

## Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil

### *An evaluation of action taken to control syphilis and HIV in public-sector prenatal care in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil*

Rosa Maria Soares Madeira Domingues <sup>1</sup>

Zulmira Maria de Araújo Hartz <sup>2</sup>

Maria do Carmo Leal <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil, 4365. Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21.040-360. E-mail: rosamsmd@gmail.com

<sup>2</sup> Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup> Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

#### Abstract

*Objectives:* to evaluate the adequacy of action taken to control syphilis and HIV in prenatal health care at Brazilian National Health System units in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil.

*Methods:* a cross-sectional study was carried out in 2007 and 2008, involving interviews with 2353 pregnant women, analysis of prenatal cards and data obtained from 102 health professionals. A logical-operational model was drawn up to evaluate the adequacy of care, taking as a point of reference the care protocols used for the Brazilian Ministry of Health's prenatal care and STD/AIDS programs. Adequacy was deemed to be fulfillment of 100% of the activities envisaged for each gestational age.

*Results:* shortcomings were identified in the counseling of pregnant women, the provision of serum tests, the treatment of cases of syphilis and the approach of partners. Bivariate analysis showed that starting prenatal care late and having an inadequate number of consultations lowered the adequacy of all actions, with the exception of HIV counseling.

*Conclusions:* problems with early initiation of prenatal care, ensuring the minimum number of consultations, adequately managing pregnant women and their partners and, above all, appropriate serum test results for syphilis and HIV are obstacles to improved control of vertical transmission of these diseases.

**Key words** Syphilis, HIV infections, Prenatal care, Unified Health System, Health evaluation

#### Resumo

*Objetivos:* avaliar a adequação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal realizada em unidades do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, Brasil.

*Métodos:* estudo transversal, realizado em 2007-2008, por meio de entrevistas com 2353 gestantes, análise de cartões de pré-natal e dados obtidos junto a 102 profissionais de saúde. Para avaliação da adequação da assistência foi elaborado um modelo lógico-operacional, tendo como referência normativa os protocolos assistenciais dos programas de assistência pré-natal e de DST/Aids do Ministério da Saúde. Foi considerado adequado o cumprimento de 100% das ações previstas para cada idade gestacional.

*Resultados:* foram identificadas falhas no aconselhamento das gestantes, na realização dos exames sorológicos, no tratamento dos casos de sífilis e na abordagem dos parceiros. Na análise bivariada, gestantes com início tardio da assistência pré-natal e número inadequado de consultas apresentaram pior adequação de todas as ações, exceto do aconselhamento anti-HIV.

*Conclusões:* problemas no início precoce do pré-natal, na garantia do número mínimo de consultas, no manejo adequado das gestantes e seus parceiros e, principalmente, no resultado sorológico oportuno da infecção pela sífilis e pelo HIV, são barreiras ao melhor controle da transmissão vertical dessas doenças.

**Palavras-chave** Sífilis, Infecção por HIV, Cuidado pré-natal, Sistema Único de Saúde, Avaliação em saúde

## Introdução

A infecção pela sífilis e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode resultar em graves consequências para a saúde da criança, quando transmitida da gestante para o feto durante a gestação e o parto ou para o bebê durante a amamentação, no caso da infecção pelo HIV.<sup>1,2</sup> Ambas são consideradas causas de óbito evitável em menores de cinco anos,<sup>3</sup> existindo intervenções efetivas para a prevenção da transmissão vertical<sup>4,5</sup> baseadas no diagnóstico precoce da infecção e na utilização de protocolos assistenciais bem estabelecidos.<sup>2,6</sup>

A assistência pré-natal é uma oportunidade importante de diagnóstico dessas infecções, propiciando tanto a prevenção da transmissão vertical (TV) dessas doenças quanto o acesso das gestantes e seus parceiros às práticas assistenciais disponíveis, com redução da morbimortalidade por esses agravos na população adulta.<sup>7,8</sup>

No município do Rio de Janeiro (MRJ), ações de controle da sífilis na gestação têm sido realizadas desde 1996, incluindo a realização de duas campanhas municipais de eliminação da sífilis congênita em 1999 e 2000.<sup>9</sup> Entretanto, a incidência da doença na cidade persiste elevada e com formas graves da doença.<sup>10</sup>

Dados da vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez revelam um declínio da prevalência de sífilis na gestação, mas apontam falhas na assistência pré-natal, tanto na realização do teste sorológico, quanto no tratamento das gestantes e seus parceiros, indicando a perda de oportunidades importantes para a realização das ações estratégicas necessárias para o controle da sífilis.<sup>11</sup>

Em relação à infecção pelo HIV, medidas de prevenção foram iniciadas no MRJ também a partir de 1996, com queda da taxa de transmissão vertical e a redução progressiva do número de casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) pediátrica.<sup>12</sup> Entretanto, apesar dos resultados mais favoráveis, ainda observam-se oportunidades perdidas de prevenção, como ausência do diagnóstico na gestação e uso excessivo de testes rápidos no momento da admissão para o parto, impedindo a utilização plena das medidas disponíveis e acarretando efeitos negativos em outras práticas, como o retardo do início do aleitamento materno após o parto.<sup>13</sup>

O objetivo deste estudo é avaliar a adequação das ações de controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no MRJ, segundo os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde.<sup>2,6</sup>

## Métodos

Estudo transversal com gestantes atendidas em unidades de saúde da rede SUS do MRJ, realizado no período de novembro de 2007 a julho de 2008. Trata-se de um projeto interinstitucional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Foi realizada uma amostragem por conglomerado em dois estágios, sendo selecionados, no primeiro estágio, os estabelecimentos de saúde da rede SUS do MRJ com atendimento pré-natal de baixo risco e, no segundo estágio, as gestantes atendidas nesses serviços. As unidades de saúde foram estratificadas em unidades básicas de saúde (UBS), hospitais/ maternidades, casa de parto (CP) e unidades da estratégia saúde da família (USF).

No segundo estágio da amostragem, foi feita a seleção das gestantes, sendo consideradas elegíveis todas as gestantes atendidas na unidade, independente da idade gestacional e local de residência. As gestantes foram selecionadas de forma sistemática, segundo ordem de saída das consultas de pré-natal, até completar a amostra prevista para cada serviço de saúde.

O tamanho da amostra de gestantes foi estabelecido considerando-se o desfecho “adequação do pré-natal”, estimado em 50%, erro *alfa* de 0,05, efeito de desenho de 1,5 e correção para população finita, com uma amostra final de 2417 mulheres. A alocação da amostra foi feita de forma proporcional ao número de consultas pré-natal em cada estrato, observada nos serviços da rede SUS no ano de 2006.

Foram selecionados também os profissionais de saúde pré-natalistas, sendo considerados elegíveis todos os médicos e enfermeiros que realizavam consulta individual de pré-natal nas unidades de saúde incluídas no estudo.

Para os profissionais de saúde, a amostra planejada foi composta pelo total de 144 profissionais identificados por meio de entrevista realizada com o gestor de cada unidade.

Foram realizadas entrevistas com as gestantes, analisando o cartão de pré-natal e obtendo-se dados junto aos profissionais de saúde. Para a entrevista com as gestantes foi utilizado um questionário padronizado, elaborado pela equipe da pesquisa. Para obtenção dos dados do cartão de pré-natal foi realizada cópia dos mesmos, sendo utilizado um instrumento para extração de todas as informações relevantes para avaliação da qualidade da assistência. Para a obtenção de informações dos profissionais, foi utilizado um questionário estruturado, autoaplicável, também elaborado especifica-

mente para este estudo.

Todos os instrumentos foram avaliados e pré-testados no estudo piloto. A coleta de dados foi realizada por profissionais e estudantes da área de saúde, sob a supervisão dos pesquisadores, na própria unidade de saúde.

Para avaliação da adequação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, foi elaborado um modelo lógico-operacional<sup>14</sup> apresentado na Figura 1, utilizando por referência os protocolos do Ministério da Saúde.<sup>2,6</sup> Como no momento da realização do estudo as gestantes se encontravam em diversas idades gestacionais, foi definido um modelo de avaliação considerando-se os procedimentos que deveriam ter sido realizados até aquele momento da gestação, segundo as recomendações do Ministério da Saúde.<sup>2,6</sup> (Tabela 1). Considerando-se que para a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV deve-se diagnosticar e tratar todas as gestantes infectadas, foi adotado como critério de adequação o cumprimento de 100% das ações assistenciais previstas para cada idade gestacional.

Informações sobre o aconselhamento pré-teste, solicitação e realização dos exames, tratamento prescrito, abordagem do parceiro e orientações sobre riscos da doença e uso de preservativo foram obtidos durante a entrevista com a gestante.

Os registros de resultados de exame e medicamentos prescritos foram obtidos no cartão de pré-natal.

As informações sobre características das unidades em relação à disponibilidade de exames para diagnóstico da sífilis e do HIV, medicamentos para tratamentos da sífilis, protocolos assistenciais e condutas adotadas no manejo das gestantes durante a assistência pré-natal foram obtidos nas entrevistas com os profissionais de saúde.

Na fase de análise foi feita a descrição das práticas assistenciais segundo as três fontes de informação, tendo como critério de adequação a realização de 100% dos procedimentos previstos. Para verificar se a época de início do pré-natal e o número de consultas estavam associados à adequação da solicitação e realização dos exames de anti-HIV e Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), realizou-se a análise bivariada com aplicação do teste qui-quadrado para verificar diferenças entre proporções. O efeito de desenho foi incorporado nessa etapa da análise, dado que tem sido demonstrado o impacto na precisão das estimativas quando se utilizam amostras com plano de amostragem por conglomerado.<sup>15</sup> A análise dos dados foi realizada por meio do *software* SPSS 16.0.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, parecer número 145A/07. Os dados das gestantes foram colhidos mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Para a entrevista com os profissionais, foi utilizada uma carta-convite, que não foi assinada para evitar a identificação do profissional. Como o questionário dos profissionais era autoaplicado, considerou-se que o preenchimento e devolução do mesmo expressava o consentimento do profissional em participar da pesquisa. Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas.

## Resultados

A Tabela 2 apresenta um resumo dos resultados obtidos das três fontes de informação, relativos ao cumprimento dos protocolos assistenciais, que serão descritos a seguir. Dados obtidos junto aos profissionais, com informações sobre sua prática e o funcionamento dos serviços, complementam essa análise e também serão apresentados.

Foram entrevistadas 2422 gestantes, das quais 69 (2,8%) foram excluídas da análise por não possuírem cartão de pré-natal (25) ou não terem idade gestacional definida no momento da entrevista (44), sendo analisadas 2353 entrevistas e cartões de pré-natal. As gestantes excluídas não apresentavam diferenças significativas em relação às características socioeconômicas e demográficas, observando-se uma proporção um pouco menor de primigestas entre as excluídas da análise (dado não apresentado em Tabela).

Do total de entrevistadas, 74,4% apresentaram início da assistência pré-natal até a 16ª semana gestacional e 80% receberam o número adequado de consultas para a idade gestacional em que se encontravam.

Aproximadamente 15% das gestantes não sabiam informar se o VDRL havia sido pedido ou não sabiam o que era sífilis/VDRL. 73,6% das mulheres afirmavam que o primeiro exame de VDRL havia sido solicitado, enquanto apenas 59% das gestantes com mais de 28 semanas gestacionais referiam a solicitação do segundo VDRL (Tabela 2). Das gestantes com primeiro exame solicitado, 85% afirmavam já ter realizado o exame VDRL.

Discordâncias entre as informações das gestantes e o registro de resultados no cartão foram identificadas, com 33% das gestantes que afirmavam não ter feito o exame apresentando resultado registrado (dado não mostrado em Tabela).

Figura 1

Modelo lógico-operacional para avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na gestação.

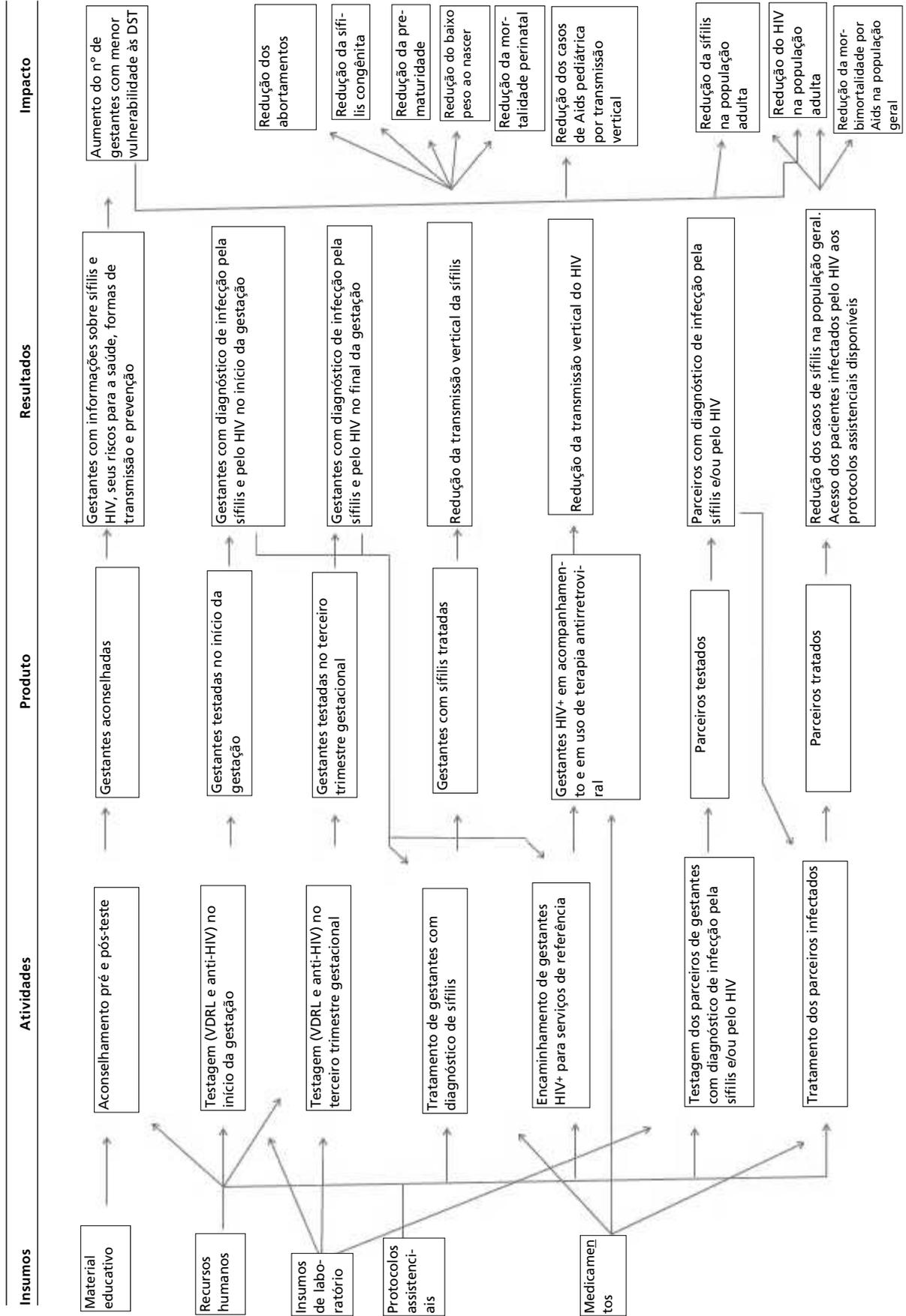


Tabela 1

Parâmetros para avaliação da adequação<sup>a</sup> das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal, conforme idade gestacional da gestante no momento da entrevista. Município do Rio de Janeiro, 2007 - 2008.

Procedimentos	Idade gestacional (semanas)						
	Até 16	17 a 21	22 a 27	28 a 33	34 a 37	>37	
<b>Ações de controle da sífilis</b>							
Aconselhamento pré e pós- teste	x	x	x	x	x	x	x
Solicitação 1º exame VDRL	x	x	x	x	x	x	x
Resultado 1º exame VDRL							
Solicitação 2º exame VDRL							
Resultado 2º exame VDRL							
Tratamento das gestantes com sífilis <sup>b, c</sup>	x	x	x	x	x	x	x
Solicitação VDRL parceiro(s) <sup>c</sup>	x	x	x	x	x	x	x
Prescrição tratamento parceiro(s) <sup>c</sup>	x	x	x	x	x	x	x
Orientações sobre risco da doença <sup>c</sup>	x	x	x	x	x	x	x
Orientações sobre uso de preservativo <sup>c</sup>	x	x	x	x	x	x	x
<b>Ações de controle do HIV</b>							
Aconselhamento pré e pós- teste	x	x	x	x	x	x	x
Solicitação 1º exame anti-HIV	x	x	x	x	x	x	x
Resultado 1º exame anti-HIV							
Solicitação 2º exame anti-HIV							
Resultado 2º exame anti-HIV							
Adoção do protocolo de redução da transmissão vertical em gestantes soropositivas <sup>d</sup>	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

VDRL= Venereal Disease Research Laboratory; HIV= vírus da imunodeficiência humana; <sup>a</sup> Considerada assistência adequada se gestante apresentava procedimentos previstos para a idade gestacional conforme assinalado na Tabela acima; <sup>b</sup> Considerado caso de sífilis toda gestante com VDRL reagente, independentemente da titulação do teste e do uso de testes treponêmicos confirmatórios, que não apresentasse antecedente de tratamento anterior; <sup>c</sup> Procedimentos a serem realizados em gestantes com diagnóstico de sífilis, independente da idade gestacional no momento do diagnóstico; <sup>d</sup> NA = não se aplica. Como no município do Rio de Janeiro as gestantes soropositivas para o HIV são encaminhadas para serviços de referência, a utilização da medicação antirretroviral e demais medidas assistenciais visando a redução da transmissão vertical do HIV não foram avaliadas neste estudo.

Tabela 2

Ações de controle da infecção pela sífilis e pelo HIV na gravidez\* segundo gestantes, dados do cartão de pré-natal e profissionais de saúde. Município do Rio de Janeiro, 2007 - 2008.

Componentes	Sífilis						HIV						
	Entrevista gestante (N=2353)		Cartão de pré-natal (N=2353)		Profissionais (N=102)		Entrevista gestante (N=2353)		Cartão de pré-natal (N=2353)		Profissionais (N=102)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diagnóstico sorológico da infecção	Aconselhamento pré-teste	ND	ND	0	-	ND	ND	979	46,0	0	-	51	50,0
	Solicitação 1ª rotina	1732	73,6	0	-	102	100,0	2196	93,3	0	-	102	100,0
	Solicitação 2ª rotina <sup>a</sup>	518	59,0	0	-	66	65,0	483	47,2	0	-	64	62,3
	Resultado 1ª rotina <sup>a,b</sup>	1091	65,8	1251	75,5		31% referem retorno do resultado superior a 30 dias	1327	80,2	981	59,2		74,3% referem retorno do resultado superior a 30 dias
	Resultado 2ª rotina <sup>c</sup>	242	35,8	221	32,6	32	ND	208	30,6	88	12,8	76	74,3% referem retorno do resultado superior a 30 dias
	Aconselhamento pós-teste	ND	ND	0	-	ND	ND	ND	ND	0	-	54	52,8 <sup>d</sup>
Tratamento das gestantes <sup>e</sup>	Prescrição de tratamento adequado	18	62,0 <sup>f</sup>	7	21,4	50	48,3 <sup>g</sup>	ND <sup>h</sup>	ND <sup>h</sup>	0	-		100% encaminham gestantes HIV+ para serviços de referência
	Realização de tratamento	29	100,0	3	9,7		Sem problemas para aplicação da penicilina benzatrina	ND <sup>h</sup>	ND <sup>h</sup>	0	-	102	
	Controle sorológico de cura	7	58,0	0	-	ND	ND	NA	NA	NA	NA		
Abordagem dos parceiros	Orientação sobre riscos da doença	21	72,4	0	-	ND <sup>i</sup>	ND <sup>i</sup>	ND <sup>h</sup>	ND <sup>h</sup>	0	-		ND <sup>h</sup>
	Orientação sobre uso de preservativo	20	69,0	0	-	ND <sup>i</sup>	ND <sup>i</sup>	ND <sup>h</sup>	ND <sup>h</sup>	0	-		ND <sup>h</sup>
	Solicitação exame do(s) parceiro(s)	23	79,3	3	8,9	36	35,3 <sup>i</sup>	ND <sup>h</sup>	ND <sup>h</sup>	0	-	58	56,4
	Tratamento do(s) parceiro(s)	6	20,7	0	-	36	35,3	ND <sup>h</sup>	ND <sup>h</sup>	0	-		ND <sup>h</sup>

VDRL= Venereal Disease Research Laboratory; HIV= vírus da imunodeficiência humana; \* Considerada assistência adequada se ações realizadas em 100% das gestantes; ND = dado não disponível; NA = não se aplica; <sup>a</sup> Em gestantes com mais de 28 semanas gestacionais (n=1208); <sup>b</sup> em gestantes com mais de 22 semanas gestacionais (n=1656); <sup>c</sup> em gestantes com mais de 34 semanas gestacionais (n=677); <sup>d</sup> 30% relatam ser mais difícil entregar resultado do exame anti-HIV do que VDRL; <sup>e</sup> para as entrevistadas; dados referentes às gestantes que sabiam do diagnóstico da sífilis na gestação (n=29); para dados do cartão de pré-natal, dados referentes às gestantes com diagnóstico sorológico de sífilis (n=34); <sup>f</sup> 90% referiam prescrição de tratamento, sendo 30% com prescrição inadequada; <sup>g</sup> Proporção de acerto num caso clínico apresentado; <sup>h</sup> No município do Rio de Janeiro, gestantes soropositivas para o HIV são encaminhadas para serviços de referência e não foram abordadas neste estudo; <sup>i</sup> 15% relatam dificuldades para orientar sobre DST e preservativos; <sup>j</sup> 44% referem encaminhar solicitação do exame do parceiro por meio da gestante.

O registro do resultado do primeiro exame VDRL apresentou valores crescentes com o aumento da idade gestacional, passando de 23% em gestantes com 22 a 27 semanas a 89% em gestantes a termo (dado não mostrado em Tabela). Para o segundo exame, valores muito menores foram encontrados, de apenas um terço em gestantes com mais de 34 semanas gestacionais (Tabela 2).

Em relação à sorologia anti-HIV, 93% das gestantes informaram que o exame havia sido solicitado e apenas 1,4% não sabiam informar ou não sabiam o que era HIV/ Aids. Proporção muito menor foi observada para a solicitação do segundo exame, de apenas 47,2%. Menos de metade das gestantes relataram que os profissionais conversaram sobre o exame antes de solicitá-lo (Tabela 2). Mais de 80% das mulheres realizaram a coleta da primeira sorologia anti-HIV, 96% sem qualquer tipo de dificuldade.

Padrão semelhante ao registro do resultado do VDRL no cartão de pré-natal foi observado em relação à sorologia anti-HIV, porém com valores inferiores, estando o resultado da primeira sorologia disponível para apenas 74% das gestantes com mais de 37 semanas gestacionais (dado não mostrado em Tabela) e o da segunda sorologia para apenas 12,8% das gestantes com mais de 34 semanas (Tabela 2).

Considerando-se dados da entrevista e do cartão de pré-natal, 34 gestantes foram identificadas como tendo diagnóstico de sífilis na gestação, com uma prevalência de 1,4%. Entretanto, em 53% das gestantes não foi possível avaliar esse risco, por ausência do resultado do exame, estando este valor provavelmente subestimado.

Das 34 mulheres com sorologia positiva, 5 (15%) não sabiam que tinham um diagnóstico de sífilis. Das 29 gestantes que sabiam informar esse diagnóstico, 90% receberam prescrição de tratamento, mas em 30% dos casos com doses de penicilina benzatina diferentes das recomendadas pelo Ministério da Saúde.<sup>2</sup> Todas as mulheres referiram ter seguido o tratamento prescrito e, das que já haviam concluído, 58% haviam recebido a solicitação de um novo exame de controle (Tabela 2). A maioria das gestantes referiu solicitação de exame para o parceiro, mas em apenas 20% dos casos houve prescrição de tratamento. Aproximadamente 70% disseram ter recebido orientações sobre os riscos da doença para o bebê e sobre o uso do preservativo (Tabela 2). Não foram identificados falhas do manejo por problemas dos serviços (falta de medicamento) ou por falta de adesão das mulheres ao tratamento.

Dados relativos ao aconselhamento pré e pós-

teste, orientações sobre os riscos da sífilis e da infecção pelo HIV para a gestante e o feto, bem como sobre o uso de preservativos, não estavam disponíveis no cartão, não havendo um espaço definido para o registro desse tipo de informação. Anotações esporádicas foram observadas, principalmente nos casos de gestantes com resultados de exame reagentes (Tabela 2).

Na análise bivariada, o início precoce da assistência pré-natal e o número adequado de consultas estiveram associados à maior adequação dos protocolos de controle da sífilis e do HIV, exceto para o aconselhamento anti-HIV, que apresentou valores semelhantes independente da época de início e do número de consultas, e a solicitação de VDRL, que não mostrou associação com a época de início (Tabela 3).

Dos 144 profissionais elegíveis, 5 (3,5%) não foram abordados pela equipe da pesquisa por se encontrarem de férias ou licença. Dos 139 (96,5%) que foram convidados a participar do estudo, 102 devolveram o questionário preenchido, correspondendo a 70% dos elegíveis. Do grupo analisado, 70% eram médicos e 30% enfermeiros.

Todos os profissionais referiram solicitar o VDRL na primeira consulta de pré-natal e apenas 5% não solicitavam o segundo exame. Entretanto, apenas 65% realizavam a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde<sup>2,6</sup> de solicitação do exame na primeira consulta e no início do terceiro trimestre gestacional (Tabela 2).

Para avaliar a conduta em relação ao tratamento, foi apresentado um caso clínico de uma gestante com VDRL reagente, com título baixo, sem antecedentes de tratamento para sífilis, sendo verificada uma proporção de acerto de apenas 48% (Tabela 2).

Todos os profissionais referiram solicitar a sorologia anti-HIV na primeira consulta de pré-natal, com 62% requisitando um segundo exame no 2º ou 3º trimestre gestacional. Cerca de 50% referiam realizar sempre o aconselhamento pré e pós-teste (Tabela 2) e um terço dos profissionais relataram que nunca o fazem.

Um terço dos profissionais alegava nunca abordar os parceiros em relação ao exame anti-HIV e 56,4% o fazem apenas quando a gestante apresenta resultado reagente (Tabela 2).

As principais dificuldades para o manejo da sífilis e do HIV estavam relacionadas ao início tardio do pré-natal, à demora no resultado dos exames e problemas na abordagem dos parceiros (dado não mostrado em Tabela). O tempo de retorno dos exames foi variado, sendo maior para o anti-HIV: 30% dos profissionais referiram recebimento do

**Tabela 3**

Análise bivariada<sup>a</sup> dos procedimentos de controle da sífilis e do HIV e época de início e número de consultas do pré-natal. Município do Rio de Janeiro, 2007 - 2008.

Exposição/ Desfecho	Solicitação VDRL (N=2353)		Realização VDRL (N=2353)		Resultado VDRL <sup>b</sup> (N=1656)		Solicitação anti-HIV (N=2353)		Aconselhamento Anti-HIV (N=2353)		Realização Anti-HIV (N=2353)		Resultado Anti-HIV <sup>b</sup> (N=1656)								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
<b>Início até 16 semanas</b>																					
Sim (n=1751)	1304	74,5	0,189	1137	65,0	0,003	948	83,0	<0,001	1644	94,1	0,004	723	45,4	0,313	1443	82,6	<0,001	764	66,9	<0,001
Não (n=602)	429	71,3		337	56,0		301	59,1		548	91,1		258	47,8		433	71,9		216	42,3	
<b>Adequação nº consultas<sup>c</sup></b>																					
Sim (n=1864)	1396	74,9	0,019	1227	65,9	<0,001	1045	84,1	<0,001	1764	94,7	<0,001	777	45,4	0,362	1562	83,9	<0,001	843	67,8	<0,001
Não (n=489)	337	68,8		247	50,3		206	49,9		432	88,0		202	48,1		317	64,7		138	33,4	

VDRL= Venereal Disease Research Laboratory; HIV= vírus da imunodeficiência humana; <sup>a</sup> Teste estatístico qui-quadrado; <sup>b</sup> apenas para gestantes com mais de 22 semanas gestacionais (n=1656). Considerado apenas o resultado da primeira sorologia para esta análise; <sup>c</sup> número adequado = no mínimo 1 consulta no primeiro trimestre gestacional, 2 no segundo e 3 no terceiro.

resultado do VDRL em um prazo igual ou superior a 30 dias, enquanto para o anti-HIV essa proporção foi de 75% (Tabela 2).

Os problemas relatados para a abordagem dos parceiros foram diversos, incluindo o seu não comparecimento ao serviço (52,7%), falta de local de referência para tratamento (17,5%), dificuldades para conversar com o parceiro (40,1%) e para orientar sobre questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis (DST) (15,4%).

Mais de 70% dos profissionais referiram que as unidades dispunham de algum mecanismo de busca de parceiros de gestantes com DST, sendo a forma de busca pouco especificada por mais de 40% dos entrevistados.

Aproximadamente um terço dos profissionais informou que o tratamento dos parceiros das gestantes com DST era realizado pelo próprio pré-natalista (Tabela 2), 40% por outros profissionais da unidade e quase 20% disseram não haver fluxo definido para esse atendimento. Quase metade dos profissionais referiu enviar o pedido do exame do parceiro por meio da própria gestante.

A entrega do resultado anti-HIV, principalmente quando este era reagente, foi uma das dificuldades apontadas para a prevenção da transmissão vertical do HIV e uma das principais diferenças em relação ao manejo da sífilis e do HIV. Aproximadamente um terço dos profissionais considera mais difícil entregar o resultado do exame anti-HIV e realizar o aconselhamento para esse exame do que para o VDRL.

As principais estratégias sugeridas para redução da transmissão vertical da sífilis e do HIV foram a realização de trabalhos educativos com a população geral, facilitação do diagnóstico e tratamento dos parceiros e treinamentos em aconselhamento e manejo clínico.

## Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam uma série de falhas nas ações de controle da sífilis e do HIV no âmbito da assistência pré-natal em unidades do SUS no MRJ. Considerando-se as informações das entrevistas com as gestantes e cartões de pré-natal, verificou-se que não foi alcançada a cobertura desejada de 100% de realização dos procedimentos preconizados para cada idade gestacional, exceto a realização do tratamento prescrito, que foi referido por todas as gestantes com diagnóstico de sífilis. Segundo relato dos profissionais, a cobertura de 100% foi alcançada apenas para a solicitação da primeira sorologia para sífilis e HIV e para o enca-

minhamento de gestantes HIV positivo para serviços de referência.

A primeira questão a ser destacada é que as ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV não podem ser abordadas sem uma discussão mais ampla da qualidade da assistência pré-natal. Verificou-se que a época de início da assistência pré-natal e, principalmente, a garantia do número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde<sup>6</sup> estiveram associadas à maior adequação das ações de controle da sífilis e do HIV, em especial à disponibilidade dos resultados das sorologias.

Outros estudos também evidenciaram problemas nas ações para redução da transmissão vertical em gestantes com assistência pré-natal inadequada, como menor acesso aos testes de triagem para sífilis e HIV,<sup>16-19</sup> maior proporção de casos de sífilis congênita evitáveis por melhor atuação dos prestadores,<sup>20</sup> e maior risco de uso inadequado de medicação antirretroviral na gestação e no parto por gestantes soropositivas para o HIV.<sup>21</sup>

A metodologia utilizada, de análise imbricada das informações das gestantes, cartões de pré-natal e profissionais pré-natalistas, revelou concordâncias nos problemas identificados, sinalizando os aspectos da assistência que mais carecem de melhorias.

Menos de 50% das mulheres referiam terem sido aconselhadas antes da realização do teste anti-HIV. Este resultado é inferior ao encontrado por Veloso *et al.*<sup>18</sup> em inquérito nacional realizado com puérperas, em que cerca de 14% referiam ter sido testadas sem seu conhecimento ou autorização, mas semelhante ao verificado em estudos na Região Sul do país.<sup>22,23</sup> Problemas no aconselhamento também têm sido identificados no momento da admissão para o parto.<sup>24</sup>

Em relação à sífilis, embora os instrumentos adotados não contivessem dados sobre o aconselhamento pré e pós-teste, a falta de informação sobre a solicitação e/ou realização do exame e o desconhecimento de resultados de exames positivos revelam também problemas nessa abordagem. Esse dado, aliado às discordâncias entre a informação materna, o registro do cartão e informações fornecidas pelos profissionais, revela a baixa confiabilidade da informação prestada pelas mulheres para avaliar a realização do exame de VDRL.

Ter o resultado dos exames em tempo oportuno é essencial para a adoção dos protocolos disponíveis. Entretanto, neste estudo, não se alcançou 100% de resultados nem para a primeira sorologia em gestantes já a termo. Estudos realizados com puérperas em outros locais também revelaram oportunidades perdidas na testagem para detecção da

infecção pela sífilis e pelo HIV,<sup>17,18,25,26</sup> sendo o diagnóstico oportuno da sífilis na gravidez o principal desafio para o controle da sífilis congênita.<sup>5,27</sup>

Alguns estudos atribuem a baixa realização dos exames a não adesão dos profissionais ao protocolo de testagem universal das gestantes, sendo observadas variações em sua realização conforme tipo de serviço,<sup>19,28</sup> região do país<sup>16,25</sup> e características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas das gestantes,<sup>16-19,28</sup> revelando percepções diferenciadas da vulnerabilidade das mulheres às DST que resultariam em menor oferta do exame.

Neste estudo, a solicitação da primeira e segunda rotina foi elevada, próxima a 100%, sendo observadas falhas na idade gestacional de solicitação do segundo exame. Inadequação na solicitação do segundo VDRL foi também observada em estudo realizado em maternidades de referência no Brasil<sup>26</sup> e em regiões dos EUA com elevada prevalência de sífilis, onde o segundo exame é recomendado como parte da rotina de pré-natal.<sup>16,20,28</sup> A menor solicitação do segundo exame anti-HIV é possivelmente decorrente da implantação recente dessa rotina no município do Rio de Janeiro, ocorrida no mesmo período do início desta pesquisa.

Considerando-se a elevada solicitação de exames e o baixo relato de dificuldades para a realização dos mesmos, problemas estruturais nos serviços de apoio diagnóstico, com tempos demasiado longos para retorno dos resultados, parecem ser os principais limitantes para o alcance da cobertura de 100% das gestantes com os exames VDRL e anti-HIV.

Vários autores têm defendido o uso de testes com resultado imediato, realizados na própria unidade de saúde, ao menos para gestantes com poucos contatos com os serviços de saúde, o que permitiria intervenções mais oportunas.<sup>16,20</sup> Esses testes têm sido recomendados principalmente para alcançar populações mais vulneráveis e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, existindo experiências exitosas de redução da incidência da sífilis congênita após implantação dessa metodologia diagnóstica com tratamento imediato dos casos positivos.<sup>5</sup> Sua utilização em situações específicas está contemplada nas recomendações atuais do Ministério da Saúde,<sup>2</sup> sendo sua utilização bem aceita pelos profissionais de saúde e população.<sup>29</sup>

No município do Rio de Janeiro, testes rápidos para sífilis foram utilizados nas campanhas realizadas em 1999 e 2000, o que permitiu a redução das formas graves da sífilis congênita no período imediato após a campanha.<sup>9</sup>

Já os testes rápidos anti-HIV tem sido realizados no MRJ tanto na admissão para o parto quanto em

polos de testagem regionais, visando um diagnóstico mais rápido principalmente para as gestantes com início tardio do pré-natal. Os resultados dos primeiros quatro anos de implantação evidenciaram uma positividade elevada dos exames realizados nesses polos regionais, superior à prevalência estimada pelo último estudo sentinela realizados pelo Ministério da Saúde,<sup>30</sup> revelando maior vulnerabilidade das mulheres excluídas socialmente à infecção pelas DST.

Embora os testes rápidos tenham um custo unitário mais elevado do que os demais testes de triagem, principalmente do VDRL, há que considerar os outros custos envolvidos na testagem convencional, tais como materiais de consumo, profissionais e transporte das amostras. Além disso, deve-se somar a esses, os custos de internações relacionados aos casos de sífilis congênita não evitados e o custo social de óbitos e sequelas decorrentes desse agravo.

A prescrição de tratamento para as gestantes com diagnóstico de sífilis foi elevada e não foram relatadas dificuldades para aplicação de penicilina benzatina nas unidades de saúde. Entretanto, foram observadas falhas na prescrição, principalmente nos casos em que o exame apresentava titulação baixa, como verificado pelo baixo percentual de acerto no caso clínico apresentado e na ausência de tratamento em 15% das gestantes com sorologia reagentes.

Os problemas identificados na abordagem dos parceiros contribuem para a inadequação no manejo dos casos de sífilis na gestação,<sup>24,26</sup> já que a definição de casos adotada atualmente pelo Ministério da Saúde<sup>2</sup> considera que todo recém-nato de gestante com diagnóstico de sífilis cujo parceiro não tenha sido tratado, é considerado caso de sífilis congênita, independentemente de sinais clínicos ou exames laboratoriais. Embora seja uma atividade que envolve muitos recursos e que raramente é realizada pelos serviços,<sup>5</sup> é importante para evitar a reinfecção durante a gravidez, principalmente em locais de alta prevalência da sífilis, sendo também uma oportunidade de tratamento e prevenção de novos casos de DST, uma vez que os casos não tratados permanecem como reservatórios de DST na população geral.

Os problemas referidos pelos profissionais revelam uma dinâmica dos serviços que não favorece a atenção à saúde dos homens, com mecanismos frágeis de contato, ausência de referências bem estabelecidas e profissionais pouco capacitados para esse atendimento, delegando-se, em muitos casos, às próprias gestantes, a difícil tarefa de comunicar o diagnóstico de uma DST ao seu parceiro.

Orientações insuficientes sobre os riscos da doença e uso de preservativos; dificuldades referidas pelos profissionais para abordar essas questões; sugestões de trabalhos educativos com a população para melhoria do atendimento; e falhas na solicitação de exames e prescrição de tratamento, apontam para a importância de estratégias que visem ampliar as ações de aconselhamento nos serviços e a sensibilização e capacitação dos profissionais para essas ações e para o manejo clínico adequado.<sup>17,18,22,28</sup>

Ressalta-se que, embora os problemas identificados afetem o controle das duas infecções, a maior repercussão é no manejo da sífilis, já que para essa doença os melhores resultados são observados quando o tratamento da gestante é instituído até a 28ª semana gestacional.<sup>5</sup> No caso da infecção pelo HIV, embora o diagnóstico sorológico tenha se revelado ainda mais problemático - com menor proporção de solicitação da segunda rotina, maior demora na realização do exame e menor proporção de registro de resultados - medidas assistenciais podem ser adotadas ainda que o diagnóstico ocorra apenas no final da gestação ou na admissão para o parto,

permitindo a prevenção de grande número de casos, dado que 65% da transmissão vertical ocorrem no período periparto. Em relação à sífilis, não existe possibilidade de prevenção da transmissão vertical da doença com medidas adotadas no momento do parto, exigindo dos serviços o diagnóstico e tratamento da infecção durante a gestação.<sup>7</sup>

Para concluir, pode-se afirmar que para melhor adequação das ações de controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV, esforços devem ser direcionados para ampliar o acesso ao pré-natal, tanto ao início precoce quanto ao número mínimo de consultas; fortalecer as estruturas laboratoriais ou buscar alternativas de testagem sorológica, tais como os testes rápidos, visando disponibilizar oportunamente o resultado dos exames; capacitar profissionais de saúde para ações de aconselhamento e manejo clínico; aumentar a oferta de ações educativas, tanto para as gestantes como para a população geral; e desenvolver ações para inclusão da população masculina nos serviços de saúde, com benefícios que certamente extrapolam o controle das DST.

## Referências

- Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol.* 1997; 24: 71-90.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Brasília, DF; 2007.
- Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Neto OLM, Moura L, Ferraz W, Souza MFM. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007; 16: 233-44.
- Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, VanDyke R, Bey M, Shearer W, Jacobson RL. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group.* *N Engl J Med.* 1994; 331: 1173-80.
- Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health* 2011; 11 (Suppl 3): S1-9. Available in: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-S3-S9.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília, DF; 2000.
- Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/Aids and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23 (Supl. 3): S370-8.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJL. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet.* 2010; 375: 1609-23.
- Saraceni V, Leal M C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19: 1341-9.
- Saraceni V, Guimarães MHSF, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21: 1244-50.
- Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, Durovni B. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007; 16: 103-11.
- Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Transmissão vertical do HIV no município do Rio de Janeiro – Dezembro 2006. [acesso em 14 dez 2011]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=125592>
- Oliveira MIC, Silva KS, Gomes Junior SC, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44: 60-9.
- McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: a tool for telling your program's performance story. *Eval Prog Plan.* 1999; 22: 65-72.
- Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na

- análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11 (Suppl. 1): 38-45.
16. Schrag SJ, Arnold KE, Mohle-Boetani JC, Lynfield R, Zell ER, Stefonek K, Noga H, Craig AS, Thomson Sanza L, Smith G, Schuchat A. Prenatal screening for infectious diseases and opportunities for prevention. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 753-60.
  17. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42: 851-8.
  18. Veloso VG, Portela MC, Vasconcelos MTL, Matzenbacher LA, Vasconcelos ALR, Grinsztejn B, Bastos FI. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42: 859-67.
  19. Lawrence JM, Liu IA, Towner WJ. Trends and correlates of HIV testing during pregnancy in racially/ethnically diverse insured population, 1997-2006. *Matern Child Health J.* 2009; 13: 633-40.
  20. Warner L, Roach RW, Fichtner RR, Stoll BJ, Nathan L, Toomey KE. Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an urban southern hospital. *Sex Transm Dis.* 2001; 28: 92-8.
  21. Wilson TE, Ickovics JR, Royce R, Fernandez MI, Lampe M, Koenig LJ. Prenatal Care Utilization and the Implementation of prophylaxis to prevent prenatal HIV-1 Transmission. *Matern Child Health J.* 2004; 8: 13-8.
  22. Goldani MZ, Giugliani ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilhos K, Feldens L, Tomkins A. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37: 552-8.
  23. Misuta NM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Andrade SM. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008; 8: 197-205.
  24. Macedo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25: 1679-92.
  25. Souza Junior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo sentinela parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38: 764-72.
  26. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudos sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 16: 186-75.
  27. Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bull World Health Organ.* 2004; 82: 439-46.
  28. Trepka MJ, Bloom SA, Zhang G, Kim S, Nobles RE. Inadequate syphilis screening among women with prenatal care in a community with a high syphilis incidence. *Sex Transm Dis.* 2006; 33: 670-4.
  29. Benzaken AS, Garcia EG, Sardinha JCG, Dutra Junior JC, Peeling R. Testes rápidos para diagnóstico da sífilis: validação em clínica de DST na Região Amazônica, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23 (Supl. 3): S456 - 64.
  30. Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2006; Ano III, nº 1.* p. 11 - 5.

---

Recebido em 3 de janeiro de 2012

Versão final apresentada em 5 de junho de 2012

Aprovado em 17 de julho de 2012