestantes, em sua maioria, possuíam baixa condição socioeconômica e idade média entre 15 a 25 anos de idade.

Quanto à prevalência da Sífilis no Brasil, com relação à escolaridade, 28,0% da informação foi ignorada em 2016. Além disso, 53,6% das mulheres não tinham o ensino médio completo. No critério raça/cor, observou-se que, em 2016, 47,4% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 30,6% brancas e 12,4% negras (Boletim Epidemiológico Sífilis, 2017).

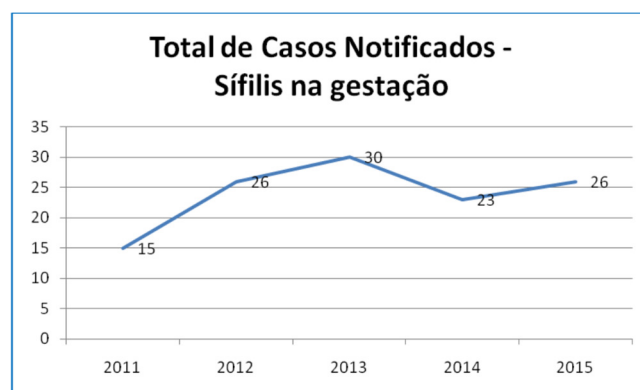


Gráfico 1 – Total de casos de Sífilis na gestação notificados em Teresópolis. Fonte: Dados da pesquisa – fichas SINAN – SMS Teresópolis

Importante observar que houve apenas o registro de que apenas 30 parceiros das gestantes foram comunicados e tratados; 33 foram notificados como não tratados. Os outros 57 casos não tiveram registro quanto a essa informação, sem deixar claro se os demais não foram tratados ou se não foi apenas registrada essa informação pelo profissional no ato do preenchimento da notificação. O mesmo se percebe em relação aos bebês das gestantes. Existe o registro de que apenas seis estavam em

devido acompanhamento e/ou tratamento, enquanto que dois foram a óbito e, com relação a todos os demais, não houve registro na ficha de notificação em anexo das gestantes.

Os resultados encontrados nesse estudo apontam para critérios que podem e precisam ser melhor considerados durante a notificação de gestantes com sífilis no município. Informações importantes a serem tratadas epidemiologicamente, infelizmente, não são preenchidas nas fichas de notificação no ato das mesmas. Indaga-se: (1) existe pouca compreensão do profissional quanto à importância de tais dados para comporem futuros indicadores epidemiológicos e permitirem ações de prevenção de novos casos? (2) Existe dificuldade do profissional em preencher a ficha de notificação?

No período de 2005 a junho de 2017, notificou-se, no SINAN, um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes, dos quais 44,2% foram casos residentes na Região Sudeste, 20,7% no Nordeste, 14,6% no Sul, 11,1% no Norte e 9,4% no Centro-Oeste. Em 2016, o número total de casos notificados no Brasil foi de 37.436, dos quais 17.551 (46,9%) casos eram residentes na Região Sudeste, 6.571 (17,5%) na Região Nordeste, 6.608 (17,7%) na Região Sul, 3.890 (10,4%) na Região Norte e 2.816 (7,5%) na Região Centro-Oeste. Ainda em relação aos estados, a taxa de detecção mais elevada, em 2016, foi observada no Mato Grosso do Sul (23,7 casos/1.000 nascidos vivos), e a mais baixa na Paraíba (4,8 casos/1.000 nascidos vivos) (Boletim Epidemiológico Sífilis, 2017).

Quanto às gestantes com HIV/AIDS

Descrevendo os casos de gestantes com infecção pelo vírus HIV, se faz importante destacar que em relação ao HIV parturiente, desde a publicação da portaria nº 993, de 04/09/2000, a notificação de gestantes e parturientes infectadas pelo HIV e crianças expostas ao vírus tornou-se obrigatória no Brasil. Além de registrar o número de mulheres infectadas pelo HIV no período gravídico-puerperal, a notificação desses eventos permite avaliar as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV. Assim, uma mesma mulher deve ser noticiada a cada vez que esses eventos ocorrerem, ou seja, a cada gravidez e parto.

Em relação aos casos de AIDS em parturientes, observa-se que as maiores populações se concentram na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo que a segunda faixa etária de maior frequência foi de 30 a 39 anos (Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais).

A gestação na presença do HIV impõe diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais destacam-se os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus. A adesão ao tratamento antirretroviral na gestação – e conseqüente redução da carga viral – ainda é considerada a maior medida de impacto para prevenção da infecção pediátrica. Entretanto, a adesão ao tratamento tem se mostrado uma tarefa, por vezes, difícil de ser atendida, inclusive no contexto da gestação. A transmissão materno-infantil do HIV ocorre da mãe para o bebê pela sua exposição ao vírus durante a gestação, trabalho de parto ou aleitamento materno, e tem sido foco de atenção na medida em que se constata o aumento de casos de HIV em mulheres (SÁ, 2015). Embora essa via de infecção seja responsável por 90% dos casos de infecção pediátrica no Brasil, a sua ocorrência vem diminuindo significativamente nos últimos anos (BRASIL, 2006) devido às medidas preventivas (DAMASCENO, 2014; CARDOSO, 2017).

Essa significativa redução nas taxas de transmissão vertical é decorrente da conscientização das gestantes em realizar o pré-natal, no qual ocorrem o aconselhamento e o incentivo para a realização do teste de HIV; a utilização precoce do tratamento com antirretrovirais; a orientação sobre a escolha da via de parto, a qual dependerá das situações obstétricas e/ou da carga viral; orientações no puerpério sobre a não adesão ao aleitamento materno e sobre os cuidados rotineiros, aumentando, assim, as chances da gestante ter um bebê (CARNEIRO, 2010).

A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em grande parte devida ao grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha. Em 2012, foram distribuídos 366.910 testes de HIV para gestantes, enquanto em 2017, somente até o mês de outubro, já haviam sido

distribuídos 3.350.440 testes (Boletim Epidemiológico HIV – AIDS, 2017).

Apesar de posição de destaque das políticas brasileiras de redução da transmissão materno-infantil do HIV, ainda se observam grandes falhas na implementação dessas medidas no país. No Brasil, no período de 2000 até junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 39,1% das gestantes residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2016, foram identificadas 7.823 gestantes no Brasil, sendo 30,9% na região Sudeste, 29,2% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,1% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste (Boletim Epidemiológico HIV – AIDS, 2017).

A seguir, é apresentado um compilado em relação aos casos de gestantes que contraíram a infecção pelo vírus HIV e foram notificadas no município de Teresópolis no período de 2011 a 2015, totalizando 35 casos.

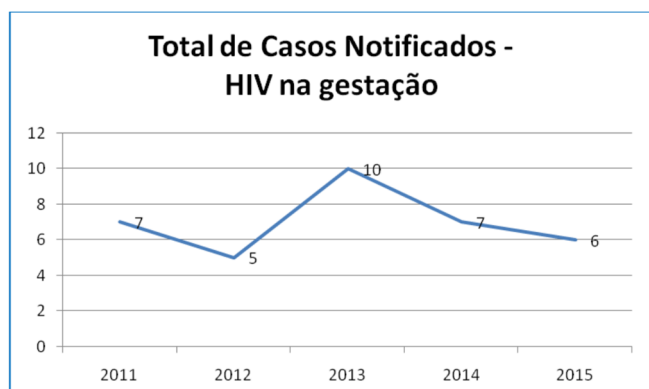


Gráfico 2 – Total de casos de infecção por HIV na gestação notificados em Teresópolis. Fonte: Dados da pesquisa – fichas SINAN – SMS Teresópolis

Do total de gestante infectadas pelo vírus no município, 19 destas possuíam entre 15 e 25 anos de idade, perfazendo 54,3% dos casos, 13 gestantes com idade entre 25 a 35 anos (37,2%) e apenas três possuíam idade superior a 35 anos. Quanto à ocupação, observou-se que 17 das 35 fichas constavam como a ocupação ignorada nas gestantes. As ocupações informadas foram doméstica e atividades do lar (10 casos – 28,5%), varejistas (2 casos – 5,7%), estudantes (2 casos - 5,7%), uma professora (3%), uma camareira (3%) e quatro casos não informados. Já os dados nacionais apontam que, desde 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o

maior número de casos de gestantes infectadas com HIV (28,4%), notificadas no SINAN. Segundo a escolaridade, observa-se que a maioria das gestantes infectadas com HIV possui da 5ª à 8ª série incompleta, representando 37,7% dos casos notificados no período (CARNEIRO, 2010).

Ainda em relação aos dados sócio demográficos, das 35 gestantes que foram notificadas, 32 (91,5%) foram do perímetro urbano da cidade e apenas três (8,5%) eram provindas da zona rural. Dentre as mesmas, 10 possuíam ensino fundamental incompleto (28,5%), oito informaram ensino fundamental completo (22,8%), apenas cinco com ensino médio incompleto e um com ensino médio completo. Todas as demais gestantes tiveram suas fichas informadas com o grau de instrução ignorado pelos profissionais que notificaram.

O conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico tornaram possível a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada às gestantes infectadas (Boletim Epidemiológico HIV – AIDS, 2017).

Corroborando para a importância da realização das consultas de pré-natal, das fichas de notificação consultadas neste estudo, 34 (97%) informavam que as gestantes haviam realizado o pré-natal. Cerca de quase metade dos casos (16 gestantes infectadas) foram detectados por evidência laboratorial durante o pré-natal (45,9%), com a devida adesão ao uso do antirretroviral. Percebe-se que a maioria das gestantes é diagnosticada com HIV, durante o período gestacional e, nesse período, o aconselhamento e o teste anti-HIV são essenciais e integram os cuidados no pré-natal. Porém, muitos profissionais ainda não são capacitados e preparados para realizar o aconselhamento. A partir da confirmação da soropositividade, a equipe de saúde deve prestar uma assistência específica às gestantes contaminadas. A assistência terá como objetivo o controle da carga viral e, conseqüentemente, a redução dos riscos da transmissão vertical do HIV para o bebê (CARVALHO, 2000; GIOANVECCHIO, 2005; VAZ et al, 2007).

Contudo, o estudo realizado por Lima e colaboradores (2017) revela que algumas mulheres gestantes soropositivas tiveram problemas na aceitação da gestação, pois não

planejavam engravidar pela sua condição clínica e por não apresentarem condição financeira que permitisse a continuidade da gestação e, por isso, até pensavam em abortar. O medo de preconceito e discriminação surge pela existência da patologia e chega a despertar, na gestante, o sentimento de vergonha em procurar o serviço de saúde para a realização do teste. Diante disso, é importante que as equipes de saúde desenvolvam estratégias que possam sensibilizar a população sobre a necessidade de realizar os testes e o acompanhamento da gestante para evitar a transmissão vertical (LIMA, 2017).

CONCLUSÃO

Percebe-se que as fichas das gestantes, infelizmente, direcionam para a percepção do não preenchimento correto destas no ato da notificação exigida. Em relação à coleta dos dados, esta foi devidamente realizada dentro do período limite do cronograma proposto inicialmente no projeto, sendo cumpridos no seu lastro temporal, o que permitiu à equipe atingir as metas iniciais desta investigação.

Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se como um desafio para profissionais de saúde e gestores. Isso em decorrência do curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação; e provavelmente pelo desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e pelos profissionais de saúde.

Quanto à adesão ao tratamento antirretroviral, no caso de gestantes com HIV, este continua sendo um processo dinâmico e complexo, envolvendo aspectos de ordem física, psicológica, social, cultural e comportamental, do qual participam indivíduo, equipe de saúde e sua rede social.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um sério problema de saúde pública que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente

entre mulheres e crianças. Considera-se que a forma mais eficaz de realizar a prevenção e o controle da transmissão vertical dessas doenças está na garantia a toda gestante de uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo que sejam realizados o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Além disso, a conscientização da população e a sensibilização dos profissionais de saúde são determinantes para se conseguir a eliminação da transmissão vertical de Sífilis e do HIV. A ocorrência dos casos está associada ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, à ausência de aconselhamento, à falta de tratamento do parceiro e, muitas vezes, ao tratamento incorreto dos casos diagnosticados.

REFERÊNCIAS

Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais. Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2014.

Boletim Epidemiológico HIV - AIDS 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2017.

Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes - 2006. Brasília: Ministério da Saúde, secretaria de vigilância em saúde, programa nacional de DST e AIDS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015 121p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a, 110p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b, 110p.

Cardoso AJ, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva SB et al. HIV Infection among pregnant women attended in testing counseling centers for AIDS. *Revista de Saúde Pública*, 41 (Supl 2), 101-108, 2017.

Carneiro AJ, Celho EDA. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciência e saúde Coletiva*, 15 (Suppl 1), 1216-1226, 2010.

Carvalho FT, Piccini CA. Maternidade em Situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em psicologia*, 10(2), 345-355, 2006.

Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB et al. Sífilis na Gravidez. *Revista HUPE*, v.13, n.3, p.88-94, Rio de Janeiro, 2014.

De Lorenzi DRS, Fiaminghi LC, Artico RG. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.37, n. 2, p. 83-90. 2009.

Fernandes HD, Araújo EC, Neves DCO et al. Prevalência de HIV e sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade de referência na cidade de Marabá-Pará. *Revista Paraense de Medicina*, v.28, n.3, p. 55-62, jul/set. 2014.

Gioanvecchio RP, Goldenberg TB. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cadernos de saúde Pública*, 21(2), 413-418, 2005.

Lima SS, Silva LCS, Santos MV, Martins JP, Oliveira MC, Brasileiro ME. HIV na gestação:

pré-natal, parto e puerpério. *Ciência&Saúde*,10(1):56-61, 2017.

Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.24, n.4, p. 681-684. 2015.

Sá RAM, Oliveira CA. Hermógenes - Obstetrícia Básica. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2015. 1512p.

Vaz MJ, Barros SM, Palacios RR et al. HIV-infected pregnant women have greater adherence with antiretroviral drugs than non-pregnant women. *International Journal os STD & Aids*, 18(10), 28-32, 2007.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Vigilância Epidemiológica e DST/AIDS do Município de Teresópolis – Rio de Janeiro; à Direção Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão do UNIFESO, por meio do Programa de Iniciação Científica e Pesquisa (PICPq).

Contato:

Nome: Luis Claudio de Souza Motta
e-mail: lcsmotta@hotmail.com