

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

MATHEUS AMORIM NEPOMUCENO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM PACIENTES
ASSISTIDOS EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

IMPERATRIZ
2018

MATHEUS AMORIM NEPOMUCENO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM PACIENTES
ASSISTIDOS EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal do
Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Bacharel em
Medicina

Orientador: Prof. Msc Pedro Mário Lemos da
Silva

IMPERATRIZ
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

NEPOMUCENO, MATHEUS AMORIM.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM PACIENTES
ASSISTIDOS EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO / MATHEUS
AMORIM NEPOMUCENO. - 2018.

33 f.

Orientador(a): PEDRO MÁRIO LEMOS DA SILVA.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2018.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Gravidez. 3. Infecções
Sexualmente Transmissíveis. 4. Notificação Compulsória.
I. SILVA, PEDRO MÁRIO LEMOS DA. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Matheus Amorim Nepomuceno

Título do TCC: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM
PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

Orientador: Pedro Mário Lemos da Silva

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Pedro Mário Lemos da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94044618.1.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.935.415

Apresentação do Projeto:

Introdução: A expressão infecções sexualmente transmissíveis (IST's), representa um conjunto de doenças que podem ser transmitidas por via sexual por meio de um indivíduo contaminado sem uso de preservativos. Alterações gestacionais, como imunossupressão relativa, mudanças anatômicas da gravidez e alterações hormonais, podem alterar o curso das IST's. As infecções na mãe podem impactar tanto a saúde materna quanto a fetal, e a transmissão pode se dar no período da gestação, durante o parto e no pós-parto. As IST's de notificação compulsória são infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, sífilis na gestação, sífilis congênita e as hepatites virais B e C. **Justificativa:** Mais de vinte tipos diferentes de doenças são propagadas através do contato sexual e representam um relevante problema de saúde pública por suas repercussões médicas, sociais e econômicas. **Objetivo geral:** Caracterizar o perfil epidemiológico relacionado aos desfechos "HIV na gestante e criança exposta, sífilis na gestação, sífilis congênita e as hepatites virais B e C em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical", notificados na cidade de Imperatriz, Maranhão, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo da natureza descritiva, do tipo transversal, documental, com abordagem quantitativa de dados sobre o perfil das doenças de notificação compulsória, ocorridos entre os anos de 2016 e 2017. **Resultados esperados:** Com a realização desta pesquisa, serão fornecidas informações epidemiológicas importantes. As informações

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética

CEP: 65.080-040

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.935.415

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo pesquisador e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1139898.pdf | 31/08/2018 01:33:28 | | Aceito |
| Outros | RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENTE_PDF.pdf | 31/08/2018 01:32:14 | MATHEUS AMORIM NEPOMUCENO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PDF_PROJETO.pdf | 31/08/2018 01:28:10 | MATHEUS AMORIM NEPOMUCENO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | WORD_PROJETO.doc | 31/08/2018 01:27:04 | MATHEUS AMORIM NEPOMUCENO | Aceito |
| Outros | TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf | 21/05/2018 23:04:54 | Pedro Mário Lemos da Silva | Aceito |
| Outros | TERMO_FIEL_DEPOSITARIO.pdf | 21/05/2018 23:04:09 | Pedro Mário Lemos da Silva | Aceito |
| Outros | TERMO_DE_AUTORIZACAO.pdf | 21/05/2018 23:03:07 | Pedro Mário Lemos da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | JUSTIFICATIVA.docx | 21/05/2018 23:00:53 | Pedro Mário Lemos da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 21/05/2018 22:51:17 | Pedro Mário Lemos da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir realizar este trabalho, a minha família que sempre me serviu de apoio em todas minhas necessidades, agradeço ao professor Pedro Mário por sua orientação durante toda essa jornada. Dirijo meus agradecimentos às funcionárias do Complexo de Saúde do Parque Anhanguera, que tanto me ajudaram na coleta de dados e foram sempre solícitas em tudo que necessitei.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| aids | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ARV | Antirretroviral |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| ISTs | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| RN | Recém-nascido |
| SC | Sífilis Congênita |
| SG | Sífilis Gestacional |
| SIM | Sistema de Informações sobre Mortalidade |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| Sinasc | Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos |
| TV | Transmissão Vertical |

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico relacionado aos desfechos “HIV na gestante e criança exposta, sífilis na gestação, sífilis congênita e as hepatites virais B e C em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical”, notificados na cidade de Imperatriz, Maranhão, Brasil, notificados em 2016 e 2017. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo, do tipo transversal, documental, do tipo levantamento epidemiológico, utilizando dados secundários do Sinan e SIM/ SINASC. **Resultados:** Foram notificados 504 pacientes durante 2016 e 2017, sendo 205 gestantes e 299 crianças. Predominaram gestantes pardas (81%) e crianças pardas (83,6%), com ensino fundamental incompleto (38%), notificação no pré-natal (32,7%) e procedentes do Maranhão, gestantes (92,2%) e crianças (92,3%). **Conclusão:** Faz-se necessária a adoção de novas estratégias para prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis e conseqüente redução das mesmas.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Notificação Compulsória; Gravidez; Cuidado Pré-Natal.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| FOLHA DE ROSTO | 10 |
| RESUMO..... | 11 |
| INTRODUÇÃO | 12 |
| METODOLOGIA..... | 14 |
| RESULTADOS | 18 |
| DISCUSSÃO | 20 |
| CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES..... | 24 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 26 |
| ILUSTRAÇÕES | 29 |

FOLHA-DE-ROSTO**A) MODALIDADE DO MANUSCRITO;**

Artigo original.

B) TÍTULO DO MANUSCRITO, EM PORTUGUÊS, INGLÊS E ESPANHOL;

Em português: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO.

Em inglês: EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SEXUALLY TRANSMISSIBLE INFECTIONS OF COMPULSORY NOTIFICATION IN PATIENTS ASSISTED IN A CITY IN NORTHEAST BRAZILIAN.

Em espanhol: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES DE NOTIFICACIÓN COMPULSORIA EN PACIENTES ASISTIDOS EN UNA CIUDAD DEL NORDESTE BRASILEÑO.

C) TÍTULO RESUMIDO, PARA REFERÊNCIA NO CABEÇALHO DAS PÁGINAS;

Perfil epidemiológico das ISTs de notificação compulsória em uma cidade do NE brasileiro.

D) NOME COMPLETO DOS AUTORES E DAS INSTITUIÇÕES A QUE PERTENCEM (SOMENTE UMA INSTITUIÇÃO POR AUTOR, INCLUINDO UNIDADE OU DEPARTAMENTO), CIDADE, ESTADO E PAÍS;

Matheus Amorim Nepomuceno, discente do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão, Centro de ciências sociais, saúde e tecnologia, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

Pedro Mário Lemos da Silva, docente do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão, Centro de ciências sociais, saúde e tecnologia, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

E) ENDEREÇO ELETRÔNICO DE TODOS OS AUTORES;

Matheus Amorim Nepomuceno: nepomuk149@gmail.com

Pedro Mário Lemos da Silva: pedromario@uol.com.br

F) ENDEREÇO COMPLETO E ENDEREÇO ELETRÔNICO, NÚMEROS DE TELEFONES DO AUTOR CORRESPONDENTE;

Matheus Amorim Nepomuceno: Rua Saturnino Belo, nº: 602, Bairro Santa Rita.

E-mail: nepomuk149@gmail.com

Telefone: (99)991129025

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico relacionado aos desfechos “HIV na gestante e criança exposta, sífilis na gestação, sífilis congênita e as hepatites virais B e C em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical”, notificados na cidade de Imperatriz, Maranhão, Brasil, notificados em 2016 e 2017. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo, tipo transversal, documental, do tipo levantamento epidemiológico, utilizando dados secundários do Sinan e SIM/ SINASC. **Resultados:** Foram notificados 504 pacientes durante 2016 e 2017, sendo 205 gestantes e 299 crianças. Predominaram gestantes pardas (81%) e crianças pardas (83,6%), com ensino fundamental incompleto (38%), notificação no pré-natal (32,7%) e procedentes do Maranhão, gestantes (92,2%) e crianças (92,3%). **Conclusão:** Faz-se necessária a adoção de novas estratégias para prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis e consequente redução das mesmas.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Notificação Compulsória; Gravidez; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: To characterize the epidemiological profile related to the outcomes "HIV in the pregnant woman and exposed child, syphilis in pregnancy, congenital syphilis and viral hepatitis B and C in pregnant women and children exposed to the risk of vertical transmission", reported in the city of Imperatriz, Maranhão, Brazil, reported in 2016 and 2017. Methods: A descriptive, cross-sectional, documentary, epidemiological survey was conducted using secondary Sinan and SIM / Sinasc. Results: 504 patients were notified during 2016 and 2017, of which 205 were pregnant and 299 were children. They prevailed pregnant women (81%) and brown children (83.6%), with incomplete elementary education (38%), pre-natal notification (32.7%) and Maranhão, pregnant women (92.2%) and children (92.3%) Conclusion: It is necessary to adopt new strategies for the prevention and control of sexually transmitted infections and consequent reduction of them.

Key words: Sexually Transmitted Diseases; Mandatory Reporting; Pregnancy; Prenatal Care.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil epidemiológico relacionado a los resultados "VIH en la gestante y niño expuesto, sífilis en la gestación, sífilis congénita y las hepatitis virales B y C en gestantes y niños expuestos al riesgo de transmisión vertical", notificados en la ciudad de Imperatriz, Maranhão, Brasi, notificados en 2016 y 2017. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, del tipo transversal, documental, del tipo levantamiento epidemiológico, utilizando datos secundarios del Sinan y SIM / SINASC. Resultados: Fueron notificados 504 pacientes durante 2016 y 2017, siendo 205 mujeres embarazadas y 299 niños. Predominaron gestantes pardas (81%) y los niños pardos (83,6%), con educación básica incompleta (38%), notificación en el prenatal (32,7%) y procedentes de Maranhão, mujeres embarazadas (92,2%) y niños (92,3%). Conclusión: Se hace necesaria la adopción de nuevas estrategias para la prevención y control de las infecciones sexualmente transmisibles y consecuente reducción de las mismas.

Palabras-clave: Enfermedades de Transmisión Sexual; Notificación Obligatoria; Embarazo; Atención Prenatal.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e suas complicações estão entre as principais causas envolvidas no uso de serviços de saúde em países em desenvolvimento. A alta incidência de tais infecções em mulheres usuárias de serviços de pré-natal e clínicas de ginecologia e planejamento familiar é um indicador da importância do problema. A maioria das ISTs é assintomática em mulheres, e suas consequências podem ser graves, até fatais, tanto para elas quanto para seus filhos. O conhecimento da prevalência de ISTs em mulheres grávidas em uma determinada região é necessário para implementar a prevenção e intervenção controlando a propagação das doenças e sua transmissão vertical (TV).¹

Alterações gestacionais, como imunossupressão relativa, mudanças anatômicas da gravidez e alterações hormonais, podem alterar o curso das ISTs. As infecções na mãe podem impactar tanto a saúde materna quanto a fetal, e a transmissão pode se dar no período da gestação, durante o parto e no pós-parto.²

O Ministério da Saúde preconiza que o teste rápido para detectar o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e vírus da hepatite B deva ser realizado na primeira consulta ou no primeiro trimestre da gravidez. Caso não seja reagente neste momento para HIV, deve-se repetir o teste rápido no terceiro trimestre. Já o teste rápido para sífilis deve ser realizado na primeira consulta, no primeiro trimestre, no início do terceiro trimestre, no parto e após um aborto. Não se recomenda a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal devido aos baixos índices de detecção do agravo em gestantes, e ainda não existe imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C.³

A epidemia de sífilis que afetou a Europa no século XV coincidiu com o retorno de Cristóvão Colombo de suas expedições pela América. Embora existam controvérsias sobre

se realmente foram os espanhóis que levaram a sífilis para a Europa, há indícios de que Cristóvão Colombo sofreu da doença e morreu dela em 1506.³ Foi determinada em 2010, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), uma meta para a redução da incidência de SC na América Latina para 0,5 casos/1.000 nascidos vivos até 2015.⁴

Os dados brasileiros, expressos no Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2017, demonstram não só o fracasso em atingir essa meta, como também as crescentes taxas de incidência e mortalidade infantil por essa doença. Entre 2016 e 2017 a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes nesse período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente.⁵

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma das prioridades de saúde do mundo. Apesar dos progressos significativos na prevenção de novas infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e na redução anual de mortes relacionadas à doença, a quantidade de pessoas vivendo com o vírus.⁶

Esse tipo de transmissão pode ocorrer ao longo da gestação, durante o trabalho de parto, parto ou por meio da amamentação, sendo que cerca de 35% da transmissão vertical ocorre durante a gestação, 65% no parto e, no período de aleitamento materno, há um risco acrescido de 7% a 22% por mamada.⁶

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São causadas por diferentes agentes etiológicos, hepatotrópicos. A transmissão do vírus da hepatite B se faz por via parenteral, solução de continuidade e, sobretudo, por relações sexuais desprotegidas. A transmissão vertical (mãe-filho) também é causa frequente de disseminação do vírus, sobretudo no final da gravidez. A principal forma de transmissão do vírus da hepatite C é por via parenteral, sendo pouco frequente por via sexual (risco menor de 1% em

parceiros estáveis) e ocorre, principalmente, em pessoas com múltiplos parceiros sexuais e nas que se envolvem em prática sexual de risco (sem uso de preservativo).²

Essas infecções, sempre que identificadas/diagnosticadas devem ser notificadas/comunicadas à autoridade sanitária por profissional de saúde ou qualquer cidadão. A notificação é obrigatória nos casos de sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais B e C, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, conforme e a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.⁷

Considerando-se a gravidade dos problemas relacionados à alta incidência das ISTs, é importante que os profissionais de saúde e gestores tenham acesso a informações explicativas da magnitude do problema em cada região, com base na situação epidemiológica, e assim possuam subsídios para o planejamento e monitoramento das intervenções a serem tomadas.

Este trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico relacionado aos desfechos “HIV na gestante e criança exposta, sífilis na gestação, sífilis congênita e as hepatites virais B e C em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical”, notificados na cidade de Imperatriz, Maranhão, Brasil, notificados em 2016 e 2017.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, tipo transversal, documental, do tipo levantamento epidemiológico, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), alimentado pelas fichas de notificação compulsória, que consistem em um formulário padronizado com informações sociodemográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde do qual se delineou o perfil dos casos de notificação compulsória de gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, com diagnóstico de HIV/ aids,

sífilis e hepatites B e C atendidos na cidade de Imperatriz, Maranhão, ocorridos nos anos de 2016 e 2017.

A pesquisa foi estruturada pela coleta de dados dos departamentos de IST/ aids, hepatites virais e do departamento SIM/ Sinasc, realizada durante o mês de outubro de 2018, tais setores contém dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) localizados no Complexo de Saúde do Parque Anhanguera, prédio da Vigilância em saúde de Imperatriz.

A população do estudo foi constituída por todos os casos notificados de sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC), HIV/aids e hepatites B e C, em gestantes e crianças expostas ao risco de TV, durante os anos de 2016 e 2017, na cidade de Imperatriz. Foram excluídos os casos duplicados, identificados a partir da análise do Sinan. Foram estudadas as variáveis de acordo com as informações das fichas de notificação das gestantes e crianças, a saber:

a) Sociodemográficas maternas:

- Cidade e unidade federativa de residência;

- Idade (em anos: 14 a 20 anos; 21 a 25 anos; 26 a 30 anos; 31 a 35 anos; 36 a 40 anos; > 40 anos);

- Raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena);

- Escolaridade (não possuíam escolaridade, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Superior incompleto, Ensino Superior completo, ignorado).

- Trimestre gestacional (1º, 2º, 3º trimestre, ignorado);

b) Sociodemográficas das crianças:

- Idade (menor de 1 ano, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 5anos, 9 anos);

- Cidade e unidade federativa de residência;

- Sexo (masculino, feminino, ignorado);

- Raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena).

c) Clínicas da gestante:

- Classificação clínica da doença (primária, secundária, terciária; latente, ignorada/em branco);

- Esquema de tratamento prescrito à gestante (penicilina G benzantina 2.400.000 UI, penicilina G benzantina 4.800.000 UI, penicilina G benzantina 7.200.000 UI, outro esquema, não realizado, ignorado);

- Tratamento do parceiro (sim, não, ignorado);

- Uso de antirretroviral (ARV) na gestante HIV (sim, não, ignorado);

- Profilaxia ARV na gestante HIV (sim, não, ignorado);

- Evidência laboratorial na gestante HIV (antes do pré-natal, durante o pré-natal, durante o parto, após o parto);

- Gestante HIV tipo de parto (vaginal, cesárea eletiva, cesárea de urgência, não se aplica, ignorado);

- Uso ARV na criança HIV (ignorado, nas primeiras 24h, após 24h, não se aplica);

- Realização de pré-natal (sim, não, ignorada).

- Forma clínica da hepatite (hepatite aguda, hepatite crônica/ portador assintomático, inconclusivo, ignorado);

- Vacinação para hepatite B (completa, incompleta, não vacinada, ignorado).

d) Clínicas da criança:

- Momento do diagnóstico de sífilis materna nos casos de sífilis congênita (durante o pré-natal, no momento do parto/ curetagem, após o parto, não realizado, ignorado);

- Titulação de VDRL em líquido (reagente, não reagente, não realizado, ignorado);

- Evolução do caso (vivo, óbito por sífilis congênita, óbito por outras causas, aborto, natimorto);

Esquema de tratamento (adequado, inadequado, não realizado, ignorado);

A análise e o processamento desses dados deram-se por meio dos programas Office Excel 2010 (Microsoft®) e Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 18. Os resultados foram descritos por meio de frequências relativa e/ou absoluta, em seguida, representados por meio de tabelas permitindo assim, a análise precisa, clara e objetiva dos resultados.

O estudo obteve anuência do Departamento de Atenção Básica de Imperatriz e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): (94044618.1.0000.5087), número do parecer: 2.935.415. Por tratar-se de dados secundários, o sigilo e a confidencialidade foram assegurados pelos pesquisadores responsáveis.

RESULTADOS

A partir dos dados coletados foi possível traçar o perfil epidemiológico das gestantes e das crianças portadoras de ISTs, atendidas na cidade de Imperatriz, Maranhão, durante os anos de 2016 e 2017. Ao todo foram notificados 504 pacientes durante o mesmo período de tempo, sendo 205 gestantes e 299 crianças. Destes agravos, 300 (59,5%) foram diagnosticados em 2016 e 204 (40,5%) em 2017.

Com relação à frequência das ISTs em gestantes, a mais frequente foi a sífilis (51,2%), seguida pelo HIV (36,1%), pela hepatite B (11,7%) e pela hepatite C (1%). Os percentuais das infecções nas crianças foram predominantemente causados pela sífilis (95,3%), seguido pelo HIV (4,4%) e houve um caso de hepatite C, não houve notificação em crianças com hepatite B, os dados podem ser observados na tabela 1.

No que se refere à procedência dos pacientes, nas tabelas 1 e 2, evidenciou-se que os mesmos vinham de três estados, Maranhão 92,2% das gestantes e 92,3% das crianças, do Pará (4,4% das gestantes e 1,7% das crianças) e do Tocantins (3,4% das gestantes e 6% das crianças). Imperatriz recebeu pacientes oriundos de 45 cidades, sendo que 30 delas eram maranhenses, 12 do Tocantins e 3 procedentes do Pará. Imperatriz foi a cidade com maior frequência de residência das gestantes (47,3%) e crianças (48,9%), o restante dos casos foram oriundos de cidades próximas à Imperatriz, como João Lisboa (6,3% das gestantes e 6% das crianças) e Açailândia com uma porcentagem em torno de 6% de ambos.

A idade das mulheres variou de 14 a 43 anos e das crianças até um ano. Houve um maior percentual de adultas jovens com idade inferior aos 20 anos (35,1%), seguidas daquelas com idades entre 21 e 25 anos (28,3%). A idade das crianças variou de menor 1 ano (96,4%) até 9 anos (1 caso). Como observado nas tabelas 2 e 3.

Com relação ao trimestre gestacional no momento da notificação, 32,7% destas correspondiam ao terceiro, 21,4% ao primeiro e 17,6% ao segundo trimestres. Como demonstrado na tabela 2.

A cor da pele predominante nas gestantes foi a parda (81%), seguida pela branca (8,3%) e pela preta (5,8%). Quanto às crianças, houve uma distribuição semelhante a das gestantes, em que a cor de pele parda predominou (83,6%) e a cor branca representou apenas 6%. Diferentemente das gestantes, nas crianças a raça indígena (2,7%) foi mais predominante do que a raça negra (2,3%).

Os resultados obtidos sobre a escolaridade das gestantes podem ser observados na tabela 2. Uma grávida era analfabeta, 38% possuíam o ensino fundamental incompleto, 8,3% o ensino fundamental completo, 18,5% o ensino médio incompleto, 25,4% o ensino médio completo, 1,5% o ensino superior incompleto e uma possuía o ensino superior completo, além disso, em 7,3% dos casos a escolaridade foi ignorada.

Como demonstrado na tabela 3, o sexo predominante nas 299 crianças notificadas com os agravos foi o masculino (50,5%), e o sexo feminino teve uma frequência de 45,5%. Houve ainda 12 casos em que a variável sexo foi ignorada.

Com relação às variáveis clínicas da SG, foram levantados dados a respeito do esquema de tratamento, tratamento do parceiro, e classificação clínica. Quanto aos pacientes com HIV, foram obtidas informações sobre a realização do pré-natal, evidência laboratorial com relação à gestação, o uso do antirretroviral (ARV), se houve profilaxia ARV durante a gravidez, a evolução da gestação, sobre o uso de ARV na criança e o tipo de parto. Para as hepatites virais B e C, foram elencadas informações sobre a forma clínica e se a paciente tomou a vacina para hepatite B. Os valores são demonstrados na tabela 4.

Observou-se nos casos de SG quanto ao esquema de tratamento a maior parte utilizou Penicilina G benzatina 2400000 UI (42,9%), quanto ao tratamento do parceiro esse dado foi ignorado na maioria dos casos (58,1%) e a sífilis primária predominou com 47,6%. Com relação às gestantes com HIV a maioria realizou pré-natal (98,6%), a evidência laboratorial foi maior durante o pré-natal (48,6%), a maioria utilizou ARV (94,6%), e prevaleceram quanto a uso de profilaxia ARV (94,6% fizeram), evolução da gestação (nascido vivo - 95,9%), uso de ARV na criança (nas primeiras 24 h - 94,5%), tipo de parto (cesárea eletiva - 78,4%). Quanto gestantes notificadas com hepatites B e C no caso de vacinação para hepatite B a maioria foi vacinada de forma completa (38,5%), e a hepatite aguda prevaleceu quanto à forma clínica (42,3%).

A tabela 5 traz as variáveis clínicas que foram possíveis de se levantar com relação às crianças que foram notificadas durante o biênio estudado. Resalta-se que, não foi possível a obtenção de dados clínicos com relação aos agravos: HIV e as hepatites virais B e C em crianças, em virtude do tempo para a defesa do trabalho. Porém, ao estudar os dados das gestantes, foi possível complementar as informações.

DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico das gestantes com ISTs de notificação compulsória deste estudo coincide com outras pesquisas realizadas no Brasil,⁸ a maioria eram mulheres jovens entre 20 e 30 anos de idade, e 35,1% eram adolescentes.

Alguns trabalhos relacionados ao tema mostram que para a maioria dos jovens, a escola seria a instituição mais importante para receber informações sobre IST, como forma de prevenção.^{9, 10} O conhecimento é uma variável importante para a prevenção. Contudo, foi observado um significativo percentual dessa população com baixa escolaridade, determinante que pode ter cooperado para a aquisição das infecções, pois, o baixo conhecimento limita o

entendimento das medidas de prevenção.¹¹ Além disso, semelhante a outros estudos com ISTs a raça predominante tanto em crianças como nas grávidas foi a parda.^{8, 12} As mulheres em geral tinham baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto (38%), o que faz parte de uma série de fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis.¹³

O presente estudo demonstrou que a maioria dos casos de SG foi classificada como sífilis primária (47,6%), percentuais semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em Palmas.¹⁴ Diferindo do fase mais incidente em rastreamentos, fase latente. Admitindo-se erros de interpretação e classificação da fase clínica da sífilis, isto pode resultar em tratamentos inadequados, fomentando a TV do *Treponema pallidum*.³

Em conformidade com estudos anteriores,¹² o número de parceiros não tratados ou que a informação foi ignorada nas fichas das gestantes com sífilis ultrapassa 90%. Quando os parceiros são deixados sem tratamento ou tratados inadequadamente, o risco de transmissão vertical aumenta por conta da reexposição de gestantes ao agente infeccioso.¹⁴ Em nosso país, a visita do parceiro à Unidade de Saúde é dependente da gestante. Portanto, é necessário que a mulher seja adequadamente informada sobre a importância do tratamento.¹²

O estudo evidenciou que 27,6% das gestantes não haviam recebido qualquer dose de penicilina G benzatina, valores semelhantes aos encontrados em outro estudo realizado em Minas Gerais.¹⁶ O tratamento com penicilina G benzatina por via parenteral é importante, pois, é o único cuja eficácia na sífilis durante a gravidez está documentada. Além disso, estratégia mundial para controle da sífilis congênita tem como definida a seguinte meta: mais de 90% das gestantes com sorologia positiva para sífilis tratadas com pelo menos uma dose de penicilina G benzatina.¹⁷

O tratamento da gestante deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico da sífilis e estar de acordo com o estágio clínico da infecção. Na indefinição do estágio da doença, e caso não seja possível conhecer a história de tratamento prévio adequado deve-se administrar o tratamento para sífilis terciária ou latente tardia.⁷ O tratamento foi considerado inadequado ou não realizado em 87,4% das mães dos pacientes com SC. Dados semelhantes foram apresentados por outro estudo em que se encontrou 85%.⁸

O teste do líquido em pacientes com SC foi realizado em apenas um paciente de um total de 285, e em 99,7% dos casos o VDRL líquido não foi realizado ou tinha a informação ignorada. Quanto a este resultado, os dados são muito superiores ao de um outro estudo que encontrou 47%.⁸ Tais resultados mostram a inobservância dos profissionais com a investigação da SC, e em especial da neurosífilis, de grave morbidade para o recém-nascido (RN).¹⁸

Conforme o Centro de Controle de Doenças de São Paulo, 40% dos casos de SC acabam em morte fetal (abortamento espontâneo, natimorto) ou morte neonatal precoce.¹⁹ Neste estudo encontrou-se 80,7% de nascidos vivos para os casos de sífilis congênita, e apenas 0,7% dos casos terminaram em óbito. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado em Palmas.¹⁴ Com relação ao diagnóstico materno de SG 39,6% foram diagnosticadas durante o pré-natal o que pode significar um desfecho mais favorável dos casos.¹¹

Constatou-se que 98,6% das gestantes com HIV realizaram o pré-natal, semelhante a um estudo cearense²⁰ que obteve mais de 90%, sendo que, 48,6% tiveram evidência laboratorial durante o pré-natal. Período de grande importância no qual a redução da transmissão vertical do HIV pode ser alcançada de forma mais efetiva, no caso de haver o

diagnóstico precoce da infecção durante esse período, o que destaca a importância das ações na rede de atenção básica.^{17,18}

A literatura indica que gestantes aderentes ao pré-natal também tendem a apresentar maiores níveis de adesão à medicação antirretroviral.²¹ A adesão rigorosa aos antirretrovirais é um ponto importantíssimo, visto que, a carga viral materna elevada constitui um fator de destaque que se associa ao risco de transmissão materno-infantil do HIV.²² Os resultados do presente estudo mostraram que 94,6% das gestantes apresentaram adesão à medicação antirretroviral durante o pré-natal, valores maiores do que outro estudo feito no Rio Grande do Sul.²³

A administração da profilaxia ARV nas gestantes durante o parto foi evidenciada em 94,6% dos casos. Sua via de administração é por via intravenosa e é administrada independente da carga viral, sendo capaz de reduzir de forma expressiva a carga plasmática do HIV para níveis indetectáveis. Tornando-se um importante meio de prevenção contra a TV do HIV.²⁴ Os valores são maiores que os de um estudo cearense que obteve 67%.⁶

O Ministério da Saúde recomenda administração de ARV durante o trabalho de parto. Quanto ao início da profilaxia antirretroviral em crianças nascidas de mães soropositivas, observou-se que 94,6% das crianças expostas iniciaram a profilaxia antirretroviral nas primeiras 24 horas do nascimento, o que supera os valores de outro estudo realizado no Ceará.⁶

O tipo de parto nas gestantes notificadas com HIV foi na maioria dos casos a cesárea eletiva (78,3%), em conformidade com outro estudo,²⁵ a cesárea de urgência foi ainda realizada em 12,2% dos partos. O parto Cesário é destacado como o mais recomendado e seguro, pois o risco de transmissão vertical para o RN é mínimo.²⁰

Por serem doenças silenciosas, que não apresentam sintomas específicos e podem evoluir assintomáticas, o principal desafio é o diagnóstico das hepatites, pois, grande parte das pessoas infectadas não sabe que têm o vírus. Desse modo, é importante que seja realizada a ampliação e qualificação da rede para prevenção e tratamento bem como, a divulgação de informações sobre as doenças.²⁶

Quanto as gestantes notificadas com hepatite B ou C a forma clínica predominante foi a hepatite aguda (42,3%), diferentemente de outro estudo realizado no Acre em que a maioria das grávidas tinham como forma clínica a crônica com 93,1%.²⁷ A identificação da forma clínica da doença, como aguda, crônica ou fulminante, pode basear e identificar as condutas a serem tomadas quando estas pacientes são notificadas.²⁸

É válido destacar que existe imunização contra hepatite B, e esta é possível por meio de vacina, o que consiste na medida mais eficaz para prevenção da doença.²⁸ Contudo, mesmo que a vacina seja disponível, a cobertura vacinal foi inadequada para as gestantes com hepatites virais, relata-se que apenas 38,4% destas gestantes foram vacinadas de maneira completa, valores maiores que encontrados num estudo realizado na Bahia²³, destaca-se que 46,2% delas não foram vacinadas ou foi vacinada de forma incompleta. Essa baixa adesão da população à vacina talvez possa relacionar-se à falta de conhecimento sobre a importância da imunização, sobre a doença e ao fato de só recentemente a vacina ter sido disponibilizada de uma forma ampla nas unidades de saúde.²⁷

Esse estudo teve como fator de limitação o fato de ter analisado dados secundários, o que pode estar sujeito às falhas de preenchimento e/ou falta das informações. Dada a possibilidade de sub-registros, subnotificações e baixa qualidade das informações registradas. Entretanto, acredita-se que ao analisar os dados das duas populações, ou seja,

gestantes e crianças, minimizaram-se esses problemas, na medida em que foi possível complementar as informações quando estas estavam ausentes em qualquer uma das fichas.

As informações coletadas nas notificações das gestantes e crianças portadoras de infecções sexualmente transmissíveis, atendidas na cidade de Imperatriz, Maranhão, permitiram a identificação do perfil epidemiológico e informações clínicas dessas populações no biênio de 2016 e 2017. Os resultados apresentados levam à constatação da fragilidade dos serviços de saúde quanto ao controle da ISTs de notificação compulsória. Foram encontradas falhas importantes, tais como a falta de preenchimento correto das fichas de notificação, que podem interferir no diagnóstico e acompanhamento, seja das gestantes durante o pré-natal, seja da criança, destacando-se o não tratamento adequado.

Para obter o máximo de benefício e resolução, as estratégias de prevenção e controle das ISTs devem basear-se no perfil das populações expostas, identificando sua área de residência, idade, escolaridade, trimestre de notificação. Nessa perspectiva, este estudo traz contribuições que poderão orientar as ações dos serviços de saúde relacionadas à testagem e aconselhamento. É preciso que esses departamentos exerçam seu papel de forma consciente, de maneira a diminuir um risco totalmente evitável mediante um diagnóstico oportuno, tratamento adequado e educação em saúde dos pacientes.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Nepomuceno MA e Lemos PMS participaram de todas as etapas da elaboração deste manuscrito, incluindo a concepção do estudo, a análise dos dados e redação do manuscrito, com a posterior aprovação da versão final, garantindo a fidedignidade dos dados, integridade e precisão das informações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima LHM, Viana MC. Prevalence and risk factors for HIV, syphilis, hepatitis B, hepatitis C, and HTLV-I/II infection in low-income postpartum and pregnant women in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009;25(3):668–76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Costa MC, Azulay DR, Dias MFRG, Demarch EB, Périssé ARS, Nery JADC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: Uma síntese de particularidades. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2010;85(6):767–85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n6/v85n6a02.pdf>
3. Valderrama J. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Am J Public Health*. 2004;16(3):211–7.
4. Pan American Health Organization. 2010 Situation Analysis: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington (DC):PAHO. 2011.
5. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. Secr Vigilância em Saúde Programa Nac DST e AIDS [Internet]. 2017;48(36):44. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
6. Lima ACMACC, Costa CC, Teles LMR, Damasceno AKC, Oriá MOB. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. *ACTA Paul Enferm*. 2014;27(4):311–8.
7. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. n. 186. Brasília: Ministério da Saúde: 2015.
8. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(2):563–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=pt&tlng=pt
9. Pinto VM, Basso CR, Barros CR S, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(7):2423–32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702423&lng=pt&tlng=pt
10. Almeida RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Hora JM, Linard AG, Coutinho NPS, Oliveira PS. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. *REBEn* [Internet]. 2017;70(5):1087–94. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501033&lng=en&nrm=iso&tlng=en

11. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):766–74.
12. Muricy CL, Júnior VLP. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2015;48(1):7–108.
13. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde. 2016.
14. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014 *. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2017;26(2):255–64. Available from: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000200255&scielo=S2237-96222017000200255
15. Miranda AE, Filho ER, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2009;42(4):386–91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n4/a06v42n4>
16. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2015;24(4):681–94. Available from: http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742015000400010&scielo=S2237-96222015000400681
17. Organização Mundial da Saúde. Eliminação Mundial Da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia Para Ação. *Organ Mund Saúde*. 2008;1:46.
18. Menezes MLB, Marques CAS, Leal TMA, Melo MC, Lima PR. Neurosífilis Congênita: Ainda um Grave Problema de Saúde Pública. *J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3–4):134–8.
19. Secretaria de Estado da Saúde (SP). Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids - SP. Programa Estadual DST/Aids de São Paulo. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2016. 112 p.
20. Cavalcante MS, Silveira ÂCB da, Ribeiro AMS, Ramos Júnior AN. Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2008;8(4):473–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400013&lang=es
21. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do hiv e terapia antirretroviral em gestantes - 2010. 2010;1–146.
22. Bardeguéz AD, Lindsey JC, Shannon M, Tuomala RE, Cohn SE, Smith E, et al. Adherence to Antiretrovirals Among US Women During and After Pregnancy. *Des Eng*. 2008;48(4):408–17.
23. Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves, Gonçalves TR, Santos

- BR. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. *Psicol Teor e Pesqui.* 2014;30(2):197–203.
24. Lima SS, Souza LC, Santos MV dos, Martins JP, Oliveira MC, Brasileiro ME. HIV na gestação : pré-natal , parto e puerpério. *Ciência e Saúde.* 2017;10(1):56–61.
 25. Barbosa BLFA, Marques AK, Guimarães JV. Gestantes Hiv Positivas E Os Fatores De Risco Relacionados À Transmissão Vertical Do Hiv. *Rev enferm UFPE line.* 2018;12(1):171–8.
 26. Ferreira CO, Davoglio RS, Silva AA , Viana ASA, Rezende REA, Gomes AVTM. Perfil Epidemiológico Dos Usuários De Um Centro De Testagem E Aconselhamento Da Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública [Internet].* 2017;40(2):388–409. Available from: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1980>
 27. Amaral TLM, Prado PR, Monteiro GTR, Ribeiro T S, Mendonça DP. Hepatite B e C na gestação: características maternas e neonatais. *R Interd.* 2015;8(3):143–50.
 28. Ministério de Saúde (BR). *Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso.* 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 2010;77–91.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Frequência de pacientes diagnosticados com ISTs, notificadas no Sinan no município de Imperatriz, Maranhão, 2016-2017.

| Agravos | Frequência de IST | | | |
|------------------|-------------------|------------|------------|------------|
| | GESTANTES | | CRIANÇAS | |
| | N | % | N | % |
| HIV ^a | 74 | 36,1 | 13 | 4,4 |
| Sífilis | 105 | 51,2 | 285 | 95,3 |
| Hepatite B | 24 | 11,7 | - | - |
| Hepatite C | 2 | 1 | 1 | 0,3 |
| Total | 205 | 100 | 299 | 100 |

a) HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana.

Fonte: Sinan.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes com ISTs (n=205), de acordo com as variáveis sociodemográficas, notificadas no Sinan no município de Imperatriz, Maranhão, 2016-2017.

| GESTANTES | | | |
|---|-----|-------|--|
| Variáveis | N | % | |
| Faixa etária | | | |
| 14 a 20 anos | 72 | 35,1 | |
| 21 a 25 anos | 58 | 28,3 | |
| 26 a 30 anos | 42 | 20,5 | |
| 31 a 35 anos | 23 | 11,2 | |
| 36 a 40 anos | 8 | 3,9 | |
| 40 a 43 anos | 2 | 1 | |
| Idade média (anos) | | 23,98 | |
| Raça/ cor | | | |
| Branca | 17 | 8,3 | |
| Preta | 12 | 5,8 | |
| Amarela | 1 | 0,5 | |
| Parda | 166 | 81 | |
| Indígena | 2 | 1 | |
| Ignorado | 7 | 3,4 | |
| Cidade de residência | | | |
| Imperatriz | 97 | 47,3 | |
| João Lisboa | 13 | 6,3 | |
| Açailândia | 12 | 5,9 | |
| Bom Jesus das Selvas | 10 | 4,9 | |
| Buritucupu | 9 | 4,4 | |
| Outras cidades | 64 | 31,2 | |
| Unidade federativa de residência | | | |
| Maranhão | 189 | 92,2 | |

| Tabela 2 – Continuação | | |
|---|------------|------------|
| Unidade federativa de residência | N | % |
| Pará | 9 | 4,4 |
| Tocantins | 7 | 3,4 |
| Escolaridade | | |
| Não possuíam escolaridade | 1 | 0,5 |
| Ensino fundamental incompleto | 78 | 38 |
| Ensino fundamental completo | 17 | 8,3 |
| Ensino médio incompleto | 38 | 18,5 |
| Ensino médio completo | 52 | 25,4 |
| Ensino superior incompleto | 3 | 1,5 |
| Ensino superior completo | 1 | 0,5 |
| Ignorado | 15 | 7,3 |
| Trimestre gestacional | | |
| Primeiro | 44 | 21,5 |
| Segundo | 36 | 17,6 |
| Terceiro | 67 | 32,7 |
| Ignorado | 58 | 28,3 |
| Total de gestantes | 205 | 100 |

Fonte: Sinan.

Tabela 3 – Distribuição das crianças com ISTs (n=299), de acordo com as variáveis sociodemográficas, notificadas no Sinan no município de Imperatriz, Maranhão, 2016-2017.

| CRIANÇAS | | |
|-----------------------------|----------|----------|
| VARIÁVEIS | N | % |
| IDADE | | |
| Menor de 1 ano | 288 | 96,4 |
| 1 ano | 5 | 1,7 |
| 2 anos | 3 | 1,0 |
| 3 anos | 1 | 0,3 |
| 5 anos | 1 | 0,3 |
| 9 anos | 1 | 0,3 |
| Raça/ cor | | |
| Branca | 18 | 6 |
| Preta | 7 | 2,3 |
| Amarela | - | - |
| Parda | 250 | 83,6 |
| Indígena | 8 | 2,7 |
| Ignorado | 16 | 5,4 |
| Cidade de residência | | |
| Imperatriz | 146 | 48,9 |
| João Lisboa | 18 | 6 |
| Açailândia | 17 | 5,7 |
| Bom Jesus das Selvas | 1 | 0,3 |

| Tabela 3 – Continuação | | |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Cidade de residência | N | % |
| Buritucupu | 4 | 1,3 |
| Outras cidades | 113 | 37,8 |
| Sexo | | |
| Masculino | 151 | 50,5 |
| Feminino | 136 | 45,5 |
| Ignorado | 12 | 4 |
| Uf de residência | | |
| Maranhão | 276 | 92,3 |
| Pará | 5 | 1,7 |
| Tocantins | 18 | 6 |
| TOTAL | 299 | 100% |

Fonte: Sinan.

Tabela 4 – Distribuição das gestantes com ISTs, de acordo com os agravos e as variáveis clínicas, notificadas no Sinan no município de Imperatriz, Maranhão, 2016-2017.

| SÍFILIS GESTACIONAL | | |
|--|------------|------------|
| Variáveis clínicas | N | % |
| Esquema de tratamento | | |
| Penicilina G benzatina 2400000 UI ^a | 45 | 42,9 |
| Penicilina G benzatina 4800000 UI ^a | 27 | 25,7 |
| Penicilina G benzatina 7200000 UI ^a | 4 | 3,8 |
| Outro esquema | 9 | 8,6 |
| Não realizado | 6 | 5,7 |
| Ignorado | 14 | 13,3 |
| Tratamento do parceiro | | |
| Sim | 9 | 8,6 |
| Não realizado | 35 | 33,3 |
| Ignorado | 61 | 58,1 |
| Classificação clínica | | |
| Primária | 50 | 47,6 |
| Secundária | 4 | 3,8 |
| Latente | 17 | 16,2 |
| Ignorado | 34 | 32,4 |
| Total de gestantes com sífilis | 105 | 100 |
| GESTANTE HIV^b | | |
| Realização do pré-natal | | |
| Sim | 73 | 98,6 |
| Não | 1 | 1,4 |
| Evidência laboratorial | | |
| Antes do pré-natal | 33 | 44,6 |
| Durante o pré-natal | 36 | 48,6 |
| Durante o parto | 4 | 5,4 |
| Após o parto | 1 | 1,4 |

| Tabela 3 – Continuação | | | |
|--|-----------|------------|--|
| Variáveis | N | % | |
| Uso de ARV^c | | | |
| Sim | 70 | 94,6 | |
| Não | 3 | 4 | |
| Ignorado | 1 | 1,4 | |
| Profilaxia ARV^c | | | |
| Sim | 70 | 94,6 | |
| Não | 3 | 4 | |
| Ignorado | 1 | 1,4 | |
| Evolução da gestação | | | |
| Nascido vivo | 71 | 95,9 | |
| Natimorto | 1 | 1,4 | |
| Aborto | 2 | 2,7 | |
| Uso de ARV^c na criança | | | |
| Nas primeiras 24 h | 70 | 94,5 | |
| Após 24 h | 1 | 1,4 | |
| Não se aplica | 1 | 1,4 | |
| Ignorado | 2 | 2,7 | |
| Tipo de parto | | | |
| Cesárea eletiva | 58 | 78,3 | |
| Cesárea de urgência | 9 | 12,1 | |
| Vaginal | 5 | 6,8 | |
| Não se aplica | 1 | 1,4 | |
| Ignorado | 1 | 1,4 | |
| Total de gestantes com HIV^b | 74 | 100 | |
| HEPATITE B E C EM GESTANTES | | | |
| Tomou vacina para hepatite B | | | |
| | N | % | |
| Completa | 10 | 38,4 | |
| Incompleta | 8 | 30,8 | |
| Não vacinada | 4 | 15,4 | |
| Ignorado | 4 | 15,4 | |
| Forma clínica | | | |
| Hepatite aguda | 11 | 42,3 | |
| Hepatite crônica portador assintomático | 3 | 11,5 | |
| Inconclusiva | 10 | 38,5 | |
| Ignorado | 2 | 7,7 | |
| Total de gestantes com hepatites virais | 26 | 100 | |

- a) UI : unidades internacionais;
b) HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana;
c) ARV: antirretroviral.

Fonte: Sinan.

Tabela 5 – Distribuição das crianças com sífilis congênita (n=285), de acordo com as variáveis clínicas, notificadas no Sinan no município de Imperatriz, Maranhão, 2016-2017.

| CRIANÇAS | | |
|---|------------|------------|
| SÍFILIS CONGÊNITA | | |
| Variável | N | % |
| Teste do líquido | | |
| Reagente | 1 | 0,3 |
| Não realizado | 115 | 40,4 |
| Ignorado | 169 | 59,3 |
| Esquema de tratamento | | |
| Adequado | 9 | 3,2 |
| Inadequado | 239 | 83,9 |
| Não realizado | 10 | 3,5 |
| Ignorado | 27 | 9,5 |
| Diagnóstico de sífilis gestacional | | |
| Durante o pré-natal | 113 | 39,6 |
| No parto/curetagem | 42 | 14,7 |
| Após o parto | 93 | 32,6 |
| Não realizado | 9 | 3,2 |
| Ignorado | 28 | 9,9 |
| Evolução da gestação sífilis congênita | | |
| Vivo | 230 | 80,7 |
| Óbito pelo agravo notificado | 2 | 0,7 |
| Óbito por outra causa | 11 | 3,9 |
| Ignorado | 42 | 14,7 |
| Total | 285 | 100 |

Fonte: Sinan.