



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 08, pp. 39190-39195, August, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19665.08.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

HIV E SÍFILIS ENTRE GESTANTES DE ESTADO NORDESTINO

¹Smalyanna Sgren da Costa Andrade, ²Karina Karla de Sá Gomes Trevizolo, ¹Viviane Cordeiro de Queiroz, ³Rayli Maria Pereira da Silva, ⁴Lucilene Costa de Castro Ayupp and ²Cintia Bezerra Almeida Costa

¹Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

²Universidade Federal da Paraíba

³Universidade Estadual da Paraíba

⁴Centro Universitário de João Pessoa

ARTICLE INFO

Article History:

Received 10th May 2020

Received in revised form

19th June 2020

Accepted 17th July 2020

Published online 30th August 2020

Key Words:

HIV, Sífilis, Gestantes, Sistemas de Informação, Políticas Públicas.

*Corresponding author:

Smalyanna Sgren da Costa Andrade

ABSTRACT

Objetivo: analisar os casos de sífilis e HIV entre gestantes do Estado da Paraíba. **Materiais e métodos:** pesquisa ecológica, retrospectiva e quantitativa, realizada com dados do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde. Os dados foram analisados através da estatística descritiva por meio de frequência absoluta e relativa. **Resultados:** a sífilis obteve maior prevalência em 2012 e o HIV em 2013. A sífilis primária possui maior índice nas classificações da doença e os meses de março, abril e maio são os que obtiveram maiores ocorrências no somatório dos anos pesquisados. **Conclusão:** o diagnóstico situacional do Estado pode prover informações salutaras à tomada de decisão nas políticas públicas de saúde relacionadas à sífilis e HIV em nível local.

Copyright © 2020, Smalyanna Sgren da Costa Andrade et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Smalyanna Sgren da Costa Andrade, Karina Karla de Sá Gomes Trevizolo, Viviane Cordeiro de Queiroz, Rayli Maria Pereira da Silva et al. "Hiv e sífilis entre gestantes de estado nordestino", *International Journal of Development Research*, 10, (08), 39190-39195

INTRODUCTION

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são problemas que atingem várias gestantes em contexto nacional. Durante o pré-natal, exames para detecção de IST são realizados de maneira protocolada, com acesso universal e equitativo, a fim de evitar as repercussões negativas do desenvolvimento destas doenças ao binômio mãe-filho (Ministério da Saúde, 2018). No Brasil, há várias estratégias específicas das políticas públicas de saúde voltadas à gravidez, de modo a permitir a vivência do processo gestacional com qualidade e livre de prejuízos nos casos de diagnósticos de IST. As ações são elaboradas em nível nacional, para que as gestões locais possam implementar da melhor maneira possível, reduzindo as estatísticas de acordo com o contexto de saúde instalado (Ministério da Saúde, 2018). Não obstante, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem diminuir as chances de transmissão vertical destas infecções durante o parto e trabalho de parto.

Por isso, a resolutividade destas problemáticas podem ser mais frequentes, caso haja um processo organizacional, operacional e eficiente dos profissionais à detecção de IST, como sífilis e HIV (Lopes, 2016). A quantidade de acometidas por sífilis e HIV no Brasil vem atingindo índices preocupantes sendo qualquer enfermidade associada à gravidez aumenta ainda mais a susceptibilidade às situações de morbimortalidade materno-infantil (Domingues, 2018). Os diagnósticos de sífilis e HIV na atenção primária são realizados através de exames sanguíneos. Todavia, com a intenção de melhorar os indicadores destas doenças na gestação, o governo Federal propôs a implantação dos testes rápido na Rede Cegonha para viabilizar detecções e tratamentos com maior agilidade (Ministério da Saúde, 2012). Nesse contexto, os sistemas de informação permitem a notificação compulsória pelas instâncias governamentais. Os registros se constituem dispositivos essenciais à compreensão do processo de saúde-doença e tomada de decisão (Chaves, 2018).

No âmbito da Enfermagem, sua relação direta com a gestante durante o cuidado pré-natal na atenção básica permite que ela seja mais uma peça importante no abastecimento dos dados (Carneiro, 2018). Por isso, situações de registro obrigatório como sífilis e HIV devem abastecer os sistemas de informação, de modo a proporcionar dados epidêmicos importantes em níveis nacional, regional e estadual (Pereira, 2016). Desse modo, considerando o impacto da sífilis e do HIV entre gestantes no Brasil e no mundo, bem como compreendendo a necessidade de averiguação do comportamento epidemiológico destas IST, a fim de perceber modificações relevantes ao longo dos anos, permitir inferências sobre o atual panorama desta problemática entre as gestantes do Estado da Paraíba e sugerir uma resposta coletiva dos gestores frente ao contexto evidenciado, esta pesquisa foi norteada pelo seguinte questionamento: Qual a tendência dos casos de sífilis e HIV entre gestantes de um estado nordestino? Para tanto, objetivou-se analisar os casos de sífilis e HIV entre gestantes paraibanas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo ecológico, retrospectivo e de abordagem quantitativa. A coleta dos dados ocorreu no mês de janeiro de 2018 com uso de dados secundários disponíveis a acesso público e irrestrito. Para tanto, o estudo foi desenvolvido por meio dos dados provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Todavia, os resultados relacionados às gestantes com HIV não foram disponibilizados pelo DATASUS, por questões de manutenção do sítio *online*. Logo, as informações foram coletadas do compilado institucional do Ministério da Saúde representado pelo Boletim Epidemiológico (2017) elaborado com informações do Sistema de Vigilância em Saúde do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Infelizmente, o boletim só apresentou os casos da doença por ano, ao contrário das variáveis específicas para a sífilis. O local-alvo da pesquisa foi o Estado da Paraíba. Em relação ao período, foram utilizadas as informações da última década (2007-2017) para o HIV. Para sífilis, as atualizações constavam de 2007 a 2013. A sequência operacional da consulta após acessar o site oficial do DATASUS para sífilis foi: Epidemiológicas e Morbidade, Sífilis em gestante, UF: Paraíba. As variáveis utilizadas foram: número de casos/ano, classificação clínica, casos/mês, casos/região metropolitana, escolaridade, faixa etária, etnia, realização de teste não treponêmico e treponêmico. Os dados foram compilados em software de planilha eletrônica utilizado para operações matemáticas, que contém células organizadas em linhas e colunas que permitem a geração de gráficos de diversos modelos. Eles foram analisados por meio de estatística descritiva através de frequência absoluta e relativa. Os resultados foram expostos em forma de tabela e gráficos. O programa utilizado foi o Microsoft Office Excel®, versão 97-2003. Como a pesquisa utilizou dados secundários disponíveis em sítios oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, as informações não possuem identificação dos sujeitos, logo não necessitou de tramitação em Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

As informações disponíveis permitiram traçar a linha de tendência das notificações de sífilis e HIV entre gestantes na Paraíba (Figura 1).

A sífilis pode ser classificada como primária, secundária, terciária e latente. Adiante, pode ser visualizada a dispersão anual entre 2007-2013 (Figura 2). Na figura 3 podem ser visualizados os meses de maior prevalência dos casos de gestantes diagnosticadas com a sífilis. Os dados sociodemográficos e as características dos testes treponêmicos e não treponêmicos podem ser vistos na Tabela 1.

DISCUSSÃO

A linha de tendência demonstrou que 2008 apresentou menor notificação dos casos diagnosticados de HIV entre gestantes. Após esse ano, houve ascensão da curva com queda abrupta em 2012 e retorno do crescimento no ano subsequente. Em 2013 houve a maior prevalência do HIV dentre todos os anos pesquisados (Figura 1). No ano de 2012, programa de prevenção combinada, estratégias de redução de riscos, campanhas massivas sobre o HIV e o uso da profilaxia pré-exposição (PREP) em casais sorodiscordantes foram abordagens implementadas em nível global para diminuição da quantidade de infectados⁸. Em âmbito nacional, além dessas ações, o Ministério da Saúde afirmou que aproximadamente 3,7 milhões de testes rápidos anti-HIV foram disponibilizados (Ministério da Saúde, 2013). Na Paraíba, sugere-se que a ascensão da linha de tendência das notificações em 2013 possa ter sido um reflexo das iniciativas diagnósticas no Brasil, por meio do aumento da quantidade e acesso aos testes rápidos, constituindo-se como avanço no controle desta IST. No Brasil, entre 2007 e 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 194.217 casos de infecção. O Nordeste detém 15,6% do total dos registros, o que equivale a 30.297 pessoas infectadas. Na Paraíba, o atual boletim epidemiológico traz o total de 232 ocorrências da doença entre janeiro e junho de 2017. De forma generalizada, semanalmente, 4 a 5 pessoas foram infectadas no Estado durante este ano (Ministério da Saúde, 2017).

Não obstante, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) indicou no último relatório que as mulheres são afetadas pelo HIV devido ao aumento da vulnerabilidade social e relação de gênero. Além disso, a relação heterossexual ainda é a principal razão de infecção no público feminino. Por isso, órgãos internacionais buscam ações eficazes voltadas à redução da doença entre mulheres e meninas, cujo tratamento abrange também a prevenção da transmissão do HIV durante o parto (UNAIDS, 2017). Pesquisa estatística divulgada em nível nacional mostrou que a última década evidenciou características de gestantes vitimadas pelo HIV que perpassam majoritariamente por etnia parda, faixa etária entre 20-24 anos e escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto (Ministério da Saúde, 2017). Embora não tenha sido possível traçar o perfil de gestantes vitimadas pelo HIV na Paraíba, pois os dados disponibilizados não realizaram um recorte específico, provavelmente este desenho também reflita na conjuntura paraibana. Tal realidade atinge municípios do nordeste em que o analfabetismo, a ausência de pré-natal, condições socioeconômicas condizentes com a pobreza são componentes que podem explicar a prevalência do risco de transmissão vertical do HIV em regiões desfavorecidas¹². Ainda sobre a prevalência do HIV entre gestantes brasileiras, uma investigação de base populacional com 36.713 mulheres, constatou resultado diferente, cuja ocorrência do HIV foi maior no grupo entre 30 e 39 anos de idade, apesar da escolaridade ter sido semelhante.

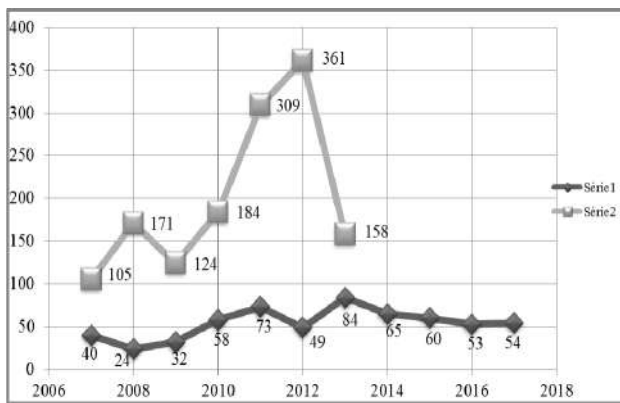


Figura 1. Distribuição dos casos de HIV e sífilis entre gestantes na Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018. Legenda: Série 1: HIV (2007-2017/N=592), Série 2: Sífilis (2007-2013/N=1412). Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Boletim Epidemiológico de HIV/Aids.

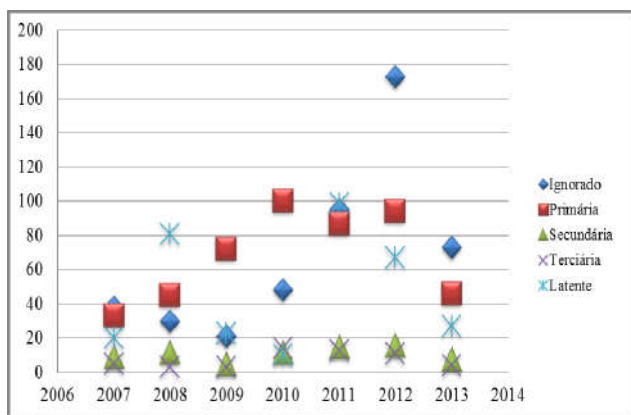


Figura 2: Classificação clínica da sífilis entre gestantes paraibanas, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018 (N=1412). Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

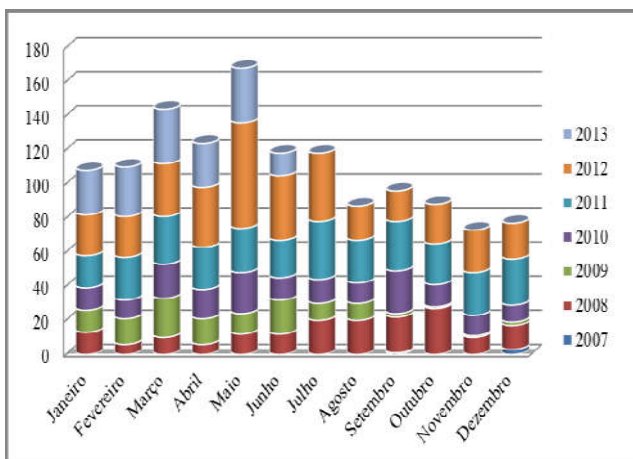


Figura 3: Distribuição mensal dos casos diagnosticados de sífilis entre gestantes paraibanas no período de 2007-2013. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018. (N=1311). Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Eles concluíram que a cobertura de exames de HIV cresceu proporcionalmente ao aumento da idade e da escolarização, sendo maiores na região Sudeste (Pereira, 2016). Em relação à sífilis, o padrão da curva indicou crescimento e queda entre 2007 e 2009, enfrentando uma ascensão constante até 2012, sendo este o ano de maior notificação dos casos da doença na Paraíba.

Após isso, os casos de sífilis notificados foram reduzidos para mais da metade e não houve mais atualizações dos casos desde 2013 (Figura 1). A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta estimativa de mais de um milhão de pessoas infectadas por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia em todo o mundo. Em âmbito internacional, a sífilis atinge cerca de um milhão de gestantes anualmente, refletindo em repercussões negativas irreparáveis (Organización Mundial de la Salud, 2015). No Brasil, o atual boletim epidemiológico indicou que em 2016 foram registradas 37.436 notificações de sífilis em gestantes, ou seja, quase 780 casos por semana em todo o país (Ministério da Saúde, 2017). A *Pan American Health Organization* (PAHO) adotou a abordagem conjunta para eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis. O registro favorece a tomada de decisão baseada na vigilância epidemiológica, reduzindo os índices de morbimortalidade materna, fetal e neonatal (PAHO, 2017). Diretrizes terapêuticas para o tratamento de IST foram implementadas devido à constante ameaça de resistência bacteriana. O subdiagnóstico, uso excessivo ou indiscriminado têm favorecido a redução da eficácia de alguns medicamentos para combate dessas doenças (PAHO, 2016). Além disso, a escassez da penicilina benzatina na atenção pré-natal de países com carga de sífilis elevada tem contribuído para o aumento dos casos na gestação e sífilis congênita (World Health Organization, 2018).

A sífilis é uma doença polimorfa, logo a sua classificação pode ser: primária, cujo sintoma aparente é o cancro duro na genitália acompanhado de linfadenomegalia regional; secundária quando ocorre lesões típicas disseminadas na pele e mucosas; terciária que acomete os órgãos, cujo diagnóstico quando possível ocorre através da investigação de amostras de órgãos suspeitos; e por fim, latente quando os sinais desaparecem após a contaminação e manifestação clínica primária. Neste estudo, a linha de dispersão indicou prevalência constante da sífilis primária, com maior número de casos ultrapassando 100 notificações em 2010 e 2012. A sífilis latente também apresentou visibilidade dispersiva, com ápice dos casos em 2011. Tanto a sífilis secundária, quanto a terciária apresentaram baixos índices de diagnóstico (Figura 2). Supõe-se que o aparecimento do cancro duro gere brevidade do cuidado e conseqüente tratamento, viabilizando a não evolução da doença e reduzindo os diagnósticos de sífilis secundária. No caso da terciária, a dificuldade no processo de detecção se deve à ausência de sintomatologia visível, considerando que esta fase demora décadas para instalação, o que pode explicar a escassez deste registro durante os anos pesquisados. Acredita-se que as omissões das notificações (diagnóstico ignorado) evidenciaram o descompromisso no registro de dados relacionados à sífilis, enquanto doença de notificação compulsória, refletindo no mascaramento da situação real das classificações sífilíticas no Estado (Figura 2). Por isso, existe a necessidade de registros completos para melhorar a fidedignidade dos dados, dando maior confiabilidade aos sistemas de informação e aumentando a segurança dos gestores durante a tomada de decisão. Estudos comprovam que os sistemas de informação são ferramentas indispensáveis para compreensão dos indicadores de saúde e da qualidade do atendimento relacionados à coinfeção sífilis e HIV. Todavia, em nível nacional, existe um longo caminho a ser percorrido para que haja o envolvimento, integração e responsabilidade profissional com essas tecnologias (Acosta, 2018; Saraceni, 2017; Lazarini, 2017).

Tabela 1. Caracterização dos casos de gestantes com sífilis conforme dados sociodemográficos e classificação dos testes. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	F	%
Região Metropolitana (N=1168)		
João Pessoa	843	72
Patos	133	11
Campina Grande	94	8
Guarabira	56	5
Cajazeiras	42	4
Escolaridade (N=1412)		
Sem escolaridade	33	2
<8 anos	622	44
≥8 anos	314	22
Ignorado	443	32
Faixa etária (N=1389)		
15-19 anos	278	20
20-39 anos	1077	78
40-59 anos	34	2
Etnia/Cor (N=1412)		
Parda	928	65,7
Branca	236	17
Branca Preta	130	9
Amarela	16	1
Indígena	3	0,3
Ignorado	99	7
Teste Não Treponêmico (N=1412)		
Reativo	1243	88
Não reativo	63	4,5
Não realizado	43	3
Ignorado	63	4,5
Teste Treponêmico (N=1412)		
Reativo	621	44
Não reativo	66	5
Não realizado	521	37
Ignorado	204	14

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Para tanto, deve haver intervenções educacionais cíclicas para que notificações satisfatórias sejam resultado de um olhar mais criterioso e qualificado para prevenção e controle da sífilis congênita (Lazarini, 2017). Nessa pesquisa, a avaliação dos meses indicou maiores oscilações dos casos diagnosticados de sífilis entre março e maio. O mês de maio foi o mais prevalente no somatório dos casos durante todos os anos pesquisados (Figura 3). Embora este estudo não traga explicações estatísticas desses dados, infere-se que o período carnavalesco possa ter influência nestes índices, considerando que os meses de março a maio equivalem ao primeiro trimestre da gestação adquirida pós-carnaval. Campanhas massivas sobre o uso do preservativo são veiculadas em mídias televisivas. A disponibilidade e o acesso ao insumo podem se constituir estratégias elementares e resolutivas (Andrade, 2016). Diretrizes indicam basicamente oito recomendações-chaves atualizadas para o rastreamento e tratamento da sífilis em gestantes com base em evidências.

A recomendação primária é a inclusão de todas as mulheres grávidas para realização do teste sorológico à sífilis durante a primeira visita pré-natal (World Health Organization, 2017). Ainda conforme as recomendações, caso haja alta prevalência da doença, ou seja, maior de 5%, o profissional deve realizar o teste rápido, favorecendo a captação diagnóstica e procedendo com o tratamento da primeira dose do medicamento e teste plasmático. A positividade do teste sanguíneo direciona o profissional ao tratamento de acordo com a duração da doença (World Health Organization, 2017). Sobre a caracterização dos casos diagnosticados, a maioria evidenciou João Pessoa como região metropolitana mais atingida (72%). Em relação ao perfil de gestantes vitimadas pela sífilis, ele perpassa por mulheres com menos de 8 anos de escolarização (44%), com faixa etária entre 20-39 anos (78%) e etnia parda (65,7%) (Tabela 1). A capital paraibana é referência para diversos serviços, exames e procedimentos, além de ser a cidade mais populosa do Estado. Desse modo, o fato de ser a região metropolitana de maior prevalência da sífilis pode ser explicado por estes elementos. Além disso, o desenho epidemiológico indica mulheres com baixa escolaridade, em idade reprodutiva e miscigenação étnica característica da população brasileira. Na Paraíba, houve 286 notificações de sífilis em gestantes na última atualização epidemiológica, o que equivale a quase seis gestantes/semana diagnosticadas com a doença no Estado (Ministério da Saúde, 2018). Sobre as características, estudo nacional no âmbito hospitalar evidenciou atributos sociais semelhantes com maior chance de ocorrência da doença entre mulheres de 20-34 anos, cor parda e baixa escolaridade (Domingues, 2016).

Menos anos de escolarização aumenta em dezesseis vezes a chance de ocorrência de infecção pela sífilis. Além disso, mulheres com HIV apresentavam quinze vezes mais chance de ocorrência de sífilis na gestação com desfecho de sífilis congênita (Domingues, 2016). Pesquisa internacional realizada com 2.979 mulheres grávidas identificou que faixa etária maior de 25 anos é mais susceptível a infecção pelo HIV, embora houvesse também prevalência de casos para sífilis. Os autores afirmaram a existência de uma estimativa de coinfeção entre as duas IST em menos de 1% dos casos entre as gestantes. Apesar disso, mulheres solteiras e residentes em zona urbana possui maior fator de risco à ocorrência das duas doenças em comparação às mulheres casadas e moradoras em zona rural²⁴. No concernente ao diagnóstico da sífilis, existem testes não treponêmico e treponêmico. O teste não treponêmico pode ser qualitativo, quando o resultado mostra a presença ou não de anticorpos na amostra; ou quantitativo que estima o número de anticorpos presentes na diluição seriada após ser reagente no teste qualitativo (Ministério da Saúde, 2018). No Brasil, o teste não treponêmico protocolado na atenção básica para diagnóstico da sífilis é o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*). Ele deve ser solicitado nos primeiro e último trimestres da gestação para descartar o diagnóstico ou confirmar e tratar adequadamente as gestantes vitimadas pela doença⁴. O VDRL apresenta sensibilidade conforme os estágios da sífilis, variando entre primária (78%), secundária (100%), terciária (71%) e latente (95%) (Ministério da Saúde, 2018). Já os testes treponêmicos apresentam resultado reagente após infecção, detectando anticorpos específicos (IgM e IgG) para *Treponema pallidum*. Testes não treponêmico e treponêmico reativos permite confirmação do diagnóstico da sífilis, devido ao aumento da especificidade do resultado (Ministério da Saúde, 2018). A maioria dos dados consistiu em resultado reativo para o teste não treponêmico

(88%) e treponêmico (44%). Além disso, a categoria de “não realizado” e “ignorado” também apresentaram percentuais importantes aos dois tipos de testes, evidenciando mais uma vez o descompromisso dos profissionais quanto à necessidade do diagnóstico completo e detalhado da sífilis na gestação. Pesquisa evidencia que a subnotificação e o aumento dos casos da sífilis entre gestantes sinaliza ausência de uma política efetiva de controle da doença ²⁵. Como se sabe, grande parte dos dados inseridos nos sistemas de informação provém da rede pública. Sobre isso, uma investigação confirmou que existe maior proporção de mulheres com sífilis que realizaram acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde em comparação ao serviço privado (Domingues, 2016). Nesse contexto, as unidades públicas de saúde oferecem pré-natal às mulheres numa perspectiva universal e integral, abarcando todas as usuárias sem distinção de classe. Provavelmente, as mulheres que utilizam as unidades de saúde da família são de estrato socioeconômico baixo, o que pode explicar o perfil de vitimadas pela sífilis e outras IST.

O Ministério da Saúde disponibilizou, através da Rede Cegonha, testes rápidos para diagnóstico de gravidez, da infecção pela sífilis e pelo HIV com o intuito de favorecer a captação precoce para o pré-natal na atenção básica e tratamento por meio da penicilina benzatina para o casal, bem como uso de antirretrovirais (Ministério da Saúde, 2014). Embora esta estratégia seja protocolada no país, pesquisa aponta que 90% das gestantes pesquisadas em hospitais do Brasil receberam assistência pré-natal durante a gestação, ou seja, a identificação, o tratamento das gestantes e o controle da sífilis na atenção primária são deficientes e possui baixa qualidade, considerando que grande parte das gestantes diagnosticadas na pesquisa não foi cuidada devidamente (Domingues, 2016). Estudo afirma que o diagnóstico da sífilis durante a gestação não é realizado adequadamente. Por isso, a captação e o tratamento das gestantes e dos parceiros ainda possuem índices inferiores ao esperado no Brasil (Campos, 2018). Neste enfoque, a solicitação, realização e entrega dos exames, bem como profissionais de saúde sem treinamento para lidar com resultados reagentes ou positivos podem se constituir barreiras ao diagnóstico oportuno das doenças durante o atendimento pré-natal, inviabilizando o cuidado satisfatório no âmbito da saúde (Lopes, 2016; Carneiro, 2018; Campos, 2018; Amaral, 2012; Duarte, 2012). Por isso, os gestores devem priorizar educação continuada aos profissionais de saúde, trazendo saberes atualizados sobre sífilis e HIV, bem como orientar a realização de intervenções educativas às gestantes na atenção básica para detecção precoce da sífilis e redução da doença gestacional, proporcionando diminuição das taxas de sífilis congênita e transmissão vertical do HIV (Lazarini, 2017; Lima, 2017).

Conclusão

Em 2012 houve aumento dos casos da sífilis e redução dos diagnósticos de HIV. A sífilis primária é mais prevalente e os meses mais ocorrentes da doença são março, abril e maio. As mulheres com menos de oito anos de escolaridade, idade entre 20-39 anos, etnia parda são as mais atingidas. O não preenchimento completo dos registros também se configurou resultado importante neste estudo, considerando a importância dos sistemas de informação. A limitação do estudo se encontra na desatualização dos dados de gestantes com sífilis após o ano de 2013 e impossibilidade da avaliação epidemiológica mais robusta entre as gestantes paraibanas, já que o banco de dados

não é disponibilizado para possíveis associações estatísticas entre as variáveis. Por fim, os gestores devem estimular o constante aperfeiçoamento profissional para garantir o diagnóstico e controle da sífilis e do HIV durante o pré-natal, a fim de reduzir o impacto materno e neonatal dessas doenças. Além disso, deve haver maior incentivo ao registro completo e adequado sobre as doenças de notificação compulsória.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde [Br]. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [citado em 12 jan 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>
- Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 04]; 69(1):54-58. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0062.pdf
- Domingues RMSM, Leal MC, Pereira APE, Ayres B, Sánchez AR, Larouze B. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. Cad. Saúde Pública [Internet] 2017 [cited 2018 Jan 04]; 33(11):1-12 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n11/1678-4464-csp-33-11-e00183616.pdf>
- Ministério da Saúde [Br]. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. [citado em 12 jan 2018] Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atenca_o_basica_32_prenatal.pdf
- Chaves LDP, Tanaka OI. Nurses and the assessment in health system Management. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 14]; 46(5):1273-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_33.pdf
- Carneiro AJS, Coelho EAC. Integralidade do cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2013 [citado em 14 jan. 2018]; 66(6):887-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/12.pdf>
- Pereira GFM, Sabidó M, Caruso A, Oliveira SB, Mesquita F, Benzaken AS. HIV Prevalence among Pregnant Women in Brazil: A National Survey. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 17];38(8):391-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n8/0100-7203-rbgo-38-08-00391.pdf>
- WHO - World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. World Health Organization; Geneva [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb. 01]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>
- Ministério da Saúde [Br]. ONU afirma que Brasil é líder no combate à Aids. [Internet]. 2013 [citado em 13 jan 2018]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/onu-afirma-que-brasil-e-lider-no-combate-a-aids>

- Ministério da Saúde [Br]. Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde [Internet]. 2017 [citado em 13 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>
- UNAIDS. Blind Spot: Introduction. UNAIDS: Genebra [Internet]. 2017. [citado em 13 jan. 2018]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/blind_spot_en.pdf.
- Holanda ER, Galvão MTG, Pedrosa NL, Paiva SS, Almeida RLF. Análise espacial da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana entre gestantes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [citado em 21 fev. 2018]; 23(3):441-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281442223012.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015.
- Ministério da Saúde [Br]. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2017 [citado em 15 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
- PAHO - Pan American Health Organization. Launches initiative to eliminate vertical transmission of HIV and other three diseases. PAHO [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <https://unaids.org.br/2017/08/opas-lanca-iniciativa-para-eliminar-transmissao-vertical-de-hiv-e-outras-tres-doencas/>
- PAHO - Pan American Health Organization. Crescente resistência aos antibióticos obriga alterações no tratamento recomendado para infecções sexualmente transmissíveis. PAHO [Internet]. 2016 [citado em 18 jan. 2018]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5209:crescente-resistencia-aos-antibioticos-obriga-alteracoes-no-tratamento-recomendado-para-infecoes-sexualmente-transmissiveis&Itemid=812
- World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). WHO [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan. 18]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf?ua=1>
- Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2016 [citado em 24 jan. 2018]; 40(6):435-42. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33663/v40n6a07-435-42.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araújo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [citado em 25 jan. 2018]; 41:1-8. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33998/v41a442017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan. 26]; 25(2845): 1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02845.pdf
- Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Nunes MLA, Coêlho HFC, Oliveira SHS. Male and female condoms: What do women of a subnormal agglomerate know. Invest Educ Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 29]; 34(2): 271-9. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105246033004.pdf>
- World Health Organization. WHO guideline on: Syphilis screening and treatment for pregnant women. WHO [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 19]. Available from: http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/toolandguide/document/WHO_guideline_on_syphilis_screening_and_treatment_for_pregnant_women_2017.pdf
- Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 24 fev. 2018]; 32(6):1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>
- Niama RF et al. Syphilis and HIV infections among pregnant women attending antenatal clinics in Republic of Congo. Pan Afr Med J. [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 26]; 28(8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681004/>
- Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 26]; 19(1):63-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/en_1980-5497-rbepid-19-01-00063.pdf
- Ministério da Saúde [Br]. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2014 [citado em 27 fev. 2018]. Disponível em: https://prevencaodstaidshvtb.files.wordpress.com/2014/12/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf
- Campos A, Araújo M, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2012 [citado em 28 fev. 2018] 34(9): 397-402. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002
- Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet] 2012 [citado 28 fev. 2018]; 34(2):52-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a02v34n2.pdf>
- Duarte G. Sífilis e gravidez...e a história continua. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2012 [citado em 28 fev. 2018]; 34(2):49-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a01v34n2.pdf>
- Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 28]; 25:e2845. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5288867/>
- Lima ACMACC, Bezerra KC, Sousa DMN, Rocha JF, Oriá MOB. Development and validation of a booklet for prevention of vertical HIV transmission. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 01]; 30(2):181-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/en_1982-0194-ape-30-02-0181.pdf