

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E
ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

Daniela da Silva Gonçalves

**ASPECTOS CLÍNICOS E DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE
RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À SÍFILIS E/OU HIV, EM UMA
MATERNIDADE NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE
DO SUL**

Santa Maria, RS
2019

Daniela da Silva Gonçalves

ASPECTOS CLÍNICOS E DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À SÍFILIS E/OU HIV, EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**, Área de Concentração: Materno-Infantil.

Orientadora: Profa. Dra. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS
2019

Daniela da Silva Gonçalves

ASPECTOS CLÍNICOS E DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À SÍFILIS E/OU HIV, EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**, Área de Concentração: Materno-Infantil.

Aprovado em 27 de fevereiro de 2019:

Sheila Kocourek, Dra.(UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Diego Fernando Dorneles Bilheri, Me.(UFSM)

Mônica Tábata Heringer Streck, Esp.(HUSM)

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

ASPECTOS CLÍNICOS E DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À SÍFILIS E/OU HIV, EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: Daniela da Silva Gonçalves

ORIENTADORA: Sheila Kocourek

Resumo: Este artigo é resultado de uma pesquisa e intervenção realizadas a partir da experiência de três residentes (Assistente Social, Fonoaudióloga e Nutricionista) junto ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde com ênfase materno-infantil, com o objetivo de descrever e verificar a conduta clínica adotada com os recém-nascidos expostos à sífilis e/ou ao HIV, assim como a aderência ao seguimento ambulatorial no pós-alta. Este trabalho é um estudo descritivo/observacional, do tipo quanti/qualitativo a partir de dados secundários da maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Amostra constituída de puérperas com sorologias reagentes para sífilis e/ou HIV e seus respectivos recém-nascidos, que permaneceram internados em alojamento conjunto durante o período de setembro de 2016 a agosto de 2017. Observou-se que a quimioprofilaxia, a mais utilizada nos recém-nascidos expostos à sífilis, foi a Penicilina G procaína ou cristalina, cujas mães (72,58%) realizaram inadequadamente o tratamento durante a gestação; em relação ao HIV, das mães que realizaram tratamento adequado (51,28%) os recém-nascidos utilizaram isoladamente a zidovudina. O maior percentual de seguimento ambulatorial completo (31,78%), assim como de acompanhamento incompleto (17,76%), seguido da não realização do acompanhamento (8,41%), foram de crianças expostas à sífilis. Pôde-se verificar que houve grande acometimento de sífilis entre as gestantes com predomínio da realização de tratamento inadequado; os recém-nascidos receberam profilaxia e manejo adequado durante e após o nascimento, mas observa-se grande percentual de falta de adesão ao seguimento ambulatorial, assim como a não realização do mesmo.

Palavras-chaves: Sífilis. HIV. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis Congênita. Transmissão Vertical.

ABSTRACT

CLINICAL ASPECTS AND AMBULATORIAL FOLLOW-UP OF NEWBORNS EXPOSED TO SYPHILIS AND / OR HIV IN A MATERNITY INSIDE THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Daniela da Silva Gonçalves

ADVISOR: Sheila Kocourek

Abstract: This article is a result of a research and intervention performed from the experience of three residents (Social Worker, Speech Therapist and Nutritionist) in the Post-Graduation Program in Multi-professional Residence Integrated in Hospital Management and Attention in the Public Health System with emphasis on maternal-child with the objective to describe and verify the clinical behavior adopted with new-borns exposed to syphilis and/or HIV, as well as adherence to monitoring of ambulatory care in the post-discharge. This article is a descriptive-observational study, with quantitative-qualitative type based on secondary data from the Maternity of the University Hospital of Santa Maria. The sample consisting in puerperae with reactive serological tests for syphilis and/or HIV and their respective new-borns, who were hospitalized in joint accommodation during the period from September 2016 to August 2017. Was observed that the most used chemoprophylaxis in new-borns exposed to syphilis was procaine or crystalline Penicillin G, whose mothers (72.58%) inadequately performed the treatment during pregnancy; in relation to HIV the mothers who underwent adequate treatment (51.28%) the new-borns used isolated zidovudine. The highest percentage of complete monitoring of ambulatory care (31.78%), as well as incomplete monitoring (17.76%) followed by not monitoring (8.41%) were children exposed to syphilis. It could be verified that among pregnant women with a predominance of inadequate treatment there was a great involvement of syphilis, the new-borns received prophylaxis and adequate management during and after birth, but was observed a large percentage of non-adherence to monitoring of ambulatory care, as well as absence of monitoring.

Keywords: Syphilis. HIV. Sexually Transmitted Infections. Congenital Syphilis. Vertical Transmission.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Tipo de parto adotado para gestante com soropositividade para alguma IST 14
- Tabela 2 – Correlação entre a Quimioprofilaxia utilizada no recém-nascido exposto à sífilis e o tratamento realizado pela gestante durante o pré-natal 15
- Tabela 3 – Correlação entre a Quimioprofilaxia utilizada no RN exposto ao HIV e o tratamento realizado pelas gestante durante o pré-natal..... 15
- Tabela 4 – Coorelação entre a Quimioprofilaxia utilizada no RN exposto a coinfeção sífilis e HIV e o tratamento realizado pela gestante durante o pré-natal..... 16
- Tabela 5 – Correlação entre o tipo de IST a que o RN foi exposto e o seguimento ambulatorial no pós-alta..... 16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AZT	Zidovudina
CV	Carga viral
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NVP	Nevirapina
TARV	Terapia antirretroviral
TV	Transmissão vertical
UFSM	Universidade Federal Santa Maria
VO	Via oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	METODOLOGIA.....	13
3	RESULTADOS.....	14
4	DISCUSSÃO.....	17
5	CONCLUSÃO.....	22
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), podendo ser transmitidas por contato sexual, por via sanguínea e da mãe para a criança (BRASIL, 2015). As IST's constituem um sério problema de saúde pública que pode vir a acarretar danos, especialmente, entre mulheres e crianças devido ao risco de transmissão vertical (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima, mundialmente, a ocorrência de mais de um milhão de casos novos de (IST), por dia. Dentre as principais IST, podemos citar a Sífilis e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida (BRASIL, 2017). Em relação ao HIV, a taxa de detecção de gestantes com HIV vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos, em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2016).

A sífilis é uma IST de caráter sistêmico, curável, sendo causada por uma bactéria (*Treponema pallidum*) (MAGALHÃES *et al.*, 2013; SONDA *et al.*, 2013; DAMASCENO *et al.*, 2014; BRASIL, 2018).

Observam-se índices elevados de incidência da sífilis, apesar do seu fácil diagnóstico e terapêutica medicamentosa de baixo custo (SONDA *et al.*, 2013; CHAVES *et al.*, 2014; DAMASCENO *et al.*, 2014). Apresenta, também, altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% nas duas primeiras fases da doença materna (SONDA *et al.*, 2013).

A prevenção da sífilis congênita é realizada unicamente no pré-natal, não podendo ser feita no parto ou pós-natal (SONDA *et al.*, 2013). Nas gestantes diagnosticadas com sífilis, para o tratamento adequado, seguro e eficaz é utilizada a Penicilina Benzatina, cuja dosagem e tempo de terapia é indicada conforme estágio clínico da doença que se encontra a gestante (BRASIL, 2018).

A infecção prévia da sífilis, mesmo quando adequadamente tratada, não confere imunidade protetora a pessoa, pois a mesma pode se reinfetar a cada vez que for exposta, o que torna imprescindível o rastreio mais frequente da sífilis durante a gestação (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

O risco de transmissão da sífilis para o feto é influenciado pelo estágio da infecção na mãe, idade gestacional e pela duração da exposição fetal. Evidências apontam que na ausência de tratamento eficaz, 25% das gestações de mulheres infectadas não tratadas adequadamente resultam em abortos no segundo trimestre ou óbito fetal; 11%, em morte fetal; 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de que pelo menos 20% dos neonatos apresentaram sinais sugestivos de sífilis congênita (DAMASCENO *et al.*, 2014).

A profilaxia medicamentosa (tipo, tempo de uso e dosagem), para crianças expostas à sífilis, no pós-parto, vai depender da realização ou não do tratamento prévio realizado pela mãe durante o pré-natal. O esquema terapêutico pode contar com o uso de Penicilina G procaína ou Penicilina cristalina, durante 10 dias, ou dose única de Penicilina G benzatina (BRASIL, 2018).

A sífilis aumenta cerca de 10 vezes o risco de infecção pelo HIV (coinfecção). (DAMASCENO *et al.*, 2014); além do que, a literatura aponta que a sífilis é a coinfeção mais prevalente em gestantes portadoras do HIV (ACOSTA, GONÇALVES, BARCELLOS, 2016).

O HIV vem aumentando em mulheres gradativamente, e com isso, temos o aumento da prevalência de infecção pelo HIV em gestantes e conseqüentemente um maior número de recém-nascidos expostos ao HIV (ZIEBELL, FEIL, RENNER, 2017). Medidas de profilaxia, para transmissão vertical do HIV devem ocorrer com brevidade, uma vez que, cerca de 25% da transmissão do vírus ocorre intra útero, e 75% durante o trabalho de parto e/ou no próprio parto (ZIEBELL, FEIL, RENNER, 2017).

O Ministério da Saúde preconiza a utilização de terapia antirretroviral (TARV) para toda gestante HIV positiva, durante todo o pré-natal e parto, a fim de reduzir a transmissão vertical; além de, recomendar a escolha da via de parto de acordo com a carga viral materna, com supressão da lactação do recém-nascido, que recebe formulação láctea e quimioprofilaxia (zidovudina) nas primeiras semanas de vida (ZIMMERMANN *et al.*, 2011; BRASIL, 2018). O uso regular de TARV durante o período gestacional reduz a taxa de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1% (BRASIL, 2018).

Todos recém-nascidos expostos à sífilis e/ou HIV, devem ser acompanhados, após alta hospitalar em serviço ambulatorial especializado em doenças infectocontagiosas, com o

objetivo de realizarem periodicamente exames laboratoriais que confirmem ou não a transmissão da infecção para a criança (BRASIL, 2018).

O presente estudo faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado “Epidemiologia das doenças infectocontagiosas passíveis de transmissão vertical e seus fatores associados na maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)”, elaborado pelas residentes do segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção hospitalar no Sistema Público de Saúde, da ênfase materno-infantil da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da UFSM tem como objetivo desenvolver nos profissionais capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional, pressupondo a articulação entre serviços e ações de saúde e com outras políticas públicas, como forma de assegurar a construção de caminhos para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Neste contexto, de exposições a doenças infectocontagiosas, as Residentes Multiprofissionais, observaram grande demanda de puérperas com soropositividade para HIV e/ou Sífilis, durante o período de experiência profissional na maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria. Verificou-se ainda que o cuidado longitudinal ocorra mediante uma rede de atenção fortalecida.

Cientes, da possibilidade de grande incidência de transmissão vertical objetivou-se, descrever e verificar a conduta clínica adotada com os recém-nascidos expostos à sífilis e/ou ao HIV, assim como a aderência ao seguimento ambulatorial no pós-alta, com vistas à prevenção da transmissão vertical, de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2. METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo descritivo/observacional, do tipo quanti/qualitativo a partir de dados secundários da maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), e faz parte de um projeto “guarda-chuva”, intitulado “Epidemiologia das doenças infectocontagiosas passíveis de transmissão vertical e seus fatores associados na maternidade do hospital universitário de Santa Maria (HUSM)”, aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e posteriormente avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

A amostra foi constituída de puérperas com sorologias reagentes para sífilis e/ou HIV em qualquer momento da gestação e/ou na ocasião do parto e seus respectivos recém-nascidos, que permaneceram internados em alojamento conjunto durante o período de setembro de 2016 a agosto de 2017. Os dados foram recolhidos do prontuário eletrônico (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU) da instituição.

Foram pesquisados os seguintes dados maternos: puérperas soropositivas para sífilis e/ou HIV; tipo de parto realizado; uso de terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação, sendo utilizados critérios para o tratamento, como ADEQUADO (uso regular de TARV), INADEQUADO (uso irregular de TARV) e NÃO TRATADO (não realização de tratamento); e/ou tratamento com Penicilina Benzatina, sendo utilizados critérios para o tratamento, como ADEQUADO (tratamento considerado adequado pela equipe médica, conforme critérios preconizados), INADEQUADO (tratamento considerado inadequado pela equipe médica, conforme critérios preconizados), NÃO TRATADO (não realização do tratamento); indicação/utilização de inibição farmacológica da lactação com uso Cabergolina 1mg via oral (VO), em dose única.

Quanto aos recém-nascidos, foram pesquisadas as seguintes informações: tipo de quimioprofilaxia utilizada no pós-parto nos casos de exposição à sífilis (uso de Penicilina G procaína ou cristalina e/ou Penicilina G benzatina), ou nos casos de exposição ao HIV (zidovudina e/ou nevirapina); seguimento ambulatorial no pós-alta, sendo utilizados critérios para o seguimento, como COMPLETO (seguimento até a alta ambulatorial), INCOMPLETO (abandono do seguimento antes da alta ambulatorial), NÃO REALIZADO (não comparecimento às consultas agendadas); substituição da amamentação por fórmula infantil.

As informações coletadas foram tabuladas no software Microsoft Excel e analisadas por meio de estatística descritiva simples, por meio do software *STATISTICA® 7.0*, e posteriormente os resultados foram comparados e discutidos com a literatura.

3. RESULTADOS

Do total de 2330 (dois mil trezentos e trinta) puérperas internadas na maternidade do HUSM, foram encontradas 107 (cento e sete), cerca 4,6%, de puérperas com diagnóstico de IST. Desse total de soropositividade, 62 (sessenta e duas) apresentaram-se com monoinfecção de sífilis, 39 (trinta e nove), com monoinfecção de HIV e 6 (seis) com coinfeção sífilis e HIV.

Obteve-se a prevalência total de parto cesário 65,42% (n=70) entre as ISTs, com maior percentual de parto normal 27,10% (n=29), para os casos de sífilis (Tabela 1).

Tabela 1. Tipo de parto adotado para gestante com soropositividade para alguma IST

IST	TIPO DE PARTO		TOTAL
	CESÁRIA	NORMAL	
SÍFILIS	33	29	62
	30,84%	27,10%	57,94%
HIV	32	7	39
	29,91%	6,54%	36,45%
SÍFILIS e HIV	5	1	6
	4,67%	0,93%	56,1%
TOTAL	70	37	107
	65,42%	34,58%	100%

Legenda: IST=infecção sexualmente transmissível; HIV= vírus da imunodeficiência humana .

Em relação quimioprofilaxia, a mais utilizada nos recém-nascidos expostos a sífilis, foi a Penicilina G procaína ou cristalina, em 72,58% (n=45) das exposições, com maior porcentagem, 41,94% (n=26), em recém-nascidos de mães com a realização inadequada do tratamento durante a gestação, seguido de 19,35% (n=12) de mães não tratadas. Cerca de 12,90% (n=8) dos expostos, necessitou de 1 dose de Penicilina Benzatina e 9,68% (n=6) não utilizou fármacos durante a internação hospitalar, devido ao tratamento adequado realizado pela gestante no pré-natal. A maior prevalência foi de mães com tratamento inadequado 43,55% (n=27) (Tabela 2).

Tabela 2. Correlação entre a Quimioprofilaxia utilizada no recém-nascido exposto à sífilis e o tratamento realizado pela gestante durante o pré-natal

IST	TRATAMENTO DO RN	TRATAMENTO DA MÃE		TOTAL	
		ADEQUADO	INADEQUADO		NÃO TRATOU
S Í F I L I S	PENICILINA PROCAÍNA OU CRISTALINA	7 11,29%	26 41,94%	12 19,35%	45 72,58%
	PENICILINA BENZATINA	8 12,90%	0 0,00%	0 0,00%	8 12,90%
	PENICILINA+ BENZETINA	2 3,23%	1 1,61%	0 0,00%	3 4,84%
	NÃO PRECISOU	6 9,68%	0 0,00%	0 0,00%	6 9,68%
	TOTAL	23 37,10%	27 43,55%	12 19,35%	62 100%

Legenda: IST=infecção sexualmente transmissível; RN=recém-nascido.

Dentre as mães com HIV, 84,62% (n=33) que realizaram tratamento adequado, 51,28% (n=20) dos recém-nascidos expostos utilizaram isoladamente a zidovudina, e cerca de 33,33% (n=13) receberam a associação zidovudina e nevirapina, mesmo com mães adequadamente tratadas (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre a Quimioprofilaxia utilizada no RN exposto ao HIV e o tratamento realizado pelas gestante durante o pré-natal

IST	TRATAMENTO DO RN	TRATAMENTO DA MÃE			TOTAL
		ADEQUADO	INADEQUADO	NÃO TRATOU	
HIV	AZT + NVP	13 33,33%	2 5,13%	3 7,69%	18 46,15%
	AZT	20 51,28%	1 2,56%	0 0,00%	21 53,85%
	TOTAL	33 84,62%	3 7,69%	3 7,69%	39 100%

Legenda: IST= infecção sexualmente transmissível; RN= recém-nascido; HIV= vírus da imunodeficiência humana ; AZT= zidovudina; NVP= nevirapina.

Nas coinfeções, a associação do uso de zidovudina e penicilina foi encontrada em 16,67% (n=1), de mães adequadamente tratadas e não tratadas. Mas o predomínio, foi o uso isolado de zidovudina, 33,33%(n=2)(Tabela 4).

Tabela 4. Coorelação entre a Quimioprofilaxia utilizada no RN exposto a coinfeção sífilis e HIV e o tratamento realizado pela gestante durante o pré-natal

DOENÇA	TRATAMENTO DO RN	TRATAMENTO DA MÃE		TOTAL
		ADEQUADO	INADEQUADO	
SÍFILIS	AZT + NVP	1 16,67%	0 0,00%	1 16,67%
	AZT	2 33,33%	0 0,00%	0 0,00%
	AZT+PENICILINA	0 0,00%	1 16,67%	1 16,67%
	TOTAL	3 50,00%	1 16,67%	2 33,33%
+ HIV				6 100%

Legenda: IST= infecção sexualmente transmissível; RN= recém-nascido; HIV= vírus da imunodeficiência humana ; AZT= zidovudina; NVP= nevirapina.

O maior percentual de seguimento ambulatorial completo 31,78% (n=34), assim como de acompanhamento incompleto 17,76% (n=19), seguido da não realização do acompanhamento 8,41% (n=9), foram de crianças expostas a sífilis. No caso do HIV, em 27,10% (n=29), o seguimento foi considerado completo, e somente 0,93% (n=1), foram considerados não realizados; nas coinfeções o predomínio foram os segmentos incompletos, 3,74% (n=4) (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação entre o tipo de IST a que o RN foi exposto e o seguimento ambulatorial no pós-alta

IST	SEGUIMENTO AMBULATORIAL DO RN			TOTAL
	COMPLETO	INCOMPLETO	NÃO REALIZADO	
SÍFILIS	34 31,78%	19 17,76%	9 8,41%	62 57,94%
HIV	29 27,10%	9 8,41%	1 0,93%	39 36,45%
SÍFILIS+HIV	2 1,87%	4 3,74%	0 0,00%	6 5,61%
TOTAL	65 60,75%	23 29,91%	10 9,35%	107 100%

Legenda: IST= infecção sexualmente transmissível; RN= recém-nascido; HIV= vírus da imunodeficiência humana.

4. DISCUSSÃO

Várias são as medidas profiláticas adotadas, a fim de diminuir o risco de transmissão vertical (TV) em crianças, e uma delas é a escolha da via de parto. A infecção pelo HIV pode ser passada para o feto pelo contato direto do sangue ou da secreção cérvico-vaginal materna através da pele, exposição traqueobrônquica ou pelo aleitamento materno (ZIMMERMMANN, *et al.*, 2011).

Em mulheres soropositivas a via de parto indicada, depende da carga viral (CV); em situações em que a CV é desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva é indicada a partir da 38ª semana de gestação. A via de parto vaginal pode ser indicada para gestantes em uso regular de TARV e com supressão da CV-HIV sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo (BRASIL, 2018).

No presente estudo, 29,91% (n=32) das gestantes com HIV a via de parto predominante foi à cesárea, sendo 6,54% (n=7) dos partos por via vaginal; esta prevalência vai ao encontro a outros estudos envolvendo gestantes HIV positivo (ROMANELLI *et al.*, 2006; ZIMMERMMANN *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2016). Já, para 20 gestantes soropositivas em um hospital de referência, no interior do Rio Grande do Sul, no período de 2012 a 2013, a via de parto foi 100% cesárea (ZIEBELL, FEIL, RENNER, 2017).

Nos casos de sífilis, este estudo apresentou porcentagens mais equilibradas, um total de 30,84% (n=33) de cesarianas para 27,10% (n=29) de partos vaginais. Embora a TV da sífilis ocorra mais frequentemente intraútero, existe também a possibilidade de transmissão para o concepto durante a passagem do feto pelo canal do parto, se houver a presença de lesão ativa na parturiente (SONDA *et al.*, 2013).

Das gestações ocorridas de 2011 a 2015, de mães residentes na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, quanto ao tipo de parto, a sífilis foi mais prevalente em mulheres que tiveram seus filhos por parto vaginal (PADOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

A inibição farmacológica da lactação nos casos de HIV é preconizada, devendo ser administrada antes da alta hospitalar, preferencialmente após o parto, utilizando-se Cabergolina 1mg VO, em dose única. Todos os recém-nascidos de mães soropositivas têm direito a receber fórmula infantil gratuita (BRASIL, 2018). Existe o risco acrescido de

transmissão vertical do HIV, entre 7% e 22%, a cada exposição (mamada) do recém-nascido (KUPEK, OLIVEIRA, 2012).

De acordo com esta pesquisa, a totalidade das puérperas com monoinfecção de HIV, 36,45% (n=39) e as com coinfeção sífilis/HIV, 56,1% (n=6), receberam Cabergolina; uma vez que o aleitamento materno foi suspenso, todos os respectivos recém-nascidos receberam fórmula infantil, conforme preconizado. A supressão da lactação também foi recomendada em outros estudos (ZIMMERMANN *et al.*, 2011; ZIEBELL, FEIL, RENNER, 2017).

Quanto ao aleitamento materno, a transmissão da sífilis, também é viável, desde que lesões mamárias estejam presentes (SONDA *et al.*, 2013). Nos prontuários das 62 puérperas com sífilis desta pesquisa, não houve apontamentos referentes a essa questão, assim como não foram encontrados estudos externos que abordassem o tema.

Todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV deverão receber antirretroviral como uma das medidas de profilaxia para TV, o AZT (zidovudina), solução oral, deve ser administrado na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida do RN (BRASIL, 2018).

A NVP (nevirapina), outro antirretroviral, deverá ser associada ao AZT de acordo com alguns cenários clínicos: mães com CV-HIV maior que 1.000 cópias/mL registrada no último trimestre ou com CV-HIV desconhecida; sem uso de antirretroviral durante a gestação, uso de antirretroviral na gestação, mas CV desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL no 3º trimestre; histórico de má adesão, mesmo com CV <1.000 cópias/ mL no 3º trimestre; mãe com IST, especialmente sífilis; ou parturiente com resultado reagente no momento do parto (BRASIL, 2018).

Mães com uso de antirretroviral durante a gestação (pré-natal) e periparto e com CV documentada <1.000 cópias/mL no 3º trimestre, a indicação para o RN é de somente o uso de AZT (VO) por 4 semanas (BRASIL, 2018).

Para este estudo, 51,28% (n=20) de mães soropositivas, cujos tratamentos foram considerados adequados à recomendação terapêutica para seus respectivos recém-nascidos foi uso isolado de zidovudina, mas para cerca de 33,33%(n=13) de mães também consideradas adequadamente tratadas, houve a necessidade da associação de zidovudina mais nevirapina

para seus recém-nascidos. Das que não realizaram tratamento 7,69% (n=3), a quimioprofilaxia do recém-nascido, também contou com associação de zidovudina mais nevirapina.

Em Zimmermann et al. (2011), para todos os recém-nascidos estudados foi administrado a profilaxia com AZT oral; para Ziebell, Feil e Renner (2017), houve 15% de neonatos tratados com nevirapina associada ao AZT.

A pesquisa que teve como objetivo analisar as ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV, em um município de Belo Horizonte, obteve um total de apenas 18 mulheres (62,1%) que realizaram profilaxia antirretroviral durante o período gestacional, e 11 mulheres não tiveram acesso à profilaxia de prevenção à transmissão vertical ao HIV (LANA, LIMA, 2010). Já, 43,3% das gestantes infectadas pelo HIV, assistidas em um Pré-Natal de Alto Risco, receberam TARV para profilaxia da transmissão vertical (ROMANELLI *et al.*, 2006).

De acordo com o Fluxograma de conduta para crianças expostas à sífilis, certos cenários devem ser levados em consideração para a conduta clínica e o esquema de tratamento da sífilis neonatal, devem se levados em conta:

- Recém-nascidos sintomáticos, com alteração clínica, sorológica, radiológica e/ou hematológica, cujas mães com sífilis foram adequadamente tratadas, ou cuja mães com sífilis não foram tratadas ou foram inadequadamente tratadas (tratamento realizado com penicilina antes de 30 dias do parto, ou sem penicilina); e em recém-nascidos de mães tratadas, que possuam VDRL maior que o materno, ou menor ou igual ao materno sem possibilidades de seguimento clínico, ambos os casos com alterações nos exames.

- Para o esquema terapêutico desses recém-nascidos a acima citados, podemos citar o uso de Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias ou Penicilina cristalina, 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; Penicilina G benzatina(c), na dose única de 50.000 UI/kg, IM. (BRASIL, 2018).

- A dose única de penicilina G benzatina, 50.000 UI/Kg, é indicada nas situações de recém-nascidos assintomáticos de mães incorretamente tratadas, ou de mães tratadas sem possibilidade de acompanhamento clínico, ambos os casos com exames e VDRL negativos; e

em recém-nascidos, de mães tratadas, que possuem VDRL menor ou igual ao materno, com outros exames negativos. (BRASIL, 2018).

Neste estudo, tivemos a prevalência de tratamentos realizados inadequadamente, 41,94% (n=26) das gestantes, seguido da não realização dos tratamentos, 19,35% (n=12); resultados semelhantes a outros estudos (CHAVES *et al.*, 2014; FELIZ *et al.*, 2016). Devido, a inadequação e não realização desses tratamentos prévios, no presente estudo, houve a necessidade do uso de Penicilina G cristalina por parte dos recém-nascidos.

Do total de 28 gestantes/puérperas com sífilis que integraram a rede assistencial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, foram adequadamente tratadas 41,8%, e a falta de tratamento ocorreu em 83,6% (MAGALHÃES *et al.*, 2013). Em uma Maternidade, de um Hospital do Sudoeste Baiano, a prescrição de tratamento do uso da Penicilina, ocorreu para 95% de recém-nascidos, sendo que 65,5% das mães receberam o tratamento adequado (AZEVEDO, REIS, TELES, 2019).

Padovani, Oliveira e Peloso (2018), trazem que 53,70% das gestantes com sífilis, o tratamento foi considerado inadequado ou não realizado. Em relação ao tratamento dos recém-nascidos, a penicilina G cristalina foi prescrita para 18,37% dos recém-nascidos, e em 47,62% dos casos não foi realizado nenhum esquema terapêutico. Para o presente estudo, 9,68% das mães consideradas adequadamente tratadas não foram necessárias à realização de nenhuma profilaxia medicamentosa em seus respectivos recém-nascidos.

A dose única de Benzatril, também foi prescrita para recém-nascidos deste estudo, correspondendo 12,90% (n=8) de mães adequadamente tratadas. Cerca 36,1% de crianças expostas à sífilis, no período de 2000 a 2010, receberam dose única de Penicilina Benzatina (FELIZ *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde preconiza o acompanhamento clínico e laboratorial da criança exposta à sífilis e ao HIV, sendo a alta hospitalar acompanhada de consulta agendada em serviço especializado (BRASIL, 2018).

Nas crianças expostas ao HIV, os anticorpos maternos podem persistir na criança até os 18 meses de idade; sendo o diagnóstico definitivo do HIV, somente, realizado após essa idade, o que torna necessário a realização de testes periódicos que detectem o material genético do vírus, como a quantificação da carga viral (BRASIL, 2018).

Nos casos de HIV, para este estudo, temos 27,10% (n=29) para seguimento completo e 0,93%, somente 1 (uma) criança, não deu prosseguimento ao tratamento no pós-alta. No caso, da coinfeccção temos o predomínio de seguimento incompleto, 3,74% (n=4).

Acosta, Gonçalves e Barcellos (2016), trazem que a perda de seguimento foi maior para crianças expostas a mães coinfectadas, 29,6%, do que para de mães com monoinfecção por HIV, percentual de 26,0%. A perda de seguimento dos recém-nascidos expostos ao HIV, na cidade de Joinville, ocorreu em 22,6% deles (AMARAL *et al.*, 2010).

As crianças expostas à sífilis e as diagnosticadas com sífilis, o seguimento ambulatorial deve contar com a realização de testes não treponêmicos até os 18 meses de idade (com interrupção do seguimento laboratorial após 2 testes não treponêmicos não reagentes consecutivos, além de consulta oftalmológica e auditiva semestrais por 2 anos (BRASIL, 2018).

Neste estudo, as crianças expostas à sífilis foram as que mais completaram o seguimento ambulatorial no pós-alta, 31,78% (n=34); mas também para esta mesma infecção, temos o maior percentual de seguimento ambulatorial incompleto, 17,76% (n=19), e a não realização do mesmo, 8,41% (n=9).

Em uma pesquisa, envolvendo recém-nascidos expostos à sífilis na gestação, foi encontrada uma proporção alarmante de abandono do seguimento ambulatorial, em 63,8% dos casos (FELIZ *et al.*, 2016).

Ressalta-se para este estudo, dificuldade de se obter informações detalhadas nos prontuários eletrônicos analisados, referentes aos tratamentos realizados pelas mães, principalmente, as com sífilis, em que não se obtém informações/esclarecimentos sobre o motivo da inadequação do tratamento e sobre a realização ou não do tratamento por parte das parcerias sexuais.

Em relação ao seguimento ambulatorial, não se obteve esclarecimento se o acompanhamento clínico/laboratorial se restringe ao âmbito hospitalar e/ou se as crianças são encaminhadas para outros níveis de atenção à saúde.

Sugerem-se outros estudos prospectivos, que abarquem maiores populações de gestantes, preferencialmente, no pré-natal, para melhor rastreio e posterior diagnóstico de gestantes com sífilis e/ou HIV; além de, tentar detectar se a rede de atenção à saúde está

adequadamente preparada para diagnosticar e tratar as gestantes, assim como receber, posteriormente, os recém-nascidos expostos a alguma IST.

Ações preventivas permitem a conscientização precoce dos riscos da transmissão vertical, além de propulsionar o tratamento e acompanhamento adequado das mulheres e seus respectivos bebês.

5. CONCLUSÃO

Pôde-se verificar que durante o período de setembro de 2016 a agosto de 2017, a prevalência de puérperas com diagnóstico de IST, foi 4,6%; com grande acometimento de sífilis entre as gestantes, com predomínio da realização de tratamento inadequado entre elas, apesar de que esta infecção se revela de fácil prevenção e tratamento antes e durante a gestação.

Os recém-nascidos deste estudo, aparentemente, receberam profilaxia e manejo adequado durante e após o nascimento, mas observa-se grande percentual de falta de adesão ao seguimento ambulatorial, assim como a não realização do mesmo.

Portanto, o diagnóstico precoce, associado ao acompanhamento clínico adequado e aos cuidados multiprofissionais é importante para prover a apropriada adesão ao tratamento e a redução das taxas de transmissão vertical. Dessa forma, entende-se que a Residência Multiprofissional no espaço hospitalar é fundamental na construção da integralidade do cuidado no pré-natal, contribuindo com o fortalecimento das políticas públicas da saúde da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, L.M.W.; GONÇALVES, T.R.; BARCELLOS, N.T. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. **Rev Panam Salud Publica**. v.40, n.6, p. 435-42, 2016.

AMARAL, J. S. et al. Perda de seguimento e transmissão vertical do HIV na cidade de Joinville, SC – Brasil. **Arq Catarinenses de Med**. v. 39, n. 1, p. 51-55, 2010.

AZEVEDO, D.M.S.; REIS, R.B.S.; TELES, M.F. Incidência e Caracterização dos Casos de Sífilis Congênita na Maternidade de um Hospital do Sudoeste Baiano. **Id on Line Rev Mult Psic**. v.13, n.43, p. 387-397, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, Distrito Federal, 2016. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016> > Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico Sífilis**. Brasília, Distrito Federal, 2017. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017> > Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, Distrito Federal, 2015. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf> Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, Distrito Federal, 2018. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>> Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, Distrito Federal, 2018. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>> Acesso em: 10 jan. 2019.

CHAVES, J. et al. Sífilis Congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. **Rev da AMRIGS**. v.58, n.3, p. 187-92, 2014.

DAMASCENO, A.B.A. et al. Sífilis na gravidez. **Rev HUPE**. v.13, n. 3, p. 88-94, 2014.

FELIZ, M.C. et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Rev Bras Epidemiol**. v.19, n.4, p. 727-39, 2016.

KUPEK, E.; OLIVEIRA, J.F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Rev Bras Epidemiol.** v.15, n.3, p. 478-87, 2012.

LANA, F.C.F.; LIMA, A.S. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.4, p. 587-94, 2010.

MAGALHÃES, D.M.S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Públ.** v.29, n.6, p. 1109-20, 2013.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S.M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am Enferm.** v. 26, n. e3019, 2018.

SONDA, E.C. et al. Sífilis Congênita: uma revisão de literatura. **Rev Epidemiol Control Infect.** v.3, n.1, p. 28-30, 2013.

ROMANELLI, R.M.C. et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Rev Bras Saúde Matern Infant.** v.6, n.3, p.329-34, 2006.

SILVA, C.M. et al. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Enferm Internet.** v.71(sup11), p.613-21, 2018.

ZIEBELL, N.S.; FEIL, A.C.; RENNERT, F.W. Perfil epidemiológico das gestantes HIV positivas e de seus recém-nascidos em um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul no período de 2012-2013. **Rev da AMRIGS.** v.61, n.1, p. 84-87, 2017.

ZIMMERMANN, J.B. et al. Rastreio da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.33, n.4, p.170-5, 2011.