

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre
mulheres e seus companheiros**

Aline Scherer

Pelotas, 2019

Aline Scherer

**HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre
mulheres e seus companheiros**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mariângela Freitas da Silveira

Pelotas, 2019

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S326h Scherer, Aline

HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis : ocorrência e sorodiscordância entre mulheres e seus companheiros / Aline Scherer ; Bruno Pereira Nunes, orientador ; Mariângela Freitas da Silveira, coorientadora. — Pelotas, 2019.

230 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Gestante. 2. Parceiro sexual. 3. HIV. 4. Sífilis. 5. Sorodiscordância. I. Nunes, Bruno Pereira, orient. II. Silveira, Mariângela Freitas da, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Aline Scherer

**HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre
mulheres e seus companheiros**

**Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre
em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas**

Data da Defesa: 12/12/2019.

Banca examinadora:

.....
**Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes (Orientador). Doutor em Epidemiologia pela
Universidade Federal de Pelotas.**

.....
**Prof. Dr. Cezar Arthur Tavares Pinheiro. Doutor em Saúde e Comportamento
pela Universidade Católica de Pelotas.**

.....
**Prof. Dra. Marilu Correa Soares. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela
Universidade de São Paulo.**

.....
**Profa. Dra. Marília Arndt Mesenburg. Doutora em Epidemiologia pela
Universidade Federal de Pelotas.**

.....
**Profa. Dra. Alitéia Santiago Dilélio. Doutora em Epidemiologia pela Universidade
Federal de Pelotas.**

Agradecimentos

À minha mãe e ao meu pai, que sempre incentivaram seus filhos a estudarem.

À minha querida filha e ao meu querido filho, que adiaram muitas conversas e momentos de convívio para quando esta dissertação estivesse terminada.

Ao meu companheiro, José Ricardo, que me apoiou durante esses dois anos, colaborando à sua maneira para que eu pudesse me dedicar à escrita.

À colega de ambulatório de pré-natal, Gisele Vieira, que foi a primeira pessoa a me sugerir a ideia de pesquisar sobre o assunto desta dissertação.

À Mariângela Freitas da Silveira que, de antecessora no ambulatório de gestantes HIV positivas da UFPel, passou a ser minha coorientadora, sempre acessível e disponível, mesmo que à distância.

Ao Bruno Pereira Nunes, meu querido orientador, que me conduziu de forma a me manter ao mesmo tempo segura e tranquila, mesmo nos momentos mais angustiantes da escrita.

À Dulce Stauffert, pelo apoio e treinamento na execução dos testes rápidos.

À Secretaria Estadual de Saúde, pelo fornecimento dos kits de testes rápidos.

Aos acadêmicos de Medicina e de Enfermagem que colaboraram nas entrevistas, execução dos testes rápidos e transferência para o banco de dados.

Aos médicos residentes e preceptores da Unidade Materno-Infantil, que colaboraram durante a coleta de dados.

Finalmente, às pacientes internadas na Unidade Materno-Infantil e aos seus companheiros, que foram generosos em disporem do seu tempo e colaborarem para que esta dissertação fosse possível.

Obrigada.

Resumo

SCHERER, Aline. **HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre mulheres e seus companheiros**. 2019. 230f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis são doenças com possível transmissão vertical durante a gestação e amamentação - esta última, no caso do HIV. Com exceção da hepatite C, a maior fonte de contágio dessas infecções na gestante é a relação sexual. A testagem dos parceiros das gestantes brasileiras, embora seja estimulada pelo Ministério da Saúde, ainda não é abrangente. Nem sempre a sorologia para determinada doença é concordante entre os pares do casal. A sorodiscordância tem sido considerada uma fonte crescente de transmissão de infecções. Alguns estudos têm mensurado essa taxa entre casais, mas são escassas as informações na literatura a respeito da prevalência de HIV, hepatites B e C e sífilis em parceiros sexuais de gestantes brasileiras. Além disso, a medida da sorodiscordância somente é citada em relação ao HIV. O objetivo deste estudo transversal de base de serviço foi avaliar a ocorrência e sorodiscordância das infecções por HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis nas mulheres internadas na unidade materno-infantil de um hospital do sul do Brasil e em seus companheiros, além de descrever as características demográficas e socioeconômicas dos participantes. A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva com cálculos de prevalência e Intervalo de Confiança (IC 95%) para os desfechos (variáveis dicotômicas), que foram analisados de forma isolada e em conjunto. Os desfechos de positividade das mulheres foram mensurados por testes rápidos (TR) de HIV, TR treponêmicos de sífilis, HbsAg e Anti-HCV. Nos companheiros, foram mensurados por TR de HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis. Dentre os resultados, constatou-se que 6,8% dos casais possuíam algum teste positivo. Além disso, aproximadamente um a cada 25 participantes apresentava teste positivo para alguma das infecções pesquisadas (4,0% das mulheres e 4,3% dos homens). Entre as mulheres, 2,0% já sabiam ser HIV positivas, 2,0% apresentaram TR positivo para sífilis e não houve resultado positivo para hepatite B ou C. Do total de homens entrevistados, 95,9% aceitaram realizar os TR. Entre eles, 1,4% sabiam ser HIV positivos e um parceiro era portador crônico de hepatite B. Houve um percentual semelhante de homens com TR positivos para sífilis e hepatite C (1,4%). Entre os 281 casais, a maioria dos indivíduos que apresentavam teste positivo para alguma das doenças pesquisadas estava em um relacionamento sorodiscordante. Esses resultados podem colaborar no entendimento da infecção por HIV, hepatite B e C e sífilis nesta população estudada. A evidência de que a maioria dos casais com algum resultado positivo era sorodiscordante reforça a importância da testagem masculina com a intenção de evitar a infecção do cônjuge negativo e consequente transmissão vertical das infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, a evidente aceitação masculina em realizar a testagem no momento da internação da companheira demonstrou a viabilidade desta estratégia na maternidade.

Palavras-chave: gestante; parceiro sexual; HIV; sífilis; hepatite B; hepatite C; Infecções Sexualmente Transmissíveis; sorodiscordância.

Abstract

SCHERER, Aline. **HIV, Hepatitis B, Hepatitis C and Syphilis: occurrence and serodiscordance between women and their partners**. 2019. 230f. Dissertation (Master of Science) - Postgraduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

HIV, hepatitis B, hepatitis C and syphilis are diseases with possible vertical transmission during pregnancy and breastfeeding - the latter in the case of HIV. With the exception of hepatitis C, the main source of these infections in pregnant women is sexual intercourse. The testing of partners of Brazilian pregnant women, although encouraged by the Ministry of Health, is not yet comprehensive. Serology for a given disease is not always concordant between couples. Serodiscordance has been considered a growing source of infection transmission. Some studies have measured this rate among couples, but there is little information in the literature about the prevalence of HIV, hepatitis B and C and syphilis in sexual partners of Brazilian pregnant women. In addition, the measure of serodiscordance is only cited in relation to HIV. The aim of this cross-sectional baseline study was to evaluate the occurrence and serodiscordance of HIV, hepatitis B, hepatitis C and syphilis infections in women admitted to the maternal and child unit of a hospital in southern Brazil and their partners, and to describe the characteristics participants' demographic and socioeconomic. Data analysis was performed using descriptive statistics with prevalence calculations and Confidence Interval (CI 95%) for outcomes (dichotomous variables), which were analyzed separately and together. Women's positive outcomes were measured by rapid HIV test (RT), syphilis treponemal RT, HbsAg, and Anti-HCV. In the partners, they were measured by HIV RT, hepatitis B RT, hepatitis C RT and syphilis treponemal RT. Among the results, it was found that 6.8% of couples had some positive test. In addition, approximately one in 25 participants tested positive for any of the infections surveyed (4.0% women and 4.3% men). Among women, 2.0% already knew they were HIV positive, 2.0% had positive RT for syphilis and there was no positive result for hepatitis B or C. Of all men interviewed, 95.9% agreed to perform the rapid tests. Among them, 1.4% knew they were HIV positive and one partner had chronic hepatitis B infection. There was a similar percentage of men with RT positive for syphilis and hepatitis C (1.4%). Among the 281 couples, most individuals who tested positive for any of the diseases surveyed were in a serodiscordant relationship. These results may contribute to the understanding of HIV infection, hepatitis B and C and syphilis in this population studied. The evidence that the majority of 6.4% of couples with positive results were serodiscordant reinforces the importance of male testing with the intention of preventing negative spouse infection and the consequent vertical transmission of sexually transmitted infections. In addition, the evident male acceptance to perform the test at the time of admission of the partner demonstrated the viability of this strategy during hospitalization in the maternity ward.

Keywords: pregnant woman; sexual partner; HIV; syphilis; Hepatitis B; hepatitis C; Sexually Transmitted Diseases; serodiscordance.

Apresentação

Esta dissertação de mestrado é um pré-requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O texto completo é dividido em cinco partes: projeto de pesquisa revisado, lista das principais sugestões da banca de qualificação, relatório do trabalho de campo, artigo original e considerações finais.

A elaboração deste texto foi realizada pela mestranda Aline Scherer com orientação do professor Bruno Pereira Nunes e coorientação da professora Mariângela Freitas da Silveira.

O exame de qualificação do projeto foi realizado no dia 30 de abril de 2019. Além dos orientadores, a banca foi composta pelos professores Cezar Arthur Tavares Pinheiro, Marilu Corrêa Soares e Marília Arndt Mesenburg. Após esta data, o projeto de dissertação foi revisado, e as principais sugestões estão descritas na segunda parte deste volume. A defesa desta dissertação de mestrado foi realizada em 12 de dezembro de 2019. Além dos professores citados acima, fez parte desta banca a professora Alitéia Santiago Dilélio.

O relatório do trabalho de campo descreve em detalhes o estudo transversal de base de serviço, que aconteceu no período de 16 de agosto a 23 de novembro de 2018.

A última parte deste volume diz respeito ao artigo original “HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre mulheres e seus companheiros”, cuja elaboração foi baseada no banco de dados gerado pelo trabalho de campo. Este artigo foi formatado conforme as normas de publicação da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, que podem ser consultadas no link <<http://www.scielo.br/revistas/rbgo/pinstruc.htm>>. As publicações devem ser enviadas no idioma inglês. Porém, para este volume, optou-se por manter o artigo no idioma português.

Sumário

1 Projeto de pesquisa.....	9
2 Principais alterações do projeto de pesquisa.....	193
3 Relatório do trabalho de campo.....	195
4 Artigo original.....	208
5 Considerações finais.....	228

1 Projeto de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Dissertação

**HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre
mulheres e seus companheiros**

Aline Scherer

Pelotas, 2019

Aline Scherer

**HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre
mulheres e seus companheiros**

Projeto de Pesquisa para elaboração da dissertação de Mestrado que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mariângela Freitas da Silveira

Pelotas, 2019

Lista de Figuras

Figura 1	Exemplos de TR para HIV.....	40
Figura 2	Exemplos de resultados de TR.....	40
Figura 3	Relação entre estágios da infecção por HIV e ensaios laboratoriais.....	42
Figura 4	Fluxograma 1: Dois TR (TR1 e TR2) realizados em sequência	43
Figura 5	Fluxograma 2: Um TR/fluido oral (TR1-FO) seguido por um TR/sangue (TR2).....	44
Figura 6	Fluxograma 3: Triagem com imunoensaio de 4ª geração seguido de teste molecular.....	45
Figura 7	Fluxograma 4: Triagem com imunoensaio de 3ª geração seguido de teste molecular.....	46
Figura 8	Fluxograma 5: Teste inicial não treponêmico confirmado por teste treponêmico.....	53
Figura 9	Fluxograma 6: Diagnóstico laboratorial reverso baseado em testes imunológicos automatizados.....	54
Figura 10	Fluxograma 7: Diagnóstico da sífilis com a utilização de TR treponêmicos.....	55
Figura 11	Fluxograma 8: Investigação inicial do HBV utilizando TR (TR - HBsAg).....	63
Figura 12	Fluxograma 9: Detecção da infecção pelo HBV utilizando HbsAg e teste molecular.....	64

Figura 13	Fluxograma 10: Detecção da infecção pelo HBV utilizando HbsAg e Anti-HBc total.....	65
Figura 14	Fluxograma 11: Investigação da infecção pelo HCV usando TR (anti-HCV).....	69
Figura 15	Fluxograma 12: Diagnóstico utilizando teste anti-HCV e teste molecular (HCV-RNA).....	70
Figura 16	Critérios para exclusão dos resumos na revisão sistemática.....	73
Figura 17	Critérios para exclusão após leitura na íntegra dos artigos.....	74
Figura 18	Etapas da revisão sistemática.....	75
Figura 19	País de origem dos artigos publicados.....	76
Figura 20	Número de artigos segundo o ano de publicação.....	77
Figura 21	Principais resultados dos artigos da revisão sistemática.....	80
		-83
Figura 22	Demais objetivos dos artigos selecionados para a revisão sistemática.....	84
Figura 23	Modelo Teórico.....	108
Figura 24	Variáveis dependentes da mulher.....	113
Figura 25	Variáveis dependentes do companheiro.....	113
Figura 26	Variável dependente - sorodiscordância.....	114
Figura 27	Variáveis independentes da mulher.....	114
		-116
Figura 28	Variáveis independentes do companheiro.....	117-
		118
Figura 29	Etapas do projeto.....	124
Figura 30	Orçamento.....	125

Lista de Abreviaturas e Siglas

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Anti-HBs	Anticorpo contra o antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B
Anti-HCV	Anticorpo contra o Vírus da Hepatite C
Anti-HBc	Anticorpo contra o core do Vírus da Hepatite B
AST	Aspartato aminotransferase
AZT	Zidovudina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CV-HBV	Carga Viral do Vírus da Hepatite B
CV-HIV	Carga Viral do Vírus da Imunodeficiência Humana
DDAHV	Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
DF	Distrito Federal
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DNA	Ácido Desoxirribonucleico (<i>deoxyribonucleic acid</i>)
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FTA-Abs	Teste de anticorpos treponêmicos com absorção (<i>fluorescent treponemal antibody absorption test</i>)
HBcAg	Antígeno do core do Vírus da Hepatite B
HBeAg	Antígeno “e” do Vírus da Hepatite B

HBsAg	Antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B ou antígeno “s” do Vírus da Hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite B (<i>hepatitis B virus</i>)
HCV	Vírus da Hepatite C (<i>hepatitis C virus</i>)
HCV-Ag	Antígeno do Vírus da Hepatite C
HCV-RNA	Carga Viral (RNA) do Vírus da Hepatite C
HE- UFPel	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (<i>human immunodeficiency virus</i>)
HIV+	Positivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV-	Negativo para o Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgG	Imunoglobulinas da Classe G
IgM	Imunoglobulinas da Classe M
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MHA-TP	Ensaio de micro-hemaglutinação (<i>micro-haemagglutination assay</i>)
MS	Ministério da Saúde
MTDHIV	Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV
MTDHV	Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais
PCDT-TV	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase (<i>Polymerase Chain Reaction</i>)
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RNA	Ácido Ribonucleico (<i>ribonucleic acid</i>)
RN	Recém-nascido
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i>
RS	Rio Grande do Sul

SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretária de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPHA	Ensaio de hemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i> (<i>T. pallidum haemagglutination test</i>)
TPPA	Ensaio de aglutinação passiva de partículas para <i>Treponema pallidum</i> (<i>T. pallidum passive particle agglutination test</i>)
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

Lista de Símbolos

%	Por cento
+	Positivo
-	Negativo

Sumário

1 Introdução.....	20
2 Justificativa.....	26
3 Objetivos.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos Específicos.....	28
4 Hipóteses.....	29
5 Revisão de literatura.....	30
5.1 HIV.....	30
5.1.1 Transmissão sexual do HIV e estratégias reprodutivas.....	34
5.1.2 HIV e gestação.....	37
5.1.3 Diagnóstico do HIV.....	38
5.2 Sífilis.....	47
5.2.1 Sífilis e gestação.....	49
5.2.2 Diagnóstico da sífilis.....	51
5.3 Hepatite B.....	56
5.3.1 Hepatite B e gestação.....	59
5.3.2 Diagnóstico da hepatite B.....	61
5.4 Hepatite C.....	66
5.4.1 Hepatite C e gestação.....	67
5.4.2 Diagnóstico da hepatite C.....	68
5.5 Revisão sistemática de literatura.....	71
5.5.1 Descrição dos artigos.....	76

5.5.2 Resumo dos artigos selecionados.....	85
5.5.3 Considerações finais sobre a revisão sistemática da literatura.....	103
6 Marco teórico.....	105
7 Metodologia.....	109
7.1 Apresentação.....	109
7.2 Caracterização da pesquisa.....	110
7.3 Cenário da pesquisa.....	110
7.4 População-alvo.....	111
7.5 Critérios para inclusão dos participantes no estudo.....	111
7.6 Princípios éticos.....	112
7.7 Variáveis.....	113
7.7.1 Variável dependente (desfecho).....	113
7.7.2 Variáveis independentes.....	114
7.8 Cálculo do tamanho da amostra.....	118
7.9 Coleta de dados.....	119
7.10 Processamento de dados.....	123
7.11 Análise de dados.....	123
7.12 Divulgação dos resultados.....	123
8 Cronograma.....	124
9 Orçamento.....	125
Referências.....	126
Apêndices.....	136
Anexos.....	186

1 Introdução

A descrição do primeiro caso de HIV em uma mulher brasileira foi em 1983, mesmo ano da primeira notificação do vírus em uma criança. Em 1985, ano em que o teste para detecção do HIV foi disponibilizado, foi descrito o primeiro caso de transmissão do vírus por infecção vertical no Brasil (BRASIL, 2018d).

Mais de dez anos depois do primeiro caso diagnosticado em paciente do sexo feminino, foi percebida a mudança no perfil da doença, com o aumento da infecção em mulheres e a interiorização territorial da doença. Em 2017, a razão de sexos, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi estimada em 2,6 homens para cada mulher infectada (BRASIL, 2018b, 2018d).

Baseado em dados de 2017, estima-se que existam 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no mundo, sendo 35,1 milhões de adultos, 18,2 milhões do sexo feminino e 1,8 milhão de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade. A maioria dessas pessoas vive na África Subsaariana e 1,8 milhão delas, na América Latina (UNAIDS, 2018a).

Dados da UNAIDS informam que 1,8 milhão de pessoas foram infectadas pelo vírus HIV durante o ano de 2017. A cada dia desse ano, das 5.000 novas pessoas contaminadas, 500 eram menores de 15 anos de idade. Estima-se que 19% dos adultos infectados diariamente sejam mulheres jovens entre 15 a 24 anos, em idade fértil com potencial impacto na transmissão vertical da infecção (UNAIDS, 2018a).

Em relação à América Latina, de cada 5 pessoas vivendo com HIV, 4 estavam conscientes do seu status sorológico. Das PVHIV no ano de 2017, 61% tiveram acesso à terapia antirretroviral (TARV) e 52% alcançaram supressão viral. Esses dados ainda estão longe da estimativa da “meta 90/90/90”, estabelecida pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), a fim de controlar a epidemia mundial de HIV até 2020: “90% de todas as PVHIV saberão que têm

o vírus; 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão TARV ininterruptamente; 90% de todas as pessoas recebendo TARV terão supressão viral” (UNAIDS, 2017, 2018b).

Segundo dados de 2014 a respeito de prevalências, o Brasil apresentou uma taxa de 0,4% na população em geral e em torno de 0,6% de infecção por HIV na população de 15 a 49 anos de idade - sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. Os boletins atuais não têm referido prevalências, preferindo apontar taxas de detecção (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016a; UNAIDS, 2018a).

Objetivando diminuir o número de crianças infectadas, foram criados programas específicos de prevenção da transmissão vertical da infecção pelo HIV. Dentre eles, destacam-se testagem para o HIV no pré-natal, TARV após a 14ª semana de gestação, utilização do AZT injetável intraparto, realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, zidovudina (AZT) oral para o recém-nascido exposto, estratégias de alimentação infantil com fórmulas em substituição à amamentação e acompanhamento em ambulatório específico da criança nascida de mãe HIV positiva (HIV+) (BRASIL, 2007).

O risco de transmissão vertical (TV) pode ser reduzido a menos de 5%, quando a gestante HIV+ tem acesso à TARV. Dados mundiais indicam que em torno de 80% das gestantes HIV+ tiveram garantido o acesso à medicação no ano de 2017 (UNAIDS, 2016a). No Brasil, a cobertura de gestantes que utilizaram a TARV subiu de 85% em 2012 para 88% em 2017 (UNAIDS, 2018b).

Embora a maior parte da TV do HIV deva-se à infecção intra-útero e durante o trabalho de parto/parto, dados sobre novas infecções pediátricas por HIV apontam relevante proporção de transmissão do vírus durante o período da amamentação, seja em mulheres previamente HIV negativas (HIV-) que se infectaram após o parto, seja naquelas HIV+ que amamentaram, prática não adotada no Brasil, mas que persiste em alguns países devido a aspectos culturais e econômicos (BRASIL, 2007; MARTINS-COSTA et al., 2017; UNAIDS, 2016b).

Um estudo em Moçambique avaliou uma coorte de 1.221 mulheres HIV- de março de 2008 a julho de 2011. A cada três meses pós-parto, eram realizados testes rápidos de HIV. A incidência do vírus em mulheres no pós-parto foi estimada em 3,20/100 mulheres-ano. Das novas infecções, 34% foram identificadas nos primeiros

seis meses pós-parto, 27% entre seis e 12 meses e 39%, entre 12 e 18 meses pós-parto. Segundo os autores, repetir o teste durante o pré-natal não foi suficiente para reduzir o número de infecções infantis após o parto. Desse resultado ressalta-se a importância da testagem de parceiros para a identificação e manejo adequado de casais com diferentes sorologias (SCHACHT et al., 2014a).

O status sorológico individual em relação a uma IST nem sempre é o mesmo em casais com relacionamento heterossexual estável. O termo sorodiscordância se aplica quando um parceiro apresenta resultado positivo para determinada doença, enquanto o outro é negativo. Se os resultados são conhecidos e iguais para ambos, configura-se uma relação soroconcordante (ONOVO et al., 2015).

Nesse contexto entra a figura masculina, esquecida até recentemente nos programas de prevenção da TV do HIV (MOHLALA et al., 2011). Em sua maioria, os programas preventivos são focados apenas na gestante, priorizando a prevenção numa perspectiva vertical de transmissão - da mãe para o feto - enquanto a horizontal - do parceiro soropositivo para a gestante soronegativa - é subvalorizada (KIZITO et al., 2008; MELO et al., 2013; MORFAW et al., 2013). O homem é considerado a “metade esquecida dessa equação” (MOHLALA et al., 2011).

A publicação *Ending AIDS, Progress towards the 90–90–90 targets* aponta que muitas questões de gênero influenciam negativamente nas decisões masculinas em relação à testagem para HIV e ao tratamento após o diagnóstico. Ela reflete acerca das campanhas de prevenção, assinalando que muitos serviços de saúde perpetuam estereótipos que colocam o cuidado da saúde como uma preocupação principalmente feminina. Segundo a publicação, é necessário reforçar estratégias de testagem de parceiros, que identificariam mulheres em relacionamentos sorodiscordantes em estão em risco de contrair HIV mesmo após o parto. Sobre o assunto, conclui que é necessário intensificar esforços para convencer os homens a rejeitarem as versões nocivas de masculinidade e empoderar mulheres, jovens e populações-chave para pressionarem seus serviços de saúde e assegurarem que seus direitos sejam protegidos e respeitados (UNAIDS, 2017).

Um artigo de revisão publicado em 2013 incluiu 24 estudos num contexto de cuidados pré-natais para prevenção da TV e envolvimento de parceiros e seu impacto nos programas. Seu objetivo foi revelar as principais barreiras ao envolvimento masculino e os principais fatores facilitadores da sua participação. Como principais

barreiras, a revisão mostrou: percepção social dos cuidados pré-natais como atividade essencialmente feminina, longo tempo de espera pelo atendimento nas clínicas, falta de boa comunicação entre o casal, relutância masculina em saber seu próprio status sorológico, concepção errônea de que o status da parceira deva ser idêntico ao seu status e o desinteresse feminino pela participação do parceiro devido ao receio de divórcio, abandono ou violência doméstica. Como principais facilitadores, o estudo evidenciou: convite aos parceiros para participarem de aconselhamento e testagem para HIV, oferecimento destes serviços por meio de um site - e não nos locais do pré-natal - e história de prévia testagem masculina para o HIV, antes da parceira ser gestante (MORFAW et al., 2013).

Existem evidências de que a adesão ao acompanhamento e tratamento da gestante HIV+ é maior quando ela tem o suporte do companheiro (KIZITO et al., 2008; MOHLALA et al., 2011; MORFAW et al., 2013; MSUYA et al., 2008). Além disso, companheiros mais participativos poderiam estar mais abertos à ideia de também serem testados para o HIV, o que diminuiria o impacto da transmissão do vírus durante a gestação e/ou amamentação nos casais sorodiscordantes (MARTINS-COSTA et al., 2017). As discussões sobre sexo seguro também poderiam evitar o contágio de parceiros soronegativos por gestantes HIV+, quadro sorológico descrito em alguns artigos (KIZITO et al., 2008; LOLEKHA et al., 2014).

Mesmo com grandes esforços, a prevalência do HIV nos parceiros sexuais/companheiros das gestantes permanece uma incógnita na maioria dos países. Alguns trabalhos vêm sendo realizados para responder a essa pergunta, com participação masculina extremamente variável, sendo entre 2% em Uganda e 66% em Porto Alegre, no Brasil. (KIM et al., 2014 et al.; KIZITO et al., 2008; MELO et al., 2013; MSUYA et al., 2008; YEGANEH et al., 2014).

Um estudo na Nigéria sobre a participação masculina na testagem para HIV durante um período de 5 anos, revelou que a sorodiscordância entre 266.188 casais era de 18%. Embora seja expressivo, o número de parceiros que aceitou ser testado foi significativamente menor do que o de mulheres, já que foram incluídas 11.833.062 gestantes. A alta proporção de sorodiscordância argumenta a favor de intervenções que reduzam a transmissão do HIV em casais com relacionamentos estáveis (OLAKUNDE et al., 2018).

No Rio Grande do Sul, estudo realizado em Porto Alegre em 2014 ofereceu um convite para a testagem aos companheiros de gestantes HIV- durante as consultas de pré-natal e encontrou uma taxa de aceitação/participação masculina de 54% e 0,6% de prevalência da infecção pelo HIV nesses parceiros. As principais justificativas para o não comparecimento dos companheiros para a testagem foram dificuldades devidas ao trabalho/distância das clínicas de pré-natal e falta, por parte dos parceiros, de percepção de risco de contraírem o HIV (YEGANEH et al., 2014).

Outro estudo, realizado no Hospital Conceição em Porto Alegre no ano de 2009, ofereceu às parturientes HIV- o teste rápido a ser realizado nos seus companheiros, caso elas autorizassem, durante a estada na maternidade. Noventa e cinco por cento delas aceitaram oferecer o teste ao seu companheiro. Destes, 66% concordaram em ser testados, encontrando-se uma prevalência masculina de infecção pelo HIV de 0,6%, e uma sorodiscordância de 1,3% entre os 1.101 casais (MELO et al., 2013).

Assim como acontece com o HIV, a testagem da sífilis faz parte do pré-natal, devido aos riscos inerentes à transmissão materno-fetal. Também de forma semelhante, o contágio pelo parceiro sexual é a maior fonte desta infecção na gestante. Segundo dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2018 do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, durante o ano de 2017 foram notificados 49.013 casos de sífilis em gestantes e 206 óbitos por sífilis congênita (BRASIL, 2018c).

A sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas no mundo e foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil, que vem aumentando sua prevalência de forma considerável entre a população mais jovem, sobretudo em homens, revelando a importância de se estabelecer uma prática de testagem nesta camada da população, que não costuma frequentar os serviços de saúde para práticas de prevenção. Além disso, o tratamento adequado da gestante com sífilis também depende do tratamento de sua parceria sexual, e os dados oficiais demonstram que o tratamento do companheiro nem sempre é adequado em uma proporção significativa dos casos, o que leva inevitavelmente a maior risco de sífilis congênita (BRASIL, 2018c).

A hepatite B, embora seja uma doença infecciosa imunoprevenível, ainda se constitui num risco em relação à TV, no caso de gestante contaminada. Segundo dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais do MS, no ano de 2017 houve

1.311 casos notificados de hepatite B em gestantes no Brasil, e a provável fonte de infecção mais citada foi a sexual. Estes números justificam a preocupação em detectar homens portadores de hepatite B, já que são a principal fonte de infecção nas mulheres sem imunidade contra a doença (BRASIL, 2018a).

Quando comparada à hepatite B, a TV da hepatite C é considerada rara. Contudo, gestantes com alta carga viral do vírus da hepatite C ou coinfectadas pelo HIV apresentam maior risco de TV, que pode chegar a 5,8%. A transmissão sexual é considerada pouco frequente em parceiros estáveis - menos de 1% - ocorrendo, principalmente, em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco, principalmente na coexistência de alguma infecção sexualmente transmissível (IST) (BRASIL, 2016d). Apesar disso, dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais de 2018 do MS apontam que os indivíduos infectados revelam com maior frequência que a provável fonte de infecção foi a via sexual, seguida do uso de drogas injetáveis. Não se sabe se estes números decorrem da omissão de casos de uso de substâncias injetáveis por parte dos infectados, mas o certo é que a via sexual deve ser levada em consideração, quando se planeja a prevenção desta infecção (BRASIL, 2018a).

2 Justificativa

Com a intenção de diminuir a TV e fomentar programas que aumentem a participação masculina, tanto nas rotinas de pré-natal, quanto na testagem para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis, torna-se essencial conhecer a prevalência destas doenças nos companheiros das gestantes. Considerando-se que vários estudos já demonstraram uma captação variável dos parceiros, os quais, por motivos vários, não podem ou não querem comparecer aos serviços de pré-natal, esta prevalência poderia ser bem representada se coletada durante a permanência da mulher na maternidade, visto que, em sua grande maioria, os parceiros visitam as companheiras no hospital por ocasião do nascimento do bebê e/ou internação das mesmas para tratamento de intercorrências da gravidez.

As prevalências nos companheiros, combinadas às prevalências dos agravos nas mulheres, revelariam a sorodiscordância existente entre os pares, colaborando na discussão sobre práticas de sexo seguro entre casais sorodiscordantes com relacionamentos estáveis, dentre outras intervenções relacionadas à prevenção de IST neste universo gestação/puerpério/amamentação.

Além disso, as conclusões deste estudo, relacionadas a outras pesquisas de participação masculina no pré-natal, poderiam fomentar ações voltadas especificamente aos companheiros de gestantes, integrando-os aos cuidados pré-natais, como já acontece em algumas cidades do país, onde existem projetos em andamento nessa área, tais como o Pré-Natal do Parceiro, projeto do MS que objetiva o envolvimento consciente dos homens em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação (BRASIL, 2016b). Além de estimularem e fortalecerem o vínculo entre o pai e o bebê, estas iniciativas colaborariam para um desfecho mais positivo do pré-natal, evidenciado em vários estudos já publicados, os quais apontam que gestantes apoiadas pelos companheiros apresentam maior adesão ao pré-natal

(KIZITO et al., 2008; MOHLALA et al., 2011; MORFAW et al., 2013; MSUYA et al., 2008).

Nesta perspectiva, não existem, até o momento, dados sobre a prevalência das infecções por HIV, hepatites B e C e sífilis na população de parceiros sexuais/companheiros das gestantes ou parturientes na cidade de Pelotas.

Desta forma, justifica-se a realização de um estudo com esta temática a fim de mensurar as referidas prevalências e suas relações de sorodiscordância nesse município, com a intenção de responder à seguinte questão norteadora: **Qual a ocorrência e a sorodiscordância de HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis em mulheres¹ internadas na unidade materno-infantil de um hospital do sul do Brasil e em seus companheiros²?**

¹ Neste estudo, o termo “mulher internada na unidade materno-infantil” será utilizado para se referir tanto à gestante internada devido a intercorrências durante a gravidez, quanto à mulher em trabalho de parto ou puerpera, já que estas são as condições possíveis de internação na unidade materno-infantil da instituição.

² Neste estudo, o termo companheiro será utilizado para definir o parceiro sexual masculino da mulher internada na unidade materno-infantil da instituição.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Avaliar a ocorrência e a sorodiscordância das infecções por HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis nas mulheres internadas na unidade materno-infantil de um hospital do sul do Brasil e em seus companheiros.

3.2 Objetivos específicos

Mensurar a prevalência das infecções por HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis nas mulheres internadas e em seus companheiros.

Medir a sorodiscordância das infecções por HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis entre as mulheres internadas e seus companheiros.

Descrever as características demográficas e socioeconômicas das mulheres internadas e de seus companheiros.

4 Hipóteses

Em relação às mulheres, estima-se prevalências de: HIV – 0,4%; hepatite B – 0,7%, hepatite C – 0,1% e sífilis – 1,1%.

Em relação aos companheiros, estima-se prevalências de: HIV – 0,7%; hepatite B – 1,6%, hepatite C – 1,7% e sífilis – 1,7%.

Do total dos casais entrevistados, a sorodiscordância das infecções será ao redor de 1%, sendo maior entre indivíduos com hepatite C, considerando o menor risco de transmissão sexual em comparação às demais IST.

5 Revisão de literatura

Na primeira fase do projeto de pesquisa foi realizada uma busca livre na literatura científica sobre o assunto pesquisado a fim de garantir melhor compreensão do tema e definir os objetivos do estudo.

5.1 HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi reconhecida nos Estados Unidos da América em torno de 1981, após o surgimento de diversos casos de sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune em homens adultos homossexuais, que apresentavam uma taxa de mortalidade em torno de 41%. Após o relato de imunodeficiência celular inexplicada em menores de dois anos de idade, foi sugerida a possibilidade de TV da doença. Em 1983, o HIV-1 foi isolado de pacientes com Aids, e em 1986, isolou-se o HIV-2 (BRASIL, 2018e; CDC, 2018).

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da Família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae*. Estima-se que sua origem está em primatas não humanos da África Subsaariana. Mundialmente, o HIV-1 é o mais prevalente, sendo o HIV-2 limitado à África Ocidental (BRASIL, 2018e).

A maioria das infecções pelo HIV-1 ocorre através das mucosas do trato genital ou retal durante a relação sexual. Além disso, também é transmitido pela inoculação de sangue contaminado e pela TV durante a gestação, trabalho de parto e amamentação (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Para que seja transmitido, certos fluidos corporais contaminados - sangue, sêmen, fluido pré-seminal, fluidos retais, fluidos vaginais e leite materno - devem entrar em contato com uma membrana mucosa ou tecido danificado ou ser diretamente injetados na corrente sanguínea a partir de agulha ou seringa (CDC, 2018).

Nas primeiras horas após a infecção, o HIV e células infectadas atravessam a barreira da mucosa, permitindo que o vírus se estabeleça no local de entrada e continue infectando linfócitos T CD4+, além de macrófagos e células dendríticas. A resposta imunológica inata estabelecida no foco da infecção atrai uma quantidade adicional de células T, que aumentam a replicação viral (BRASIL, 2016e; CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

A partir do ponto de infecção, o vírus é inicialmente disseminado para os linfonodos locais e, depois, sistemicamente na corrente sanguínea. O pico de viremia se dá por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV e está associado a diminuição acentuada no número de linfócitos T CD4+, que são o principal alvo do vírus (BRASIL, 2016e). Seguindo-se à infecção, é descrito um período de incubação de três a seis semanas, após o qual o indivíduo apresenta sinais inespecíficos de uma virose comum - chamados de Síndrome Retroviral Aguda - que podem durar cerca de 10 dias. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, fadiga, cefaleia, rash cutâneo, linfadenomegalia, faringite, mialgia, cefaleia, dor ocular, náusea e diarreia. Esta fase é chamada de infecção aguda pelo HIV (BRASIL, 2018e; CDC, 2018; CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Após os sintomas iniciais, a viremia decresce até estabelecer um patamar. Durante esta fase, o HIV ainda está ativo, mas se reproduz em níveis muito baixos, o que configura a fase de latência, na qual a doença costuma ser assintomática (CDC, 2018).

Os linfócitos T CD4+ são as células receptoras do vírus, e a imunodeficiência aparece quando seu número diminui drasticamente, propiciando o surgimento de infecções oportunistas (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018). A contagem de células CD4 abaixo de 200 cels/mm³ ou o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias são fatores definidores de Aids. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais

comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e, em mulheres jovens, câncer de colo uterino (BRASIL, 2018e; CDC, 2018; CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Diversos fatores interferem na progressão da doença, tais como rota da infecção, patogenicidade da cepa infectante, inóculo viral inicial e status imunológico do hospedeiro (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Atualmente, não existe cura efetiva para esta infecção, e o seu controle se dá pelo uso de TARV, além de outros cuidados específicos que diminuem a carga viral do HIV, a qual pode se tornar indetectável levando a uma vida longa, como apresentado por indivíduos com outras doenças crônicas (CDC, 2018). O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos do MS orienta o início imediato da TARV para todas as PVHIV, independentemente do estágio clínico e/ou imunológico. Há diversos esquemas de TARV disponíveis, que devem ser avaliados e indicados por pessoal especializado (BRASIL, 2018e).

O boletim epidemiológico de 2014 do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) do MS estimou uma prevalência de 0,6% de infecção pelo HIV na população de 15-49 anos de idade, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres (BRASIL, 2014). Os boletins mais atuais não referem suas prevalências, preferindo apontar os números em relação às taxas de detecção.

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2018 do MS, no ano de 2017 foram diagnosticados 37.791 casos de Aids e 42.420 novos casos de HIV no Brasil, dos quais 20% procedem da Região Sul. Em relação ao sexo, no período de 2007 a junho de 2018, 68,6% dos casos notificados eram de homens e 31,4%, de mulheres. A razão de sexos para o ano de 2017, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,6 homens para cada mulher infectada. Neste mesmo período, no que se refere às faixas etárias, a maioria dos casos de infecção encontrava-se na faixa de 20 a 34 anos (BRASIL, 2018b).

Ainda sobre o mesmo boletim acima, a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade em 2017 foi a sexual. Entre os homens, 59,4% referiram que a infecção decorreu de exposição homossexual/bissexual, 36,9% heterossexual e 2,6% pelo uso de drogas injetáveis. Já entre as mulheres dessa mesma faixa etária, 96,8% relataram exposição sexual heterossexual e 1,6%, uso de drogas injetáveis.

Com referência à taxa de detecção de Aids no RS, entre os anos de 2007 e 2017 houve um declínio de 36%, mas Porto Alegre continua sendo a campeã no ranking das capitais brasileiras, com uma taxa de detecção 3,3 vezes maior do que a nacional (respectivamente 60,8 e 18,3 casos/100 mil habitantes). O mesmo boletim de 2018 destaca que esse declínio é nacional e foi mais acentuado a partir da recomendação iniciada em 2013 de tratamento para todas as PVHIV ao receberem o diagnóstico do HIV (BRASIL, 2018b).

No que diz respeito às maiores taxas de detecção de Aids, Porto Alegre lidera o ranking entre as capitais brasileiras. Porém, no ranking dos 100 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, esta cidade encontra-se em segundo lugar, atrás do município de Rio Grande, vizinho de Pelotas, que se encontra em 41º lugar no mesmo ranking. Tais dados evidenciam a relevância em se atentar para a infecção pelo HIV na região Sul do estado do RS (BRASIL, 2018b).

No ano de 2017 houve 7.882 casos novos de gestantes infectadas por HIV, com uma taxa nacional de detecção de 2,8/1.000 nascidos vivos. Em toda a série histórica, a região Sul apresentou os maiores índices do país, chegando a 5,8 casos/mil nascidos vivos em 2017. Com relação ao RS e capital, os números de 2017 demonstraram que a capital apresentou uma taxa de detecção de 21,1 casos/mil nascidos vivos, enquanto que, no estado, essa taxa foi de 9,5 casos/mil nascidos (BRASIL, 2018b).

A fim de monitorar a TV do HIV, tem-se utilizado como indicador a taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos de idade, que apresentou uma queda de 42%, passando de 3,5 em 2007 para 2,0 casos/100.000 habitantes em 2017 (BRASIL, 2018b).

Segundo os indicadores clínicos do MS, no ano de 2017 havia registro de 420.062 homens e 242.897 mulheres vivendo com HIV vinculados ao sistema de saúde brasileiro. Do total de PVHIV, 547.459 estavam em uso de TARV, e 84% apresentavam supressão viral comprovada. O documento anual demonstra que a proporção de indivíduos com adesão considerada suficiente ao uso da TARV foi maior em homens (75,3%), em comparação às mulheres (67,8%). Já o abandono de tratamento antirretroviral foi maior nas mulheres (9%), em relação aos homens (7,5%) (BRASIL, 2017).

No município de Pelotas, das 1.997 PVHIV vinculadas ao sistema de saúde, 81% apresentavam supressão viral em 2017. Em relação às proporções de adesão suficiente e abandono da TARV entre os sexos, os indicadores apontam que os homens apresentaram uma maior adesão (85% em homens e 77,2% em mulheres) e as mulheres abandonaram o tratamento com maior frequência (8,3% em mulheres e 4,7% em homens). Esses e outros dados podem ser consultados num site sobre indicadores clínicos: < <http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/> > (BRASIL, 2017).

5.1.1 Transmissão sexual do HIV e estratégias reprodutivas

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCDT-TV) de 2018 informa os profissionais que acompanham as PVHIV a respeito das orientações necessárias em relação ao planejamento reprodutivo, já que a infecção pelo HIV é uma IST que pode ser transmitida ao parceiro sorodiscordante, além de ser uma doença com possível TV (BRASIL, 2018f).

Os casais que planejam conceber filho biológico devem avaliar as situações de risco de transmissão sexual e vertical do HIV, assim como as condições adequadas de enfrentamento destes cenários. As tentativas de concepção com orientação da equipe de saúde tendem a diminuir os riscos, tanto para o cônjuge sorodiscordante, quanto para o recém-nascido (BRASIL, 2018f).

O PCDT-TV e o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) orientam o chamado “tratamento como prevenção” da transmissão do HIV, já que a boa adesão à TARV e a manutenção da Carga Viral para o HIV (CV-HIV) indetectável reduzem o risco de transmissão sexual do HIV a níveis insignificantes. Os documentos informam que nunca foi comprovada uma transmissão do vírus por um indivíduo que esteja em supressão viral (CDC, 2018).

Além desta estratégia, o Brasil e vários outros países têm defendido o uso de esquema específico de TARV, a chamada Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), como uma medida eficaz para prevenção da transmissão de HIV entre casais sorodiscordantes.

Esta estratégia consiste em oferecer medicação antirretroviral ao cônjuge negativo para o HIV que se relaciona sexualmente com a PVHIV (BRASIL, 2018f; CDC, 2018).

Para se oferecer a PrEP, deve-se considerar a supressão da CV-HIV e o perfil da PVHIV quanto à adesão à TARV, ausência de outras IST, além da inexistência de práticas sexuais de risco com outras parcerias. Afora isso, é de suma importância valorizar e reforçar a autonomia da parceria soronegativa quanto à sua prática sexual e o grau de exposição a que deseja se submeter, considerando que esta não é responsável pelas condutas da PVHIV, por exemplo, no que se refere à tomada regular da TARV (BRASIL, 2018f).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, disponível em <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>, contém as orientações necessárias para a prescrição da PrEP.

Em relação às estratégias de concepção em casais com status positivo o HIV, existem três cenários possíveis, que serão descritos a seguir, com base nas orientações do PCDT-TV de 2018 (BRASIL, 2018f).

- Situação 1: mulher positiva para o HIV e homem negativo para o HIV:

Nesta situação, o objetivo é reduzir o risco de transmissão para o homem, por meio da autoinseminação vaginal de sêmen programada para o período fértil da mulher. Dessa forma, elimina-se a necessidade de relações sexuais desprotegidas – sem o uso do preservativo masculino ou feminino – acarretando uma redução de 100% do risco de transmissão do HIV.

- Situação 2: mulher negativa para o HIV e homem positivo para o HIV:

Neste cenário, o objetivo é reduzir o risco de transmissão para a mulher. Para este caso, há duas opções: fertilização assistida com espermatozoides que passou pela técnica de lavagem, que extrai o HIV; ou planejamento da gestação com relações sexuais que, para essa situação, terão de ser desprotegidas.

Existem estudos demonstrando que uso da TARV com boa adesão, associado a uma CV-HIV indetectável, reduz o risco de transmissão sexual do HIV em até 100%. Desta forma, para esta estratégia de relações sem preservativo ser implantada, é condição indispensável que a CV-HIV do homem seja recente e indetectável.

Além disso, para a prática desta forma de concepção, o PCDT-TV orienta que a relação desprotegida ocorra apenas no período fértil da mulher, tendo como garantia

que o homem HIV+ esteja em uso de TARV com excelente adesão, rastreio de IST negativo para o casal e ausência de práticas sexuais de risco com outras parcerias sexuais.

Existe ainda a possibilidade de concepção natural planejada durante o período fértil da mulher, associada à utilização de PrEP na mulher soronegativa para o HIV. Para esta situação, devem ser seguidas as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.

O tempo para início da proteção com o uso da PrEP, a partir da tomada da primeira dose, depende da via sexual. Para a relação vaginal, são necessários pelo menos 20 dias de PrEP para adequada proteção. Uma vez que a gestação tenha acontecido, deve-se avaliar a descontinuidade de PrEP - considerados custo e toxicidade - e a retomada do uso do preservativo, uma vez que a gestação e amamentação estão associadas a um risco aumentado de aquisição do HIV.

- Situação 3: mulher e homem positivos para o HIV:

Os casais soroconcordantes para o HIV em uso de TARV com boa adesão, ambos com CV-HIV indetectável, assintomáticos e com pesquisa de IST negativa, podem realizar a concepção planejada por via natural.

Com relação à sorodiscordância para o HIV entre os pares do casal, os artigos sugerem diferentes prevalências. Na Tailândia, a sorodiscordância encontrada num estudo realizado em sete províncias foi de 1% (LOLEKHA et al., 2014). Já Kizito et al. (2008) revelaram uma sorodiscordância entre casais da Uganda de até 9,5%.

Em Porto Alegre/RS, foi realizado estudo com testagem para o HIV em companheiros de parturientes HIV que autorizassem a equipe a procurar pelo seu parceiro. Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos que estivessem em trabalho de parto de feto vivo, sem sorologia positiva prévia para o vírus e com relacionamento heterossexual estável de três ou mais meses de duração. Noventa e cinco por cento delas autorizaram a abordagem do cônjuge. Destes, 66% aceitaram ser testados, revelando sete homens com resultados reagentes anteriormente desconhecidos, perfazendo uma prevalência de HIV de 0,6%. Além destes, outros três homens já se sabiam positivos, mas ainda não haviam revelado o status sorológico para a companheira. Com o somatório destes parceiros, a prevalência do HIV em homens foi de 0,9%. Por outro lado, o estudo também identificou quatro mulheres positivas para

o HIV que não sabiam deste status previamente à internação, todas elas com parceiros negativos. Considerando-se esses 14 casais sorodiscordantes, foi calculada uma sorodiscordância de 1,3% entre os 1.101 casais do estudo. Os autores propuseram a testagem para o HIV dos parceiros durante o pré-natal, a fim de colaborar nas estratégias de prevenção da contaminação da mulher durante a gestação/amamentação (MELO et al., 2013).

5.1.2 HIV e Gestação

A taxa de transmissão vertical do HIV nas gestações em que nenhuma estratégia de prevenção é realizada situa-se entre 15% e 45% (BRASIL, 2018f). Em mulheres HIV+ que planejaram a gestação e realizaram adequadamente as intervenções durante o pré-natal, o parto e a amamentação, esse risco é reduzido a menos de 2%. Quando a CV-HIV se apresenta abaixo de 1.000 cópias/ml, descreve-se uma taxa inferior a 1%. Seguindo esse raciocínio, nas pacientes com CV-HIV indetectável, a chance de TV é considerada muito baixa (BRASIL, 2018f).

Segundo o PCDT-TV de 2018, a testagem para HIV deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta do pré-natal, e no início do terceiro trimestre de gestação, podendo ainda ser realizada em qualquer outro momento de exposição de risco ou violência sexual. Além disso, na admissão da maternidade, hospital ou casa de parto, é preconizada a testagem combinada para HIV, sífilis e hepatite B, esta última em gestante sem esquema vacinal completo (BRASIL, 2018f).

Apesar de muito rara, há possibilidade de exames falso-positivos para HIV na gestação, que podem acontecer em situações tais como doenças autoimunes, múltiplos partos, transfusões sanguíneas, hemodiálise e vacinação recente. Após a confirmação de um diagnóstico de HIV na gestação, é indicada a realização de teste de CV-HIV e teste de genotipagem (BRASIL, 2018f).

Toda gestante deve ser informada dos benefícios e riscos do uso da TARV. Atualmente, o esquema indicado para gestante virgem de antirretroviral consiste na associação de tenofovir, lamivudina e raltegravir. Para pacientes que já faziam uso de alguma TARV, pode ser mantido o mesmo esquema, exceto se houver

contraindicação na gravidez. Para maiores informações sobre os antirretrovirais, o PDCT-TV pode ser consultado (CDC, 2018; BRASIL, 2018f).

A CV-HIV é um dos fatores mais importantes na avaliação do risco de TV, sendo utilizada trimestralmente para monitoramento da gestante e avaliação da resposta à TARV. A última CV deve ser realizada a partir da 34ª semana, para indicação da via de parto. O PCDT-TV e o CDC orientam que, na gestante com CV-HIV menor do que 1.000 cópias/ml, a via de parto tem indicação obstétrica. Acima desse valor, é indicada a realização de parto cesáreo, que reduz a chance de TV (BRASIL, 2018f).

5.1.3 Diagnóstico do HIV

A descrição a seguir dos roteiros e fluxogramas para o diagnóstico do HIV foi baseada no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV (MTDHIV) de 2016 do MS. Serão descritos os fluxogramas considerados mais relevantes pelo próprio manual (BRASIL, 2016e).

Desde a infecção até um período aproximado de dez dias, o vírus permanece indetectável no plasma do indivíduo infectado. É a chamada fase de eclipse. A resposta imunológica inata estabelecida no foco da infecção atrai uma quantidade adicional de células T, que aumentam a replicação viral.

Após a disseminação sistêmica, sobrevém o pico de viremia - por volta de 21 a 28 dias após a exposição - que está associado a um declínio acentuado no número de linfócitos T CD4+.

Na fase de expansão e disseminação sistêmica, há indução da resposta imunológica, mas esta é tardia e insuficiente em magnitude para erradicar a infecção. Essa resposta imune celular HIV-específica e a subsequente síntese de anticorpos anti-HIV levam a uma queda da carga viral plasmática (viremia), até um nível específico para cada indivíduo, e à cronicidade da infecção pelo HIV.

Os tipos de exames diagnósticos desenvolvidos têm diferentes especificidades em relação às fases da infecção descritas acima. Dessa forma, alguns podem realizar

o diagnóstico mais precoce, enquanto outros, mais tardiamente. Basicamente, eles foram categorizados da seguinte forma:

- Testes de primeira geração:

São considerados pouco sensíveis e pouco específicos pelo fato de detectarem apenas anticorpos anti-HIV da classe IgG (imunoglobulinas da classe G). Em média, a janela de soroconversão desses ensaios é de seis a oito semanas. Atualmente, deixaram de ser utilizados na rotina diagnóstica dos laboratórios.

- Testes de segunda geração:

Em comparação aos ensaios anteriores, os de segunda geração são mais sensíveis e específicos, por conterem maior concentração de proteínas que são alvos preferenciais da resposta imune humoral, aumentando a sua sensibilidade. Em média, a janela de soroconversão é de 28 a 30 dias.

- Testes de terceira geração:

Permitem a detecção simultânea de anticorpos anti-HIV IgG e IgM (imunoglobulinas da classe M), o que os torna mais sensíveis do que os de gerações anteriores. Ao mesmo tempo, há aumento da especificidade, pois os antígenos do conjugado ligam-se apenas à valência livre do anticorpo que está no complexo imune (antígenos na fase sólida do ensaio e anticorpos da amostra). Em média, a janela de soroconversão dos ensaios de terceira geração é de 22 a 25 dias.

- Testes de quarta geração:

Os ensaios de quarta geração detectam simultaneamente o antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV. Sua janela diagnóstica é de aproximadamente 15 dias, dependendo do ensaio utilizado.

- Testes rápidos (TR):

Os TR são imunoensaios simples, que podem ser realizados em até 30 minutos. Por essas características, são chamados de testes “rápidos”. São recomendados para testagens presenciais e podem ser realizados com fluido foral, soro, plasma ou sangue total, sendo simples de executar, podendo ser utilizados fora do ambiente de laboratório, presencialmente ou à distância.

Existem vários formatos de TR, e os mais frequentemente utilizados são: dispositivos (ou tiras) de imunocromatografia de fluxo lateral, imunocromatografia de duplo percurso (DPP), dispositivos de imunoconcentração e fase sólida.

Exemplos de TR para HIV:

(A) imunocromatografia de fluxo lateral, (B) imunocromatografia de duplo percurso, (C) imunoconcentração e (D) fase sólida.

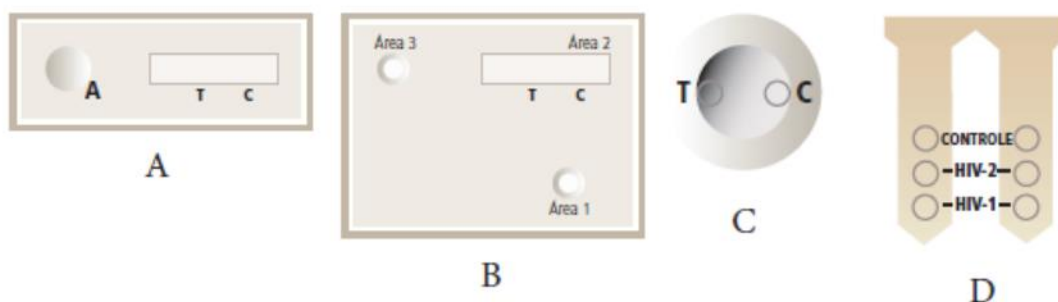


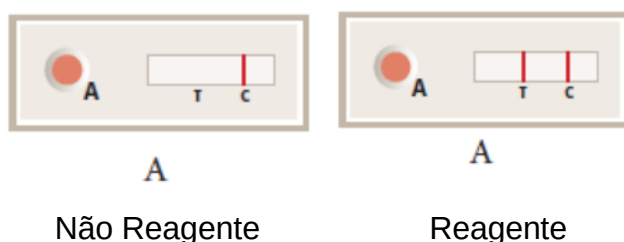
Figura 1 - Exemplos de TR para HIV.

Fonte: adaptado de: HIV – Estratégias de diagnóstico no Brasil/Telelab – MS.

O resultado Não Reagente, é caracterizado pela presença de apenas uma linha ou um ponto - este no caso do teste de imunoconcentração - na área C (Controle). O resultado Reagente, caracteriza-se pela presença de uma linha ou ponto na área T (Teste) e outro na área C (Controle).

O TR é considerado válido quando aparece a linha C (controle). Na sua ausência, é considerado inválido e deve ser repetido, de preferência, por teste de outro lote. Persistindo resultado inválido, o indivíduo deve ser encaminhado para a realização de testes laboratoriais, de acordo com os demais fluxogramas.

A figura abaixo apresenta exemplos de TR do tipo A (imunocromatografia de fluxo lateral) com resultados Não Reagente e Reagente:



Não Reagente

Reagente

Figura 2 - Exemplos de resultados de TR.

Fonte: adaptado de: HIV – Estratégias de diagnóstico no Brasil/Telelab – MS.

Os TR são ideais para fornecerem resultados no mesmo dia. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) do MS brasileiro recomenda a utilização de testes rápidos em diversas situações, tais como: serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou em regiões de difícil acesso, instituições de Atenção Primária à Saúde, Centros de Testagem e Aconselhamento, serviços de atendimento de emergência/pronto-socorro/hospitais e maternidades, populações vulneráveis, parcerias de PVHIV, acidentes biológicos ocupacionais, gestantes/parturientes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou quando não se conhece o resultado do teste no momento do parto, abortamento espontâneo, laboratórios que realizam pequenas rotinas de até cinco amostras diárias para diagnóstico do HIV, pacientes com diagnóstico de hepatites virais, dentre outras.

Diversos TR estão disponíveis comercialmente com diferentes características de desempenho, sensibilidade e especificidade. Para evitar o emprego de testes com desempenho sub-ótimo, o DDAHV tem um programa para avaliação de sua qualidade.

Com a finalidade de garantir um desempenho dentro das prerrogativas do DDAHV, na presente pesquisa utilizamos os mesmos testes rápidos fornecidos pela Secretaria de Saúde Estadual do RS aos centros e locais de testagem de Pelotas, que incluem a unidade materno-infantil do presente estudo. Durante o período de coleta de dados, foram utilizados dispositivos dos tipos imunocromatografia de fluxo lateral, imunocromatografia de duplo percurso e fase sólida.

- Testes complementares:

Os testes complementares utilizam diferentes formatos e princípios. Estão incluídos nessa categoria: western blot, imunoblot ou imunoensaios em linha, incluindo o imunoblot rápido e imunofluorescência indireta.

Mais recentemente, os testes moleculares também foram incluídos como testes complementares, auxiliando no esclarecimento dos resultados da infecção aguda pelo HIV, como nos casos de reatividade no teste de 4ª geração por detecção do antígeno p24 e ausência de anticorpos circulantes. A detecção do antígeno p24 do HIV-1, de RNA ou DNA é importante quando a detecção de anticorpos não é possível, como no diagnóstico de crianças com idade inferior a 18 meses e na infecção aguda em adultos.

- Testes com sangue seco em papel-filtro:

As amostras de sangue seco em papel-filtro são uma alternativa para lugares em que não estejam disponíveis locais adequados para refrigeração e/ou transporte do material coletado.

Estágios da infecção recente pelo HIV-1 definidos com base no padrão de reatividade de diferentes ensaios laboratoriais:

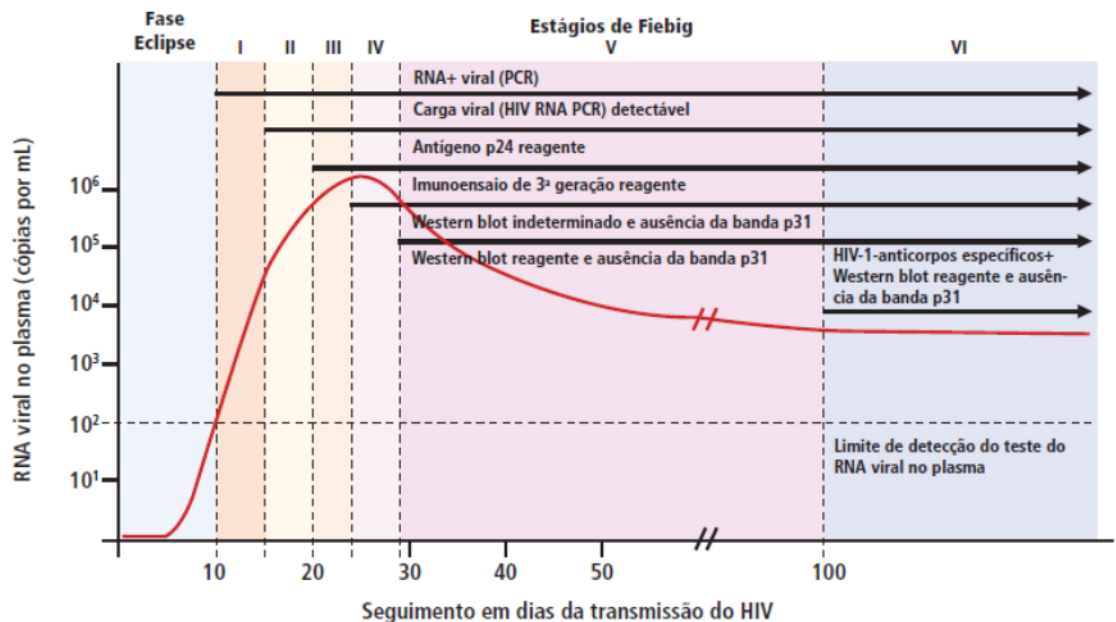


Figura 3 - Relação entre estágios da infecção por HIV e ensaios laboratoriais.
Fonte: MTDHIV - Modificado de McMichael et al., 2010.

O esquema acima facilita a compreensão de qual teste é mais indicado de acordo com a fase da infecção pelo HIV.

A utilização de fluxogramas para o diagnóstico é uma estratégia preconizada pelo MS. É recomendável que o primeiro teste seja mais sensível e o segundo teste, mais específico, a fim de eliminar resultados falso-reagentes.

O resultado Não Reagente é liberado com base em um único teste. O resultado Reagente sempre é confirmado com um segundo teste diferente do primeiro. A ratificação da infecção pelo HIV é realizada pela coleta da carga viral, indicada após a confirmação do segundo teste, a qual compõe um terceiro teste que confirma os anteriores.

Caso os resultados entre os dois testes sejam discordantes, o fluxograma deve ser repetido e, permanecendo a discordância, uma nova coleta deverá ser realizada 30 dias após a data da primeira amostra.

A escolha do fluxograma deve levar em consideração a população-alvo da testagem, a fim de maximizar as chances de diagnosticar infecções recentes e/ou agudas pois, diante da diversidade de cenários existentes, não é possível a utilização de apenas um fluxograma para cobrir todas as situações que se apresentam para o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Com base na sua resolutividade, o DDAHV indica prioritariamente os Fluxogramas 1, 2 e 3, que são os preferenciais por combinarem testes que agilizam o diagnóstico da infecção.

Fluxograma 1 - Dois TR (TR1 e TR2) em sequência com amostras de sangue total:

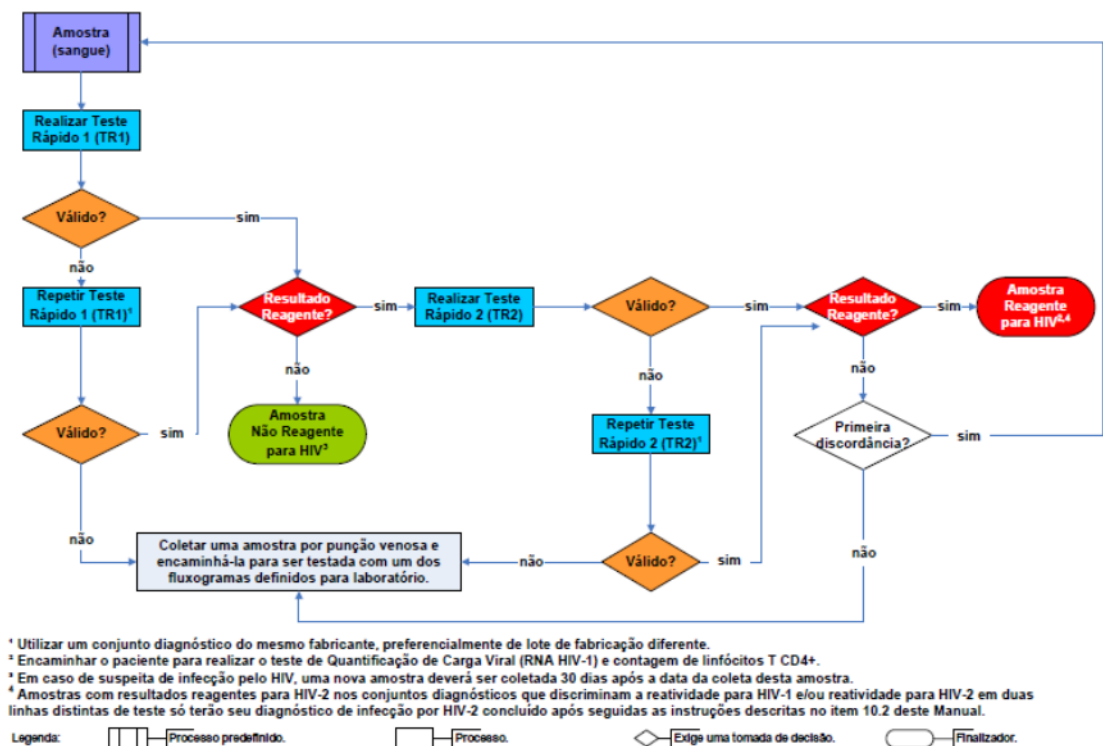


Figura 4 - Fluxograma 1: Dois TR (TR1 e TR2) realizados em sequência.
Fonte: DDAHV/SVS/MS.

O fluxograma 1 emprega sequencialmente dois TR (TR1 e TR2) diferentes. É o indicado para as situações definidas pelo DDAHV para a utilização de TR que já foram citadas acima.

Ressalta-se que ele não define o diagnóstico de infecção por HIV-2 e não é adequado para o diagnóstico do HIV em crianças até 18 meses, devido à transferência de anticorpos maternos anti-HIV pela placenta. Para tanto, o diagnóstico deve ser realizado através de testes moleculares. O MTDHIV apresenta com detalhes a sequência para o diagnóstico de crianças menores de 18 meses de idade.

Fluxograma 2 - Um TR utilizando fluido oral (TR1-FO) seguido por TR utilizando sangue (TR2):

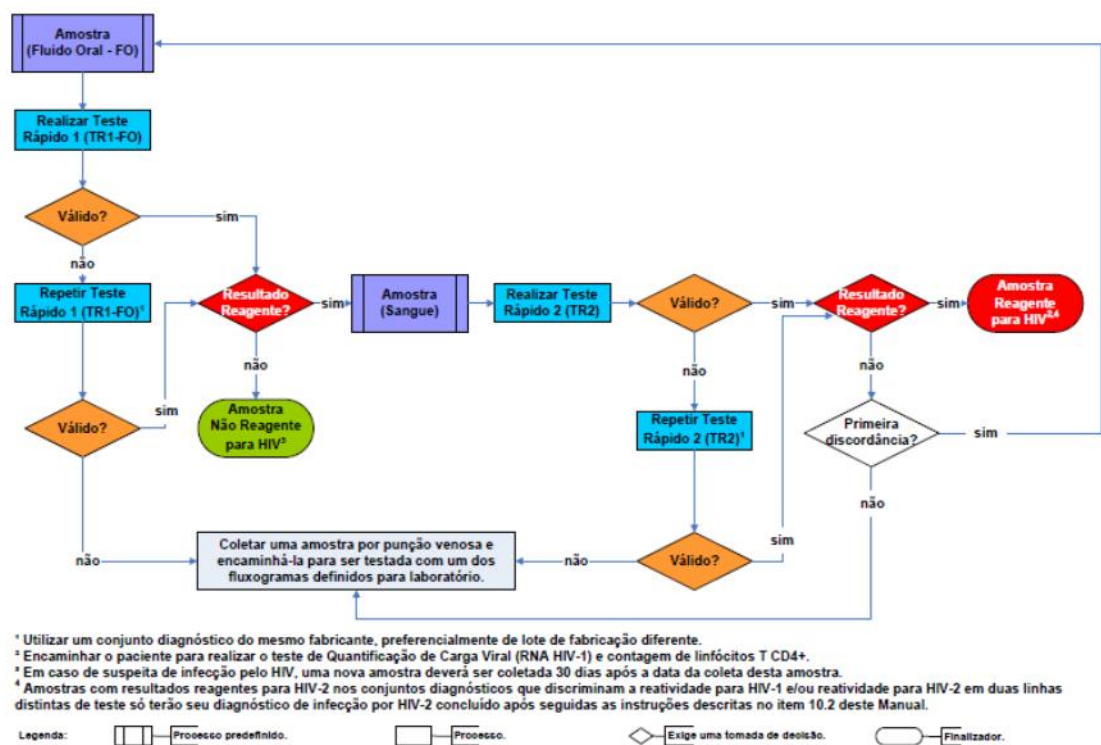


Figura 5 - Fluxograma 2: Um TR/fluido oral (TR1-FO) seguido por um TR/sangue (TR2).
 Fonte: DDAHV/SVS/MS.

O Fluxograma 2 emprega sequencialmente dois TR diferentes, sendo o primeiro teste (TR1-FO) realizado com amostra de fluido oral e o segundo com amostra de sangue. É indicado para uso fora de unidades de saúde em campanhas de testagem e em ações que envolvam populações de alta vulnerabilidade, pois as amostras de FO oferecem baixo risco biológico.

Fluxograma 3 - Triagem com imunoensaio de 4ª geração e teste molecular como teste complementar:

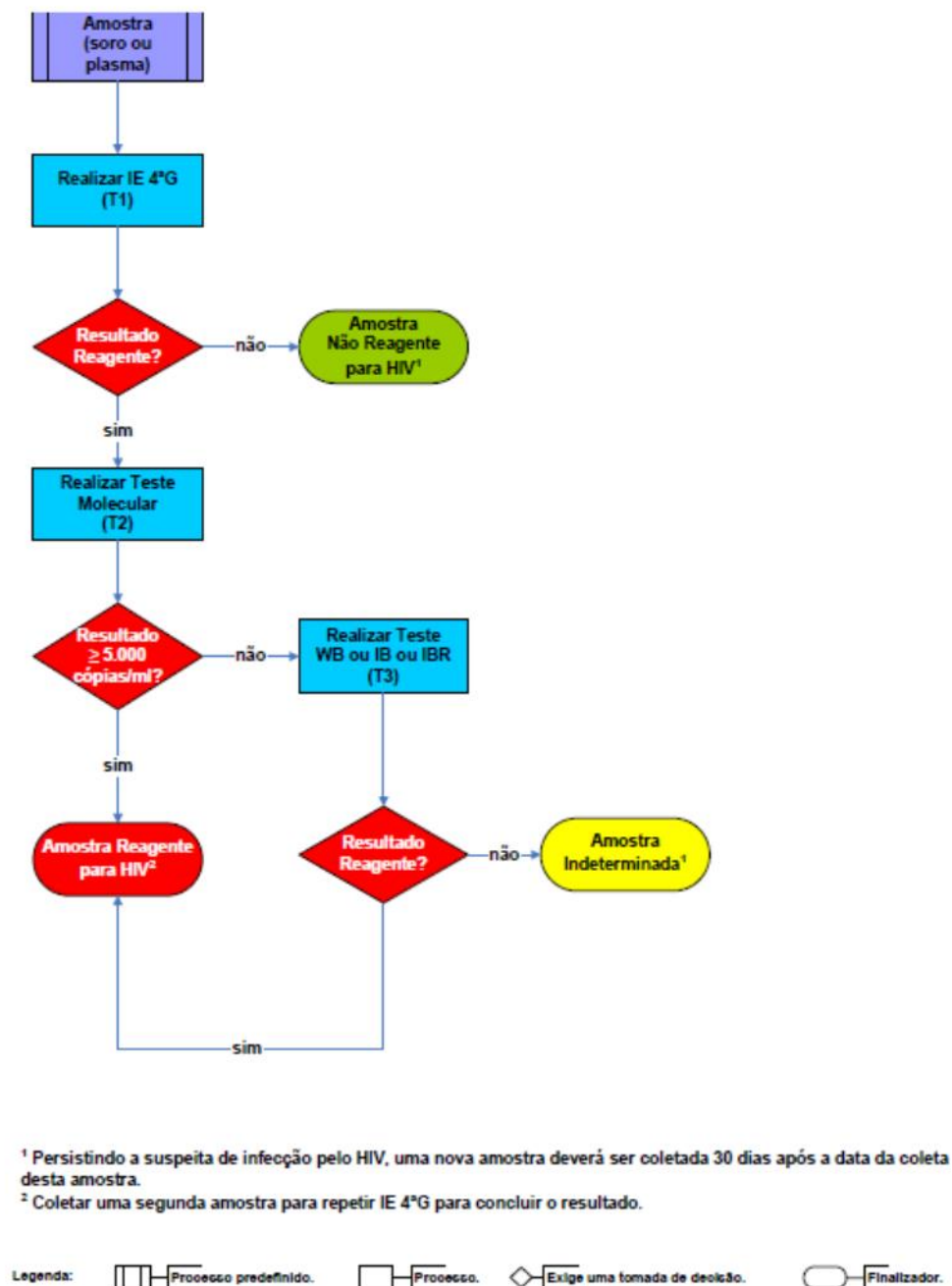


Figura 6 - Fluxograma 3: Triagem com imunoensaio de 4ª geração seguido de teste molecular.
Fonte: DDAHV/SVS/MS.

É o que permite o diagnóstico mais precoce da infecção pelo HIV. Ele emprega um imunoensaio de 4ª geração como teste de triagem e um teste molecular como teste complementar. O imunoensaio deve detectar anticorpos anti-HIV-1, incluindo o grupo O, e anticorpos anti-HIV-2, além de antígeno p24 do HIV-1. Apesar de ser de

4ª geração, o imunoensaio é menos sensível do que o teste molecular. Portanto, amostras reagentes no teste de triagem e com número de cópias maior ou igual a 5.000 cópias/ml no teste molecular representam infecção pelo HIV. No entanto, uma amostra reagente no imunoensaio de triagem, mas com número de cópias inferior a 5.000 cópias/ml no teste molecular, pode indicar: (a) infecção pelo HIV-2; (b) reação falso-reagente do teste de triagem; ou (c) infecção em um indivíduo com teste molecular abaixo do limite de detecção.

Essa última situação pode ocorrer em indivíduos denominados controladores de elite – que apresentam uma viremia muito baixa - e também em pessoas em tratamento com TARV. A confirmação do diagnóstico desses indivíduos deve ser realizada com um teste sorológico complementar do tipo western blot, imunoblot ou imunoblot rápido.

Fluxograma 4 - Triagem com imunoensaio de 3ª geração e teste molecular como teste complementar:

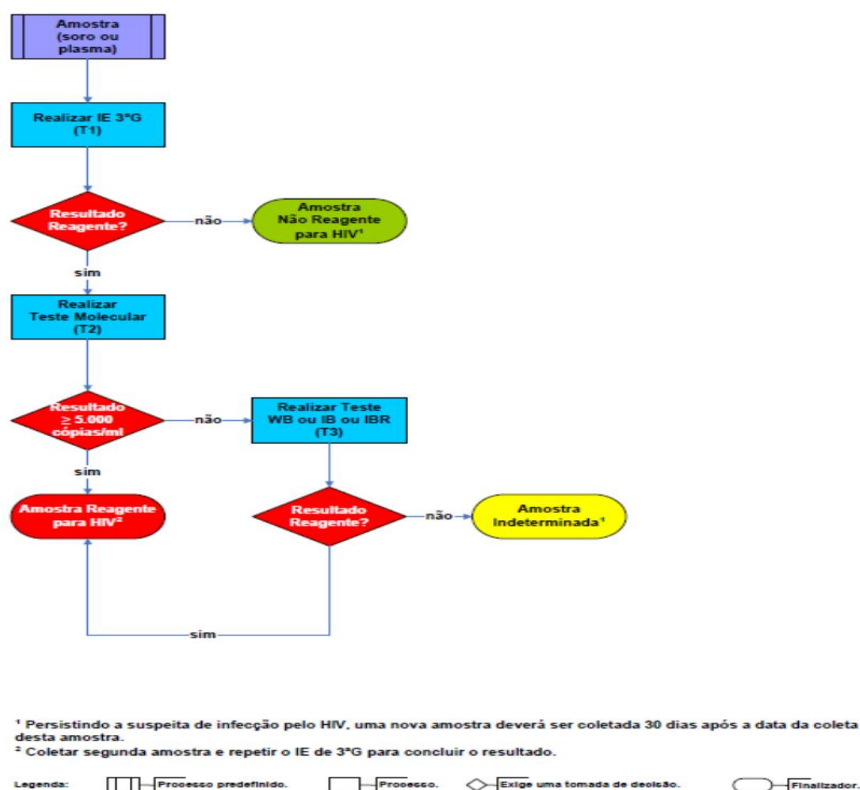


Figura 7 - Fluxograma 4: Triagem com imunoensaio de 3ª geração seguido de teste molecular.
Fonte: DDAHV/SVS/MS.

O Fluxograma 4 emprega um imunoensaio de 3ª geração seguido por um teste molecular como teste complementar. Os Fluxogramas 3 e 4 diferem na geração do imunoensaio utilizado na etapa inicial, que deve detectar anticorpos anti-HIV-1, incluindo o grupo O, e anticorpos anti-HIV-2.

Neste fluxograma, o imunoensaio de triagem é menos sensível do que o teste molecular. Portanto, podem ocorrer as mesmas situações descritas na explicação do fluxograma anterior, no que diz respeito às relações entre os testes.

O manual exemplifica mais dois fluxogramas de diagnóstico, que não serão representados graficamente, por não serem mais indicados pelo DDAHV.

O quinto fluxograma apresenta um imunoensaio de 3ª geração, seguido por um western blot ou imunoblot rápido como teste complementar. Ele foi recomendado em legislações anteriores e atualmente o DDAHV recomenda aos serviços de saúde que utilizam este fluxograma que considerem a adoção dos Fluxogramas 3 ou 4 devido aos benefícios diagnósticos anteriormente apresentados.

Por motivos semelhantes, o DDAHV recomenda que o sexto fluxograma seja abandonado e substituído pelos modelos considerados mais adequados. Este fluxograma emprega um imunoensaio de 4ª geração como teste de triagem e um western blot, imunoblot ou imunoblot rápido como teste complementar.

5.2 Sífilis

A sífilis é uma infecção sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, exclusiva do ser humano que evolui para doença crônica, se não tratada precocemente. Atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde. É transmitida predominantemente por via sexual e TV. A transmissão por transfusão sanguínea, embora possível, é rara, devido à triagem das bolsas de sangue e pelo pouco tempo que a bactéria sobrevive fora do organismo humano, principalmente sob refrigeração (BRASIL, 2016f, 2018c). Nos primeiros estágios da doença, quando há uma grande quantidade de espiroquetas circulantes, o contágio é maior, podendo chegar a uma taxa de transmissão sexual de 30 a 60% e uma TV de até 50% (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

A doença primária apresenta um período de incubação médio de 21 dias, podendo chegar a 90 dias. Após a disseminação hematogênica a partir dos linfonodos surge a lesão inicial da sífilis, chamada de cancro duro, uma mácula eritematosa que evolui para uma úlcera indolor com um a dois centímetros de diâmetro. Numa porcentagem significativa de indivíduos, esta lesão não é percebida. Nessa fase, os exames sorológicos costumam estar negativos, vindo a positivar apenas após a cicatrização do cancro (MARTINS-COSTA et al., 2017).

A sífilis secundária decorre da disseminação sistêmica dos treponemas, com manifestações que acontecem de quatro a oito semanas após a cicatrização da lesão inicial. São características dessa fase lesões não ulceradas disseminadas pelo corpo, principalmente máculas e pápulas, que regredem após uma a seis semanas. Sem tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da infecção, a sífilis entrará na fase latente, considerada recente no primeiro ano, e tardia após esse período. Nesta fase, o indivíduo não apresenta qualquer manifestação clínica (MARTINS-COSTA et al., 2017).

A sífilis terciária é caracterizada por uma fase lenta e progressiva que pode afetar qualquer órgão, com duração indeterminada (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Quando a doença compromete o sistema nervoso central, é chamada de neurosífilis. A invasão do sistema nervoso pelo *treponema pallidum* costuma acontecer mais frequentemente nos estágios iniciais da doença. Devido a escassas manifestações clínicas, pode ser pouco sintomática ou, até mesmo, assintomática. Em consequência, nos indivíduos imunocompetentes, a neurosífilis habitualmente se manifesta em estágios mais avançados da doença, embora possa ser observada na fase primária ou secundária da sífilis (CAIXETA et al., 2014).

A doença curada não confere imunidade e o indivíduo pode contrair a infecção tantas vezes, quantas for exposto ao agente infectante. Além disso, a sífilis aumenta o risco de contágio por outras IST, como a infecção pelo HIV, a qual pode ter uma progressão até Aids acelerada devido à coinfeção (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018; MARTINS-COSTA et al., 2017).

Quando não tratados, cerca de 35% dos indivíduos irão progredir para a cura espontânea, 35% permanecerão em estado de latência por toda vida e os restantes progredirão para sífilis terciária (BRASIL, 2016f).

Uma análise do perfil de usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Rio Grande/RS que procuraram o serviço entre os anos de 2001 a 2004 revelou as prevalências de HIV e sífilis naquele serviço. Nestes anos, as taxas de soropositividade para HIV variaram de 1,1 a 2,4% e de sífilis, de 0,1 a 1,7%. Na análise dos dados, os autores consideraram que, embora 93,6% das pessoas testadas não pertencessem a nenhum grupo considerado de categoria de alta exposição ao contágio por IST, esses números devem ser extrapolados para a população em geral com cautela, já que representam os resultados de indivíduos que procuraram voluntariamente a testagem, o que pode representar um sinal de maior percepção de risco de aquisição dessas doenças (GERMANO et al., 2008).

A prevalência de VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) reagente foi avaliada em doadores do Hemocentro Regional de Cruz Alta/RS, que realizaram a doação entre os anos de 2003 a 2009. Em 20.780 doações, foi encontrado um exame VDRL reagente em 0,3% das amostras (58,7 % de homens e 41,7% de mulheres), com uma faixa de maior reatividade entre indivíduos de 31 a 40 anos. Essa prevalência foi considerada baixa pelos autores, que referiram prevalências maiores em outros hemocentros do país, tais como 1,6% em Sergipe e 1,7% em São Paulo (BOFF et al., 2011).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2018 do MS, durante o ano de 2017 foram notificados no Brasil 119.800 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 58,1 casos/100.000 habitantes), 49.013 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 17,2/1000 nascidos vivos), 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1000 nascidos vivos) e 206 óbitos por sífilis congênita (BRASIL, 2018c).

5.2.1 Sífilis e Gestação

A sífilis materna pode causar infecção fetal, e a principal via de transmissão é a transplacentária, embora ela possa ocorrer por contato com as lesões infectantes durante o trabalho de parto (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Em gestante sem tratamento que estejam nos estágios iniciais da doença, a TV pode acontecer em 70 a 80% dos casos, em comparação a uma taxa de TV de 30%, quando a doença materna se encontra numa fase mais tardia (MARTINS-COSTA et al., 2017). A sífilis congênita pode levar a aborto, prematuridade, óbito fetal/neonatal, restrição de crescimento fetal ou sequelas (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018; MARTINS-COSTA et al., 2017).

Segundo o PCDT-TV e o Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis (MTDS), a fim de prevenir a TV, a gestante deve realizar o teste na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores. A parceria sexual também deveria ser testada (BRASIL, 2016f; 2018f).

Para estimar a prevalência de sífilis em parturientes do Brasil são realizados estudos transversais chamados de Estudos-Sentinela Parturiente. O estudo publicado em 2015 foi realizado de janeiro de 2010 a dezembro de 2011 em 219 maternidades do sistema público brasileiro. A positividade para sífilis foi medida por meio de TR treponêmicos e VDRL em 36.713 parturientes de 15 a 49 anos de idade, excluídas as gestantes internadas para curetagem pós-abortamento. A prevalência nacional de sífilis foi estimada em 0,89% e a da Região Sul foi de 0,48%. Os autores refletiram que esses números podem ter sido subestimados, na medida em que foram coletados apenas em serviços públicos, excluindo-se todos os nascimentos que aconteceram no domicílio ou em maternidades privadas (CUNHA; MERCHAN-HAMANN, 2015). Os dados deste Estudo Sentinela foram utilizados pelo MS na publicação do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2015 (BRASIL, 2015).

A ocorrência de sífilis em gestantes foi avaliada numa coorte nacional de base hospitalar realizada no Brasil, nos anos de 2011 e 2012, com base em dados obtidos da carteira de pré-natal, entrevistas e prontuários de 23.894 mulheres. A amostra foi coletada em hospitais com mais de 500 partos/ano nas cinco macrorregiões do país em puérperas com fetos vivos de qualquer idade gestacional ou feto morto maior de 22 semanas de gestação ou de 500g. A prevalência geral de sífilis foi de 1,02%, sendo de 1,1% na Região Sul. Outro dado desse estudo denominado de “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento” foi a demonstração de que 0,4% das gestantes com um primeiro exame de sífilis negativo no início da gestação

apresentaram um exame positivo numa segunda testagem de pré-natal ou na internação na maternidade por ocasião do parto (DOMINGUES et al., 2014).

No município de Pelotas, em 2017, foram notificados 168 casos de sífilis em gestantes, com uma taxa de detecção de 37,9/1.000 nascidos vivos. Destas gestantes, 66,1% foram notificadas no terceiro trimestre da gestação, e 19,6% não receberam tratamento para a doença antes do parto. Além disso, foram identificados 77 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Em 81,8% dessas notificações, existia registro de realização de pré-natal. Em 58,4 % dos casos, a sífilis foi descoberta no pré-natal, mas em 39% deles, a doença somente foi descoberta no momento do parto ou curetagem. Não há registro de óbito por sífilis congênita em menores de um ano de idade ocorrido no município nos últimos 10 anos (BRASIL, 2018c).

Ainda sobre este boletim, em 46,8% dos casos de sífilis congênita há registro de que o parceiro da gestante não recebeu tratamento, o que comprova uma falha importante no acompanhamento das gestantes, no que tange à orientação do PCDT-TV de 2018 de sempre oferecer o tratamento para a parceria sexual nos casos de IST: “A medida mais efetiva para a prevenção de IST no recém-nascido é o diagnóstico e tratamento da gestante e de sua parceria sexual.” (BRASIL, 2018f, p.35).

Como tratamento para sífilis na gravidez, é recomendado o mesmo esquema de penicilina benzatina utilizado para pacientes em geral (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

5.2.2 Diagnóstico da Sífilis

As informações a seguir, relativas ao diagnóstico da sífilis, foram extraídas do Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis (BRASIL, 2016f).

O exame que mais precocemente pode identificar a sífilis é a microscopia de campo escuro com material coletado diretamente do cancro. Na prática não é muito utilizado, pois necessita que o exame seja realizado imediatamente após a coleta e depende da experiência do examinador.

Embora o tempo para o surgimento dos anticorpos antitreponêmicos em cada indivíduo possa ser variável, na maioria das vezes eles poderão ser detectados a partir de dez dias do aparecimento do cancro duro.

Há dois tipos de testes imunológicos para sífilis: os não treponêmicos e os treponêmicos. Os primeiros detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para os antígenos do *T. pallidum*, fazendo com que sejam sensíveis, mas menos específicos, já que podem positivar na presença de outras doenças. O teste não treponêmico mais utilizado é o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). Costuma positivar uma ou duas semanas após o aparecimento do cancro e pode ser qualitativo - reagente ou não reagente - ou quantitativo - demonstra a quantidade de anticorpos presente na amostra.

Os testes treponêmicos, detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum* e apresentam raros falsos reagentes, sendo os primeiros testes a apresentarem resultado positivo após a infecção. Utilizam lisados completos de *T. pallidum* ou antígenos treponêmicos recombinantes e detectam anticorpos específicos - geralmente IgM e IgG - contra componentes celulares dos treponemas.

O primeiro teste imunológico a se tornar reagente, em torno de 10 dias da evolução do cancro duro, é o FTA-Abs (*fluorescent treponemal antibody absorption test*), sendo seguido pelos outros testes, treponêmicos e não treponêmicos.

A sífilis também possui testes diagnósticos rápidos (TR), os quais são treponêmicos e apresentam rápidas execução, leitura e interpretação.

Em relação à fase da doença, o diagnóstico da sífilis, pode ser resumido da seguinte forma:

- A sífilis primária pode ser diagnosticada inicialmente pela microscopia de campo escuro e, após cerca de 10 dias de evolução do cancro, pelo FTA-Abs. Se não tratada, com o passar do tempo, tornam-se reagentes os demais exames, treponêmicos e não treponêmicos.
- Nos demais estágios da doença, todos os testes que detectam anticorpos serão reagentes. Na doença com vários anos de evolução, os títulos dos anticorpos nos testes não treponêmicos tendem a ser baixos e, raramente, podem ser negativos.
- Na maioria dos indivíduos, após o tratamento da sífilis, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, e os testes não

treponêmicos podem ter comportamento variável - em alguns indivíduos tornam-se não reagentes, e em outros permanecem indefinidamente reagentes em baixos títulos.

- Em indivíduo previamente tratado, considerando-se que a doença não confere imunidade permanente, se observado aumento de duas diluições no resultado de um teste não treponêmico quantitativo, deve-se suspeitar de reinfecção.
- Em gestantes, utilizam-se os mesmos exames supracitados para o diagnóstico.

Para a pesquisa de infecção pelo *T. pallidum*, o MS recomenda a execução de fluxogramas de diagnóstico, que estão ilustrados e comentados a seguir.

Fluxograma 5 - Teste inicial não treponêmico confirmado por teste treponêmico:

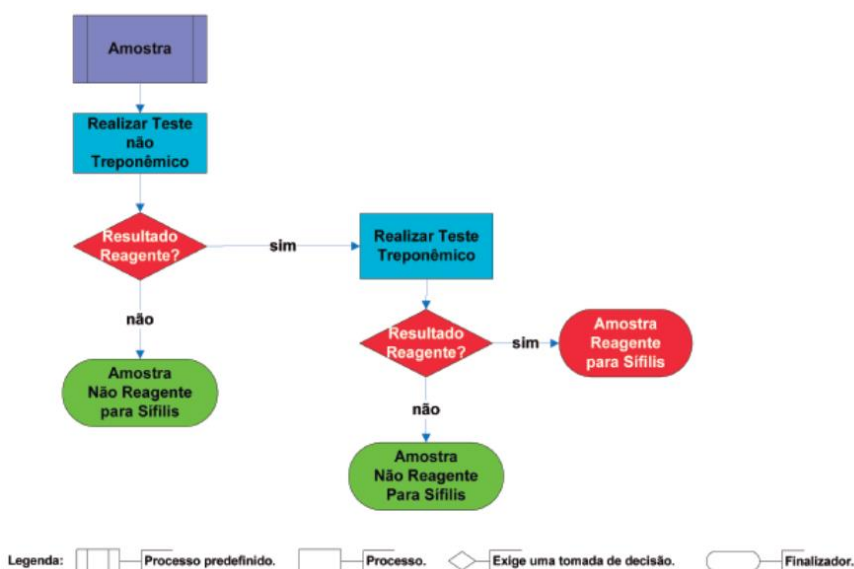


Figura 8 - Fluxograma 5: Teste inicial não treponêmico confirmado por teste treponêmico.
Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Este fluxograma é indicado para serviços que dispõem de infraestrutura laboratorial com capacidade de liberação rápida dos resultados, consistindo na abordagem convencional que emprega um teste não treponêmico, seguido por um teste treponêmico - o qual pode ser um TR - para a confirmação do diagnóstico.

No caso de resultado não reagente e persistência da suspeita de sífilis, recomenda-se repetir o fluxograma após 30 dias.

Resultado reagente, com titulação igual ou inferior a 1:4 no teste não treponêmico, e não reagente no teste treponêmico é sugestivo de um resultado falso-positivo do teste não treponêmico. Resultados falso-positivos são associados a várias condições clínicas, e estima-se que ocorram em 0,2% a 0,8% dos testes.

Nas raras situações em que o título da amostra for superior a 1:4 no teste não treponêmico e não reagente no teste treponêmico, um outro teste treponêmico com metodologia diferente do anteriormente executado deverá ser realizado. Se este terceiro teste for não reagente, o resultado será definido como não reagente para sífilis; se for reagente, o resultado será definido como reagente.

O sucesso no tratamento é indicado por uma diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão da terapia medicamentosa.

A persistência de títulos baixos denomina-se cicatriz ou memória sorológica, e pode durar indefinidamente.

Fluxograma 6 - Diagnóstico laboratorial reverso de sífilis baseado em testes imunológicos automatizados:

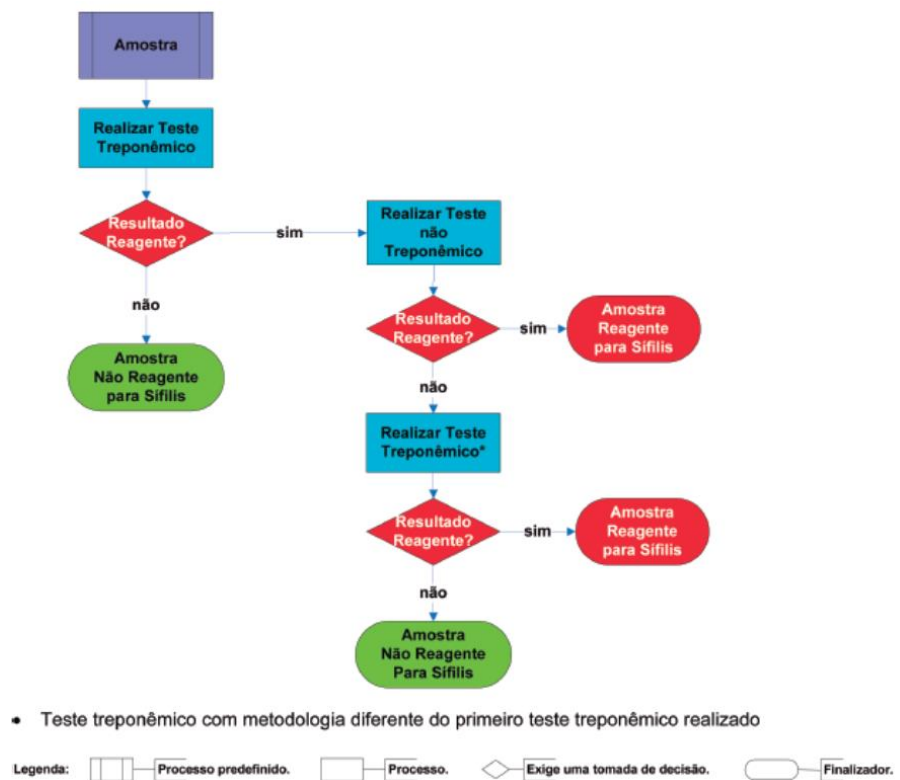


Figura 9 - Fluxograma 6: Diagnóstico laboratorial reverso baseado em testes imunológicos automatizados.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Este fluxograma consiste na abordagem reversa à convencional, na qual se emprega um teste treponêmico do tipo Elisa, quimioluminescência ou outros equivalentes como primeiro teste, seguido por um teste não treponêmico para a confirmação do diagnóstico. Porém, caso o teste não treponêmico seja não reagente, o fluxograma preconiza a utilização de um terceiro teste confirmatório, o qual deve ser treponêmico e com metodologia diferente do primeiro teste realizado, podendo ser TR, FTA-Abs, TPPA (Ensaio de aglutinação passiva de partículas para *Treponema pallidum*), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*) ou MHA-TP (Ensaio de micro-hemaglutinação).

No caso de resultado não reagente e persistência da suspeita de sífilis, recomenda-se repetir o fluxograma após 30 dias.

Fluxograma 7 - Diagnóstico da sífilis com a utilização de TR treponêmicos:

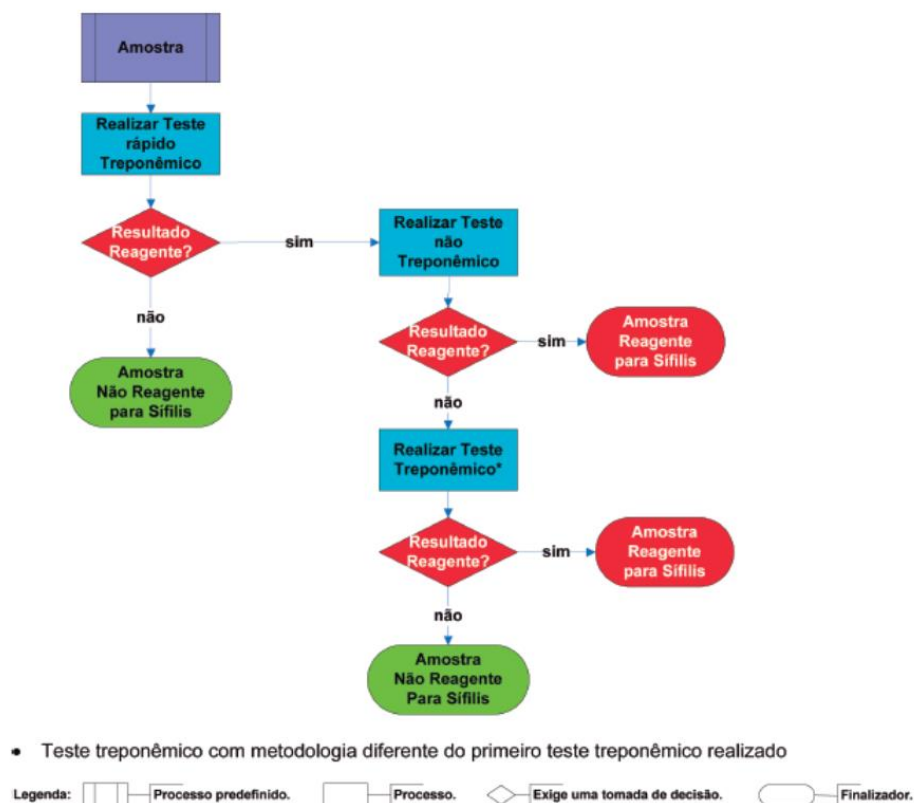


Figura 10 - Fluxograma 7: Diagnóstico da sífilis com a utilização de TR treponêmicos.
Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Este fluxograma consiste na abordagem reversa à convencional, na qual se emprega um TR treponêmico como primeiro teste, seguido por um teste não treponêmico para a confirmação diagnóstica. Caso o teste não treponêmico seja não reagente, o fluxograma preconiza a utilização de um terceiro teste laboratorial treponêmico (FTA-Abs, TPPA, TPHA ou MHA-TP).

No caso de resultado não reagente e persistência da suspeita de sífilis, recomenda-se repetir o fluxograma após 30 dias.

5.3 Hepatite B

O vírus da hepatite B (HBV) é um DNA vírus pertencente à família *Hepadnaviridae*, que pode ser transmitido por via sexual - penetração através de solução de continuidade da pele e mucosa durante relações sexuais desprotegidas - e por via parenteral - compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos, etc. Desta forma, a hepatite B é considerada uma infecção sexualmente transmissível. Além destas formas de transmissão, o HBV pode ser transmitido por TV (BRASIL, 2016d).

Em países endêmicos para hepatite B, a TV é responsável por 35 a 50% dos casos de doença crônica. Já em países com baixa prevalência, a maioria dos casos crônicos se deve à transmissão sexual e parenteral (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

A hepatite B pode se apresentar de forma aguda ou crônica. A doença aguda se desenvolve após um período de incubação de 30 a 180 dias. Em torno de metade dos casos, apresenta-se de forma assintomática. Se presentes, os sintomas costumam ser leves e inespecíficos, sendo os mais comuns: anorexia, náusea, vômito, febre, dor abdominal, dentre outros. Após a fase inicial, pode ocorrer icterícia, seguida de uma melhora gradativa do quadro clínico. Em mais de 90% dos casos, os sintomas se resolvem completamente dentro de três a quatro meses (BRASIL, 2016d; CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Em 90% dos casos, a infecção por HBV se resolve espontaneamente. Quando o vírus persiste por seis meses ou mais - persistência do HBsAg em dois ou mais

exames consecutivos -, considera-se hepatite crônica (BRASIL, 2016d). Esta situação ocorre em, aproximadamente, 5% a 10% dos indivíduos adultos infectados. Em sua maioria, eles costumam ser assintomáticos, mas alguns podem apresentar anorexia persistente, perda de peso, fadiga e hepatoesplenomegalia (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

O hepatocarcinoma é um dos piores desfechos da doença e pode acontecer em 20% a 25% dos casos crônicos com evidência de replicação viral (BRASIL, 2016d).

A infecção pelo HBV em pacientes que não apresentam o HBsAg detectável é denominada de infecção oculta pelo HBV. Esse tipo de infecção não é comum na população geral, sendo mais presente entre usuários de drogas injetáveis, imunossuprimidos e pessoas que fazem hemodiálise (BRASIL, 2016d).

A cura espontânea da infecção pelo HBV - desaparecimento viral - antes do desenvolvimento de uma resposta imune humoral pode acontecer. Além disso, a hepatite B é uma doença imunoprevenível com vacina que faz parte do calendário vacinal do Ministério da Saúde, que pode ser acessado em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/>> (BRASIL, 2016d).

Dados do Inquérito Nacional de Hepatites Virais realizado em 2010, maior pesquisa sobre o tema já realizada na América Latina, revelaram mudanças no padrão de ocorrência destas doenças no Brasil, com redução das infecções dos tipos A, B e C entre 1999 e 2010. Mais de 26 mil pessoas participaram da enquête: 6.468 fizeram teste para hepatite A e 19.634 realizaram exames para detectar os vírus B e C. Em relação a estes últimos, há dados relativos a indivíduos de 10 a 69 anos. De acordo com o inquérito, o percentual da população geral que tinha ou já havia tido hepatite (prevalência) nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF) foi de 0,37% para o vírus B e 1,38% para o tipo C. Em relação ao vírus B, se observada a prevalência da doença apenas em indivíduos de 20 a 69 anos de idade, o percentual de 0,6% foi dez vezes maior do que nas faixas de menor idade. Já em relação ao vírus C, se considerados apenas indivíduos de 20 a 69 anos que residiam na Região Sul do país, foi observada uma prevalência de 1,7% da referida infecção (BRASIL, 2010).

A população residente no conjunto das capitais representava, nesse ano, 23,8% da população total do país (mais de 45 milhões de habitantes). Na época, se o padrão observado nas capitais e no DF fosse considerado para todo país, a estimativa de prevalência para a população brasileira geral seria de que 800 mil pessoas já teriam

contraído, em algum momento de sua vida, infecção pelo vírus da hepatite B e 1,5 milhão pelo tipo C (BRASIL, 2010).

Um editorial de 2011 criticou o inquérito nacional de 2010, por ter sido realizado apenas nas capitais e no DF, embora a amostra tenha sido grande e representativa de um quarto dos brasileiros. Mesmo assim, caso os índices obtidos no levantamento pudessem ser extrapolados para toda a população, calculou-se que existiam 3,5 milhões de brasileiros com as formas mais graves de hepatite – cerca de 800 mil com hepatite B e 2,7 milhões com hepatite C –, seis vezes o número estimado de portadores do HIV. Por sorte, nem todos os infectados precisariam de tratamento já que até 90% das pessoas que contraem o vírus B sofrem de doença aguda, sem desenvolver hepatite crônica. Mesmo assim, cerca de 160 mil pessoas necessitariam alguma medicação. Entre os portadores do vírus C, cujo tratamento é menos eficaz, o número seria quase 10 vezes maior, já que apenas em 20% dos casos a infecção não se cronifica (ZORZETTO, 2011).

Outro artigo analisou a situação epidemiológica da hepatite B no Brasil por meio de busca sistemática na literatura científica nos bancos de dados de teses, MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), bem como de notificações de doenças ao Sistema de Informações para Agravos de Notificação. A estratégia de busca identificou 87 artigos e 13 teses, resultando em 100 publicações. Os resultados mais recentes - a partir 2005 - indicam redução da prevalência de hepatite B em todo o país, classificando o Brasil como de baixa endemicidade, com uma melhora epidemiológica no perfil da doença no país em comparação com a última década do século passado. Os autores creditam este cenário à melhora da qualidade de vida e à implantação da vacinação para hepatite B no território nacional. Especificamente no RS, os autores identificaram estudo de Caxias do Sul realizado em 2014 com amostra de 60.604 indivíduos da população em geral, que encontrou uma prevalência 1,6% de infecção pelo HBV (SOUTO et al., 2016).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais de 2018, no ano de 2017 foram notificados 13.482 casos de hepatite B no Brasil, com uma taxa de incidência de 6,5/100.000 habitantes (7,4 em homens e 5,8 em mulheres).

Excetuando-se os casos de provável fonte de infecção ignorada (58,2%), a fonte de infecção mais citada foi a sexual (21,8%) (BRASIL, 2018a).

No município de Pelotas, em 2017, o boletim acima citado informa a ocorrência de quatro casos confirmados da doença, todos em homens, com uma taxa de incidência de 1,2/100.000 habitantes.

5.3.1 Hepatite B e Gestação

Em relação à avaliação de gestantes e puérperas brasileiras, o estudo de Souto et al. (2016) apresentou resultados de 25 trabalhos realizados a partir do ano 2000 que, em conjunto, apontaram uma baixa prevalência de hepatite B, com 64% dos relatos mostrando o HBsAg presente em menos de 1,0% das mulheres. Particularmente no estado do RS, um estudo de 2009 realizado na cidade de Passo Fundo com 3.573 mulheres evidenciou prevalência de hepatite B em gestantes em torno de 0,7%.

Um estudo transversal realizado no estado do Mato Grosso do Sul avaliou em gestantes a frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II. Embora seja de 2007, este trabalho tem o mérito de ter realizado avaliação em um número expressivo de 32.512 gestantes. Especificamente em relação à hepatite B, foi observada prevalência de 0,3% nas gestantes pesquisadas (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007).

Mais recentemente, de acordo com o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais de 2018 do MS, no ano de 2017 foram notificados 1.311 casos confirmados de hepatite B em gestantes brasileiras (BRASIL, 2018a).

A infecção do feto ou do neonato pelo HBV é dependente do estado imune e da carga viral da mãe. O risco de cronificação dos recém-nascidos de gestantes com evidências de replicação viral - HBeAg reagente e/ou carga viral maior do que 104 UI/ml - é de cerca de 70% a 90%. Nas gestantes sem evidência de replicação viral, o risco encontra-se em torno de 10% a 40%. A cronificação da doença em

menores de 5 anos de idade acontece em cerca de 70% a 90% dos casos (BRASIL, 2016d).

A hepatite B não costuma ser causa de importante morbimortalidade materna, sem efeitos importantes no crescimento fetal ou na incidência de pré-eclâmpsia, apenas um modesto aumento nas taxas de trabalho de parto prematuro (CUNNINGHAM et al., 2018).

Quando a infecção aguda pelo HBV ocorre no primeiro trimestre da gestação, o risco de TV é menor que 10%; porém, quando ocorre no segundo ou terceiro trimestre da gestação, eleva-se a níveis superiores a 60% (BRASIL, 2018f).

A fim de prevenir a TV da hepatite B, o PCDT-TV de 2018 sugere realizar o teste na primeira consulta de pré-natal. Se o resultado for não reagente e não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a imunização. Caso a gestante apresente-se no momento do parto sem ter realizado todas as doses da vacina, deve-se proceder à testagem para hepatite B na maternidade (BRASIL, 2018f).

Sabe-se que, com a administração de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e vacinação para hepatite B no recém-nascido, reduz-se o risco de TV de 5% para 10%. Porém, na ausência de imunoprofilaxia, 10 a 20% das mulheres positivas para HBV transmitem a infecção. Esta taxa de TV situa-se entre 70 a 100% nos casos de gestantes positivas para HBsAg mais HBeAg (alta taxa de replicação viral) (BRASIL, 2018f). Além disso, gestantes com elevada carga viral para o HBV ou com HBeAg positivo apresentam taxa de TV de aproximadamente 10%, mesmo com o uso de imunoprofilaxia (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018; BRASIL, 2018c).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais de 2018, a principal via de TV da infecção pelo HBV é a perinatal, sendo a transmissão intrauterina mais rara. No entanto, a evidência é conflituosa quanto ao efeito da via de parto na redução da TV. Portanto, não há evidências concretas dos benefícios da cesariana como medida preventiva da TV de hepatite B (BRASIL, 2018f).

Estudo randomizado com profilaxia com tenofovir a partir do terceiro trimestre de gestação em mulheres com HBsAg reagente e carga viral para o HBV maior que 200.000 UI/ml demonstrou uma taxa de TV de 0% nas gestantes tratadas com o antiviral, em comparação a 7% no grupo placebo do protocolo (PAN et al., 2016).

A recomendação do PCDT-TV é que todas as gestantes com hepatite B que apresentem HBeAg reagente, carga viral para o HBV superior a 200.000 UI/ml ou alanina transaminase acima de duas vezes o limite superior da normalidade devem receber terapia profilática com 300mg de tenofovir uma vez ao dia por via oral, a partir de 28-32 semanas de gestação. Mulheres que apresentam HBsAg mais HBeAg reagentes não necessitam do exame de carga viral para o HBV para determinar a profilaxia antiviral pois, em razão desse perfil, já apresentam altos níveis de carga viral e de risco de TV (BRASIL, 2018f).

Nas gestantes com HBsAg reagente e HBeAg não reagente, deve-se determinar a carga viral, que necessita ser repetida ao final do segundo trimestre, a fim de decidir sobre o uso de tenofovir no terceiro trimestre da gestação. Logo após o nascimento, RNs de mulheres HBsAg reagentes devem receber IGHAHB e a primeira dose do esquema vacinal para HBV, com doses sucessivas aos dois, quatro e seis meses. O diagnóstico da soroconversão pode ser realizado mediante solicitação de anti-HBs (anticorpo contra o antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B) e HBsAg entre 30 a 60 dias após a última dose da vacina para hepatite B (BRASIL, 2018f).

Ainda de acordo com o PCDT-TV, a amamentação não está contraindicada nos casos em que foram seguidas todas as recomendações - vacina e IGHAHB na criança exposta e profilaxia medicamentosa na gestante com indicação (BRASIL, 2018f).

5.3.2 Diagnóstico da Hepatite B

A descrição a seguir dos roteiros para o diagnóstico da Hepatite B foi baseada no Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais (MTDHV) do MS (BRASIL, 2016d).

A detecção de anticorpos e antígenos do vírus B pode indicar diferentes estágios da infecção pelo HBV: infecção aguda, infecção crônica, resposta vacinal e ausência de contato prévio com o vírus. O início da infecção é marcado pela IgM anti-HBc e anticorpos específicos para HBeAg e HBsAg indicam uma resolução favorável para a infecção. Já os anticorpos anti-HBs são induzidos pela vacinação, sendo neutralizantes e capazes de conferir proteção contra o vírus.

Esses marcadores sorológicos podem ser detectados no soro, plasma ou sangue através de imunoensaios laboratoriais que apresentam especificidade média acima de 99% e sensibilidade média acima de 98%. O HBsAg, em particular, também pode ser detectado através de TR, que usam a tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral.

As técnicas de imunoensaio podem detectar antígenos virais e/ou anticorpos específicos, como as imunoglobulinas IgM, que são as primeiras a aparecer e caracterizam, portanto, uma infecção aguda, e as imunoglobulinas IgG, que surgem após as IgM, e podem permanecer indefinidamente, servindo como marcadores de infecção passada – contato prévio com o vírus – ou de resposta vacinal.

Além dos imunoensaios laboratoriais e dos TR, estão disponíveis os testes moleculares que detectam mais precocemente a infecção pelo HBV e servem para a confirmação nos casos de infecção oculta pelo HBV. O ácido nucleico viral pode ser detectado por meio de ensaios de PCR (reação em cadeia da polimerase) em tempo real, que apresentam especificidade acima de 99%. Estes testes são utilizados em amostras de bancos de sangue, conforme a Portaria MS nº 158, de 4 de fevereiro de 2016 (DOU 05/02/2016, nº 25, seção 1, pág. 37).

A partir de um mês da infecção, o DNA viral - medido através dos antígenos HBeAg (Antígeno “e” do Vírus da Hepatite B) e HBsAg (Antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B ou antígeno “s” do Vírus da Hepatite B) - pode ser detectado através de técnicas moleculares, com picos de detecção após um período de seis semanas. O antígeno core do HBV (HBcAg) e os anticorpos IgM surgem precocemente, sendo que os anticorpos IgG Anti-HBc (Anticorpo contra o core do Vírus da Hepatite B) surgem mais tardiamente, persistindo por toda a vida do indivíduo (BRASIL, 2016d).

Entre 10 e 15 semanas após a infecção, os níveis séricos das aminotransferases começam a se elevar, indicando dano hepático. Em mais de 90% das infecções ocorre a reversão dos sintomas, que pode ser observada através do surgimento dos anticorpos específicos contra os antígenos HBeAg e HBsAg, que garantem proteção de longo prazo contra a doença (BRASIL, 2016d).

Na suspeita de infecção pelo HBV, o MS recomenda a execução de fluxogramas de diagnóstico, que estão ilustrados a seguir.

Fluxograma 8 - Investigação inicial da infecção pelo HBV utilizando TR (HBsAg):

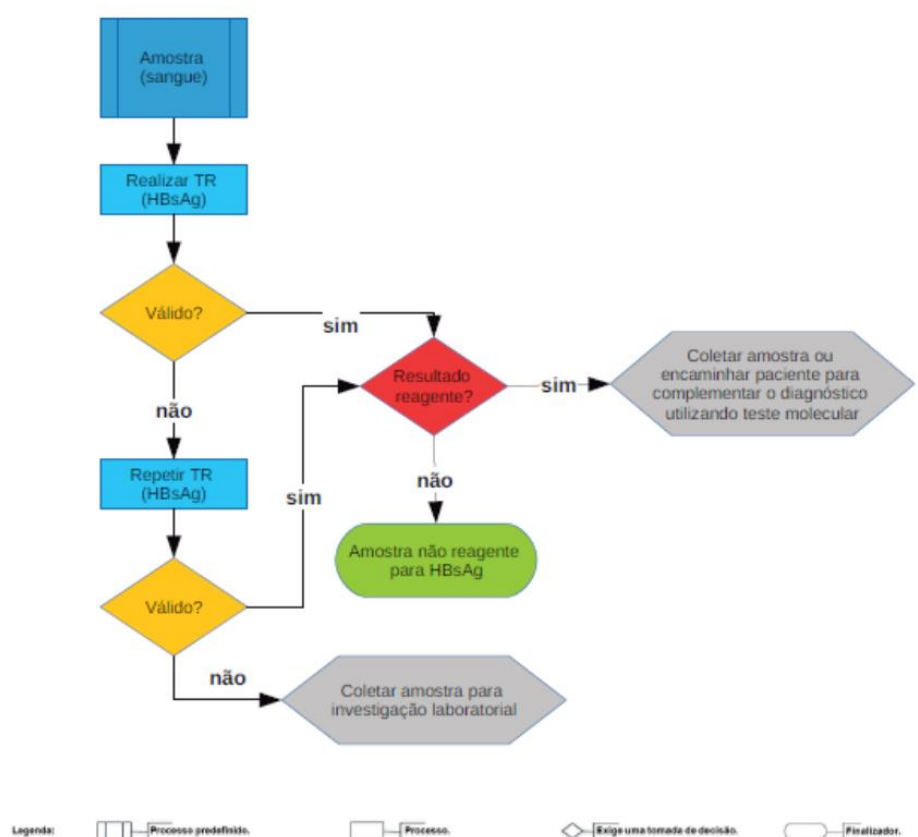


Figura 11 - Fluxograma 8: Investigação inicial do HBV utilizando TR (TR - HBsAg).
 Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Os TR utilizados para o diagnóstico da hepatite B baseiam-se na tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral e permitem a detecção do HBsAg, sendo aplicáveis em gestantes e menores de 18 meses de idade. Por serem de rápida execução, possibilitam o pronto encaminhamento do indivíduo aos serviços de assistência para a conclusão do diagnóstico. Desta forma, são recomendados para testagens presenciais, podendo ser realizados com fluido oral, soro, plasma ou sangue total.

Após um exame reagente, o indivíduo deve ser encaminhado para a confirmação do diagnóstico através do segundo ou terceiro fluxogramas. Em caso de exame não reagente e persistência da suspeita de infecção, é recomendável repetir o fluxograma em 30 dias.

O TR pode não ser capaz de identificar o antígeno viral em casos raros de hepatite oculta (2,7% da população geral), em 12% dos usuários de drogas injetáveis, em 33% dos indivíduos em coinfeção por hepatite B e hepatite C, em 58% dos hemodialisados e nos casos de cepas virais mutantes.

Fluxograma 9 - Detecção da infecção pelo HBV utilizando HbsAg e teste molecular:

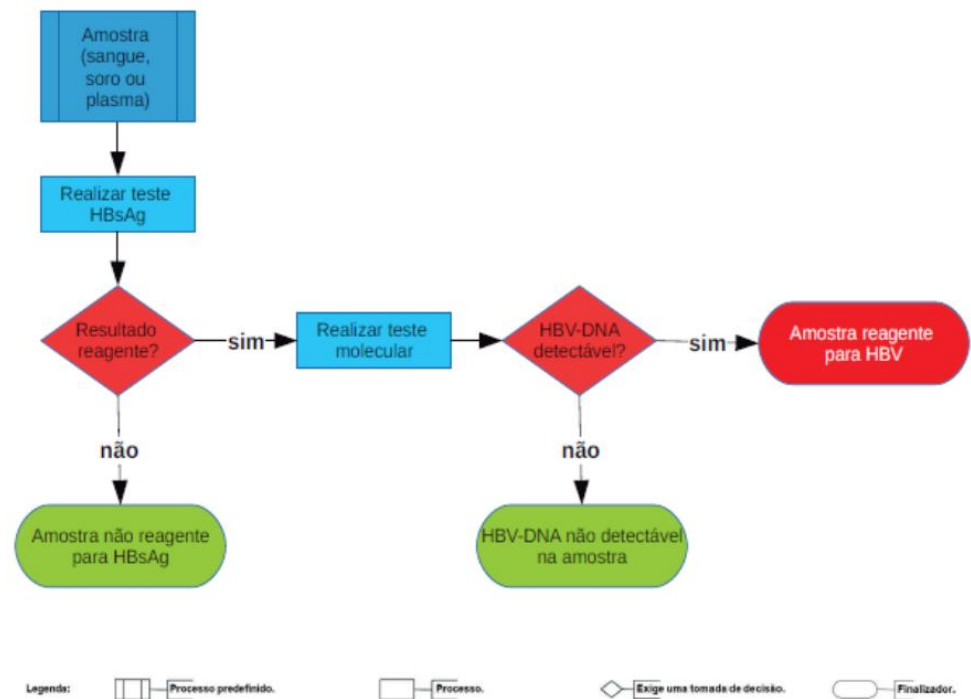


Figura 12- Fluxograma 9: Detecção da infecção pelo HBV utilizando HbsAg e teste molecular. Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Este fluxograma se inicia com a realização de um teste para HBsAg (TR ou laboratorial), seguido por um teste molecular que detecte o DNA do HBV. Pode ser realizado em gestantes e menores de 18 meses de idade.

A reação em cadeia da polimerase (PCR) é uma das técnicas mais utilizadas no diagnóstico molecular laboratorial.

No caso de exame não reagente e persistência da suspeita de infecção, é recomendável repetir o fluxograma em 30 dias.

De forma semelhante ao fluxograma anterior, este pode não ser capaz de identificar o antígeno viral em casos raros de hepatite oculta (2,7% da população geral), em 12% dos usuários de drogas injetáveis, em 33% dos indivíduos em coinfeção por hepatite B e hepatite C, em 58% dos hemodialisados e nos casos de cepas virais mutantes.

Fluxograma 10 - Detecção da infecção pelo HBV utilizando HbsAg e Anti-HBc total:

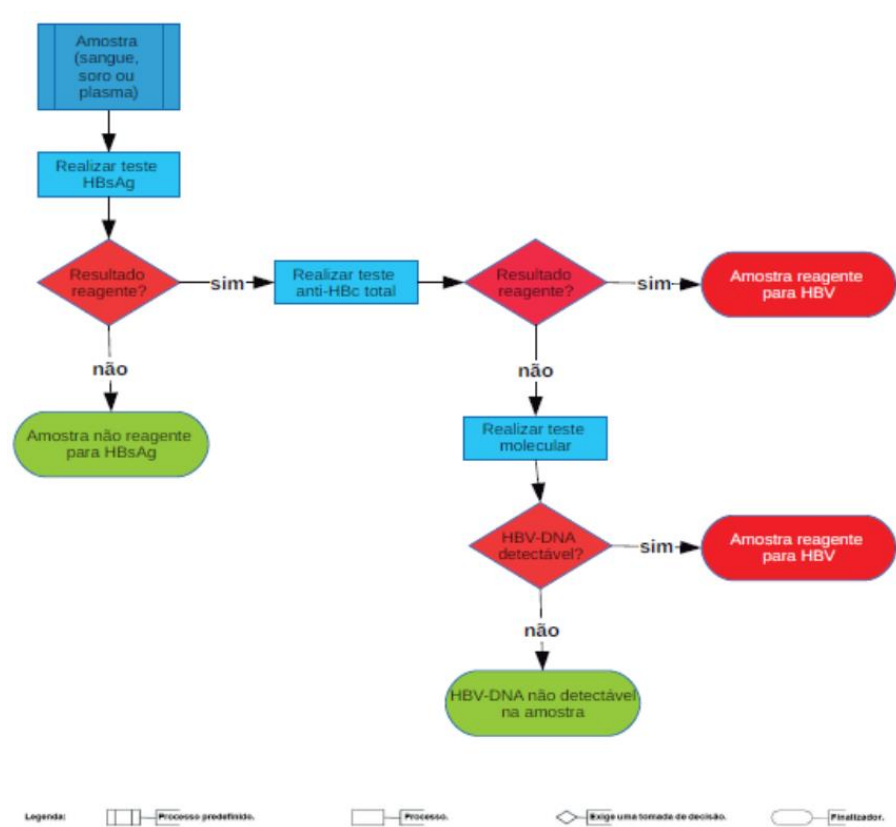


Figura 13 - Fluxograma 10: Detecção da infecção pelo HBV utilizando HbsAg e Anti-HBc total.
Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Este fluxograma utiliza um teste para HbsAg, seguido por anti-HBc total. Por utilizar anticorpos totais, não deve ser aplicado em indivíduos menores de 18 meses de idade.

No caso de exame não reagente e persistência da suspeita de infecção pelo HBV, uma nova coleta deve ser realizada em 30 dias.

De forma semelhante aos fluxogramas anteriores, este pode não ser capaz de identificar o antígeno viral em casos raros de hepatite oculta (2,7% da população geral), em 12% dos usuários de drogas injetáveis, em 33% dos indivíduos em coinfeção por hepatite B e hepatite C, em 58% dos hemodialisados e nos casos de cepas virais mutantes. Para os casos de indivíduos que se encaixam nessas situações, é recomendado teste molecular de alta sensibilidade.

5.4 Hepatite C

A hepatite C é causada pelo vírus da hepatite C (HCV), um RNA vírus do gênero *Hepacivirus*, da família *Flaviridae*. É transmitida principalmente pela via parenteral, não sendo identificada a via de transmissão em uma parcela considerável dos indivíduos (BRASIL, 2016d).

Segundo o MTDHV, são consideradas populações de risco aumentado para a infecção pelo HCV por via parenteral: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993; usuários de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes e complexos vitamínicos), inaláveis (cocaína) ou pipadas (crack), e que compartilham equipamentos de uso; pessoas com tatuagem, piercings ou outras formas de exposição percutânea (por exemplo, consultórios odontológicos, clínicas de podologia, salões de beleza, etc., que não obedeçam às normas de biossegurança). A transmissão por hemoderivados foi praticamente eliminada após a adoção de testagem das bolsas de sangue (BRASIL, 2016d, pag. 72).

A transmissão sexual é considerada pouco frequente em parceiros estáveis - menos de 1% - ocorrendo, principalmente, em pessoas com múltiplos parceiros e prática sexual de risco, como a não utilização de preservativo, sendo facilitada pela coexistência de alguma IST (BRASIL, 2016d).

Quando comparada à hepatite B, a TV da hepatite C é considerada rara; porém já se demonstrou que gestantes com alta carga viral do HCV ou coinfectadas pelo HIV apresentam maior risco de TV (BRASIL, 2016d).

A hepatite C apresenta-se como uma doença subclínica em 80% dos casos. Em 20% a 30% dos pacientes observa-se icterícia e 10% a 20% relatam sintomas inespecíficos, tais como anorexia, astenia, mal-estar e dor abdominal (BRASIL, 2016d).

A doença tem altas taxas de cronificação: de 70% a 85% dos casos. Sem tratamento adequado, costuma evoluir para formas histológicas graves e cirrose em 25 a 33% dos casos num período de 20 anos (BRASIL, 2016d).

A infecção crônica se estabelece ao longo de anos ou décadas e acredita-se que a evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular dependa de fatores como carga viral e genótipo. Além disso, pacientes infectados por transfusão sanguínea

cronificam mais frequentemente do que aqueles infectados por outras vias (BRASIL, 2016d).

O tratamento contra o HCV depende do genótipo viral. Existem 67 subtipos confirmados e 20 subtipos prováveis de HCV, que diferem entre si em suas sequências nucleotídicas (BRASIL, 2016d).

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais de 2018 do MS, no ano de 2017 houve 24.460 casos notificados de hepatite C no Brasil, com taxa de incidência de 11,9/100.000 habitantes (13,6 em homens e 10,3 em mulheres). No município de Pelotas, nesse mesmo período, foram notificados 164 casos confirmados da doença, com taxa de incidência de 47,7/100.000 habitantes (62,2 em homens e 34,3 em mulheres) (BRASIL, 2018a).

Segundo o mesmo boletim acima citado, dos casos nacionais confirmados de hepatite C em 2017, estima-se que a provável fonte de infecção foi considerada ignorada em 65,4% dos indivíduos. Das fontes conhecidas, em primeiro lugar foi referida a infecção por via sexual (9,2%), em segundo, por outras causas (9,1%) – definido como: tratamento cirúrgico/dentário, transmissão pessoa/pessoa e pessoa/outros - em terceiro, por uso de drogas endovenosas (8,1%) e em quarto lugar, por via transfusional (6,8%).

5.4.1 Hepatite C e Gestação

O estudo transversal brasileiro de Figueiró-Filho e colaboradores avaliou a frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em 32.512 gestantes e encontrou uma prevalência estimada de hepatite C na gravidez em torno de 0,1% (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007).

A maioria das gestantes com hepatite C apresenta doença crônica. Estudos recentes têm apontado aumento modesto no risco de baixo peso fetal, parto prematuro e uso de ventilação mecânica após o nascimento, que podem estar associados a aspectos comportamentais das gestantes HCV positivas (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018). O PCDT-TV cita o aumento do risco de piores

desfechos, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, hemorragia pré-parto e colestase intra-hepática nestas pacientes (BRASIL, 2018f).

Segundo o PCDT TV, a fim de prevenir a TV da hepatite C, a gestante deve realizar o teste de acordo com o histórico de comportamento de risco para exposição ao HCV, mas o manual não explicita quais são estes comportamentos, deixando a avaliação por conta do pré-natalista (BRASIL, 2018f).

Apesar de ser um evento raro, a TV é a forma mais comum de infecção pelo HCV em recém-nascidos. Há estimativas de taxas de TV da hepatite C de até 5,8%, a depender de diferentes fatores de risco. Em torno de dois terços dos casos de TV acontecem no período periparto (BRASIL, 2018f; CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Os principais fatores de risco associados à transmissão vertical do HCV são a viremia durante a gravidez ou no momento do parto, a coinfeção HCV/HIV e a infecção de células mononucleadas periféricas do sangue. Dessa forma, mães com carga viral suprimida têm chances mínimas de transmissão do vírus (BRASIL, 2018f; CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Fatores como genótipo do vírus, amamentação e via de parto não parecem interferir na TV. Assim, a amamentação não é contraindicada para mulheres portadoras do HCV (BRASIL, 2018f; CUNNINGHAM, F. G. et al., 2018).

Os regimes de tratamento usuais para hepatite C são contraindicados na gestação devido à teratogenicidade ou falta de segurança nesta população específica (BRASIL, 2018e).

5.4.2 Diagnóstico da Hepatite C

A descrição a seguir dos roteiros para o diagnóstico da hepatite C foi baseada no MTDHV do MS (BRASIL, 2016d).

A triagem para o diagnóstico de hepatite C é feita com a utilização de imunoensaios. Indivíduos com resultados reagentes nesta etapa devem realizar confirmação por meio de testes que detectam diretamente o vírus.

Os imunoensaios laboratoriais e os TR detectam o anticorpo contra o vírus da Hepatite C (anti-HCV), que indicam contato com o HCV. Já o antígeno core do HCV

pode ser detectado com uso de imunoensaios, que são utilizados para confirmação de resultado reagente de pesquisa de anticorpos, sendo indicadores da presença de infecção ativa pelo vírus.

O teste molecular detecta mais precocemente a infecção pelo HCV, podendo ser utilizado para a confirmação dos casos anti-HCV reagentes. Já os testes de ácidos nucleicos são utilizados para quantificar o número de cópias de genomas virais circulantes.

Na suspeita de infecção pelo vírus da hepatite C, o MS recomenda a execução de fluxogramas, que estão ilustrados a seguir.

Fluxograma 11 - Investigação inicial da infecção pelo HCV utilizando TR (anti-HCV):

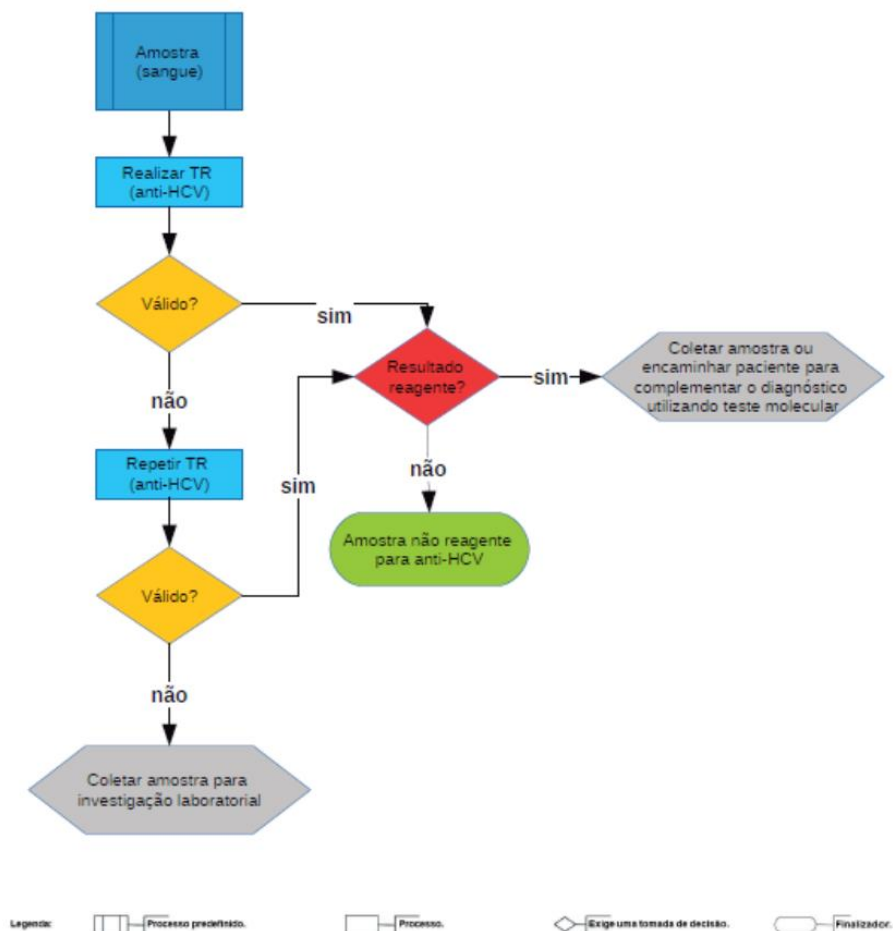


Figura 14 - Fluxograma 11: Investigação da infecção pelo HCV usando TR (anti-HCV).
Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Este fluxograma utiliza TR capaz de detectar o anti-HCV, podendo ser utilizado no diagnóstico em gestantes. Não deve ser realizado em indivíduos menores de 18 meses e indivíduos imunossuprimidos.

Um resultado anti-HCV reagente indica contato prévio com o vírus. Considerando-se que cerca de 80% dos infectados pelo HCV tornar-se-ão portadores crônicos da infecção, o resultado reagente do anti-HCV deverá ser complementado com teste para detecção direta do agente viral (Carga Viral do HCV/HCV-RNA ou Antígeno do vírus HCV/HCV-Ag).

Em caso de resultado não reagente em que permaneça a suspeita de infecção, deve-se repetir a testagem após 30 dias.

Indica-se a testagem para HCV a todos aqueles nascidos de mães sabidamente infectadas pelo vírus, através de teste molecular. A detecção do HCV-RNA em duas testagens diferentes confirma a infecção. O diagnóstico infantil é descrito em detalhes no MTDHV.

Fluxograma 12 - Diagnóstico da infecção pelo HCV utilizando anti-HCV e teste molecular (HCV-RNA):

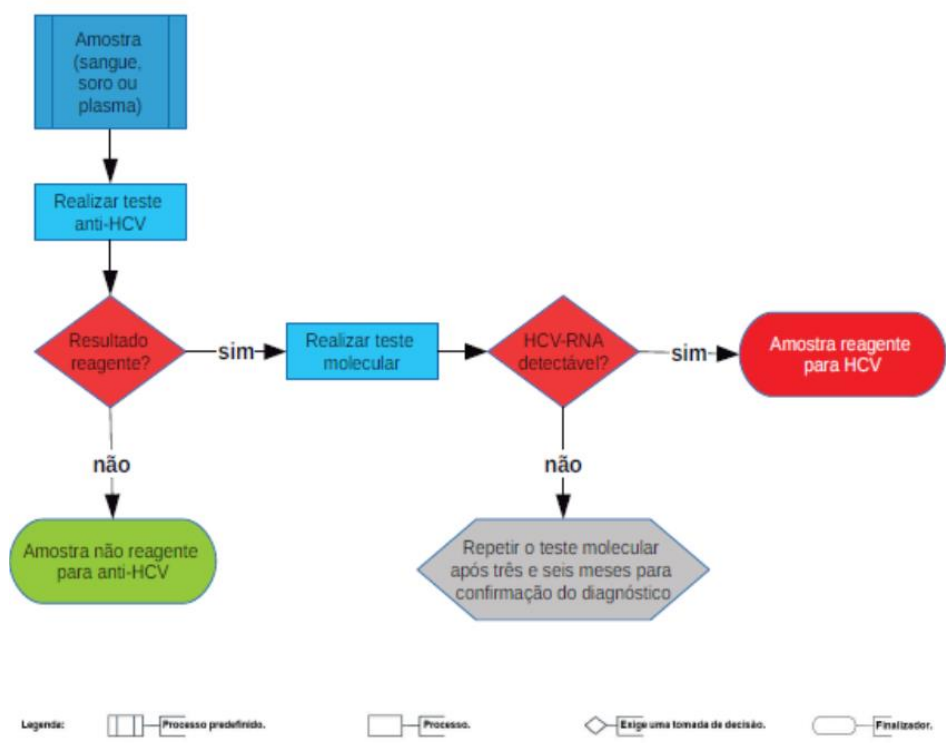


Figura 15 - Fluxograma 12: Diagnóstico utilizando teste anti-HCV e teste molecular (HCV-RNA).
Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Este fluxograma utiliza, como triagem, um imunoensaio que detecta o anticorpo contra o HCV e, como teste complementar, um teste de detecção direta do vírus (HCV-RNA ou HCV-Ag).

Ele é capaz de detectar a infecção crônica pelo HCV, podendo ser utilizado no diagnóstico em gestantes. Por detectar anticorpos totais contra o vírus, não é indicado para indivíduos menores de 18 meses e não é capaz de identificar indivíduos infectados no período de janela imunológica ou imunossuprimidos.

5.5 Revisão sistemática da literatura

Numa segunda fase da revisão de literatura, realizou-se revisão sistemática por meio de uma busca nas bases de dados LILACS e PUBMED, que respondesse à seguinte questão norteadora: **Qual a ocorrência e a sorodiscordância de HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis em mulheres e em seus parceiros masculinos?**

Foram incluídos artigos nos idiomas inglês, espanhol e português, sem restrição de ano da publicação. A busca foi realizada no dia 04 de maio de 2018, com os seguintes descritores e chave de busca:

("Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnant") AND ("Sexual Partners"[Mesh] OR "Partner" OR "Male Partner") AND ("HIV"[Mesh] OR "HIV Testing" OR "Hepatitis B"[Mesh] OR "Hepatitis B Testing" OR "Hepatitis C"[Mesh] OR "Hepatitis C Testing" OR "Syphilis"[Mesh] OR "Syphilis Testing" OR Serodiscordant)

As buscas resultaram num total de 538 títulos, sendo 497 na base PUBMED e 41 na base LILACS. Seguindo-se à pesquisa, os estudos foram transferidos para o software EndNoteX7.

Após a exclusão de 25 artigos em duplicata, procedeu-se à leitura de todos os títulos, a fim de realizar a exclusão daqueles que não fizessem referência à ocorrência e/ou à sorodiscordância referidas acima.

Em decorrência da primeira seleção, foram selecionados 196 artigos para a leitura dos resumos e 317 foram excluídos.

A segunda seleção se deu por meio da leitura dos resumos. Sempre que não foi possível ser rejeitado com certeza, o artigo foi lido na íntegra. Nesta etapa, foram selecionados 52 artigos, e 144 foram excluídos (Figura 16). Além da necessidade de incluírem os assuntos citados na questão norteadora, nesta fase também foram utilizados os seguintes critérios de exclusão:

- estudos com tamanho amostral menor do que 100 indivíduos (tamanho considerado pelos autores como mínimo para estudos de prevalência e/ou sorodiscordância);
- estudos qualitativos;
- estudos que, preponderantemente, avaliaram algum tipo de intervenção;
- editoriais, artigos de opinião, revisões sobre o tema e afins;
- estudos que avaliaram, preponderantemente, comportamento sexual de gestantes e/ou companheiros e/ou incidência de outras IST e/ou prevenção da transmissão de HIV, sífilis, hepatite B e/ou hepatite C;
- estudos sem resumo disponível;
- estudos com população diferente da pretendida (mulheres gestantes ou puérperas).

A terceira seleção se deu com a leitura na íntegra de todos os textos. Não foi possível a localização do texto completo de 5 artigos, os quais não puderam ser avaliados na presente revisão (vide Figura 18).

Quarenta e sete artigos foram lidos na íntegra. Para esta etapa, além dos parâmetros utilizados para a segunda seleção, foram aplicados outros critérios apresentados na Figura 17.

Após a exclusão de cinco estudos que não correspondiam aos pré-requisitos necessários, foram finalmente selecionados para a inclusão nessa revisão 42 artigos, todos publicados nos idiomas inglês ou português.

As etapas desta revisão sistemática foram resumidas na Figura 18 (LIBERATI et al., 2009).

*** Critérios para exclusão dos resumos:**

Número de artigos	Critério para exclusão
28	Estudos que avaliaram, preponderantemente, programas de prevenção/transmissão das doenças pesquisadas.
22	Trabalhos com delineamento qualitativo.
20	Estudos que avaliaram, preponderantemente, a participação/envolvimento masculino durante a gestação/puerpério.
20	Estudos que avaliaram, preponderantemente, a testagem masculina e/ou de gestantes para as referidas doenças.
15	Editoriais/apresentações orais/opinião de especialistas/revisão da literatura sobre o tema.
11	Estudos que avaliaram alguma modalidade de tratamento.
11	Estudos que avaliaram, preponderantemente, comportamento/comportamento sexual e/ou incidência de outras IST, que não as pesquisadas neste trabalho.
5	Estudos que avaliaram, preponderantemente, alguma intervenção em casais sorodiscordantes ou gestantes ou companheiros em relação a aconselhamento pré/pós teste ou aconselhamento reprodutivo.
5	Tamanho amostral menor do que 100 indivíduos.
3	Estudos com população de mulheres não gestantes e/ou população geral.
2	Estudos que avaliaram violência íntima sofrida pelas gestantes, por parte dos companheiros.
2	Estudos que avaliaram a transmissão vertical das doenças.
144	TOTAL DE TEXTOS EXCLUÍDOS

Figura 16: Critérios para exclusão dos resumos na revisão sistemática.

*** Critérios para exclusão após leitura na íntegra dos artigos:**

Número de artigos	Critério para exclusão
1	Estudo que objetivou compreender o risco absoluto e relativo da aquisição do HIV-1 durante a gravidez e o pós-parto através da probabilidade de aquisição do HIV-1 por ato sexual entre casais sorodiscordantes para o vírus.
1	Estudo que objetivou estimar a taxa de coinfeção do HIV/sífilis em uma população de grávidas HIV+, e sua associação com a transmissão vertical do HIV e variáveis socioeconômicas.
1	Estudo que objetivou avaliar a relação entre a gravidez e o risco de aquisição do HIV-1 pelas mulheres HIV-; e a transmissão do vírus, de gestantes HIV+ para parceiros homens HIV-.
1	Estudo que avaliou as taxas de incidência de sífilis congênita.
1	Estudo que avaliou o nível de eficácia e durabilidade da terapia antirretroviral altamente ativa para reduzir o risco de transmissão sexual do HIV em casais sorodiscordantes (com população de mulheres não gestantes) com práticas sexuais desprotegidas.
5	TOTAL DE TEXTOS EXCLUÍDOS

Figura 17: Critérios para exclusão após leitura na íntegra dos artigos.

Fluxograma das etapas da revisão sistemática para a seleção dos artigos:

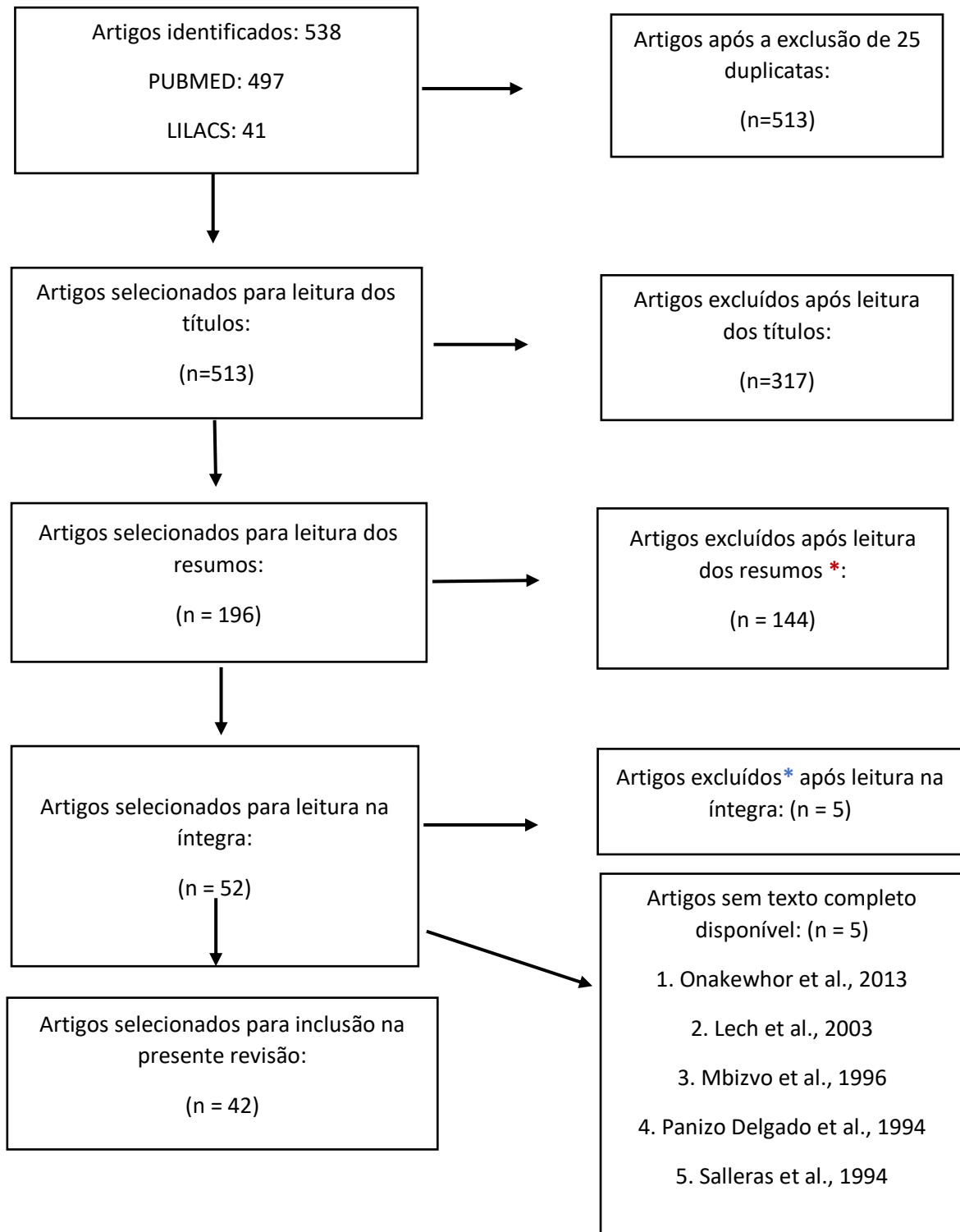


Figura 18: Etapas da revisão sistemática.

5.5.1 Descrição dos artigos

A maioria dos estudos (15) foi realizada em países africanos. Individualmente, o Brasil foi o país com o maior número de artigos, tendo nove textos selecionados.

A figura abaixo apresenta os países representados nesta revisão:

Número de artigos	País de origem	Número de artigos	País de origem
9	Brasil	1	Cuba
3	Etiópia	1	Escócia
3	Nigéria	1	Gana
2	EUA	1	Haiti
2	Moçambique	1	Irlanda
2	Peru	1	Itália
2	Reino Unido	1	Mayote – Oceano Índico
2	Tanzânia	1	Paquistão
2	Uganda	1	Quênia
1	Austrália	1	Sudão do Sul
1	Bolívia	1	Tailândia
1	China	1	México
42	TOTAL DE ARTIGOS		

Figura 19: País de origem dos artigos publicados.

Os artigos desta revisão foram publicados de 1991 até 2018. O maior número de estudos foi realizado nos anos de 2014 (7), 2013 (6), e 2015 (4). O delineamento mais frequente foi o transversal (34), seguido pelo estudo de coorte (7) e pelo ensaio clínico randomizado (1).

O número de artigos segundo o ano de publicação pode ser consultado na Figura 20.

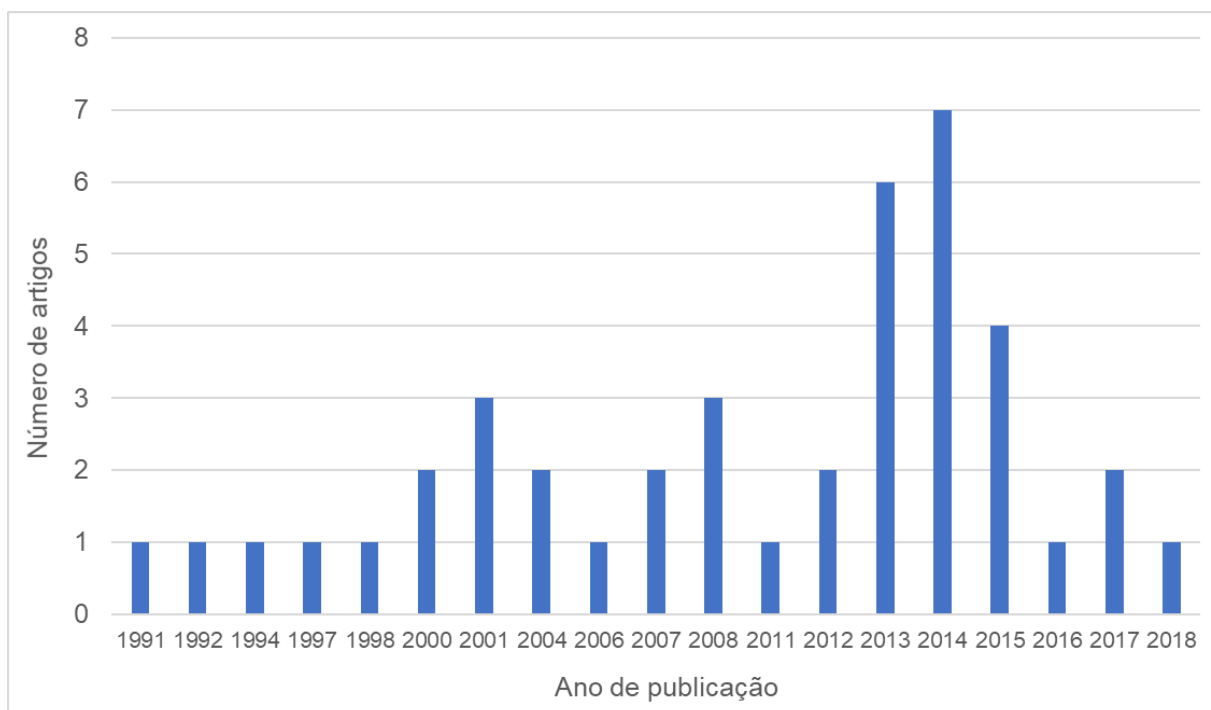


Figura 20: Número de artigos segundo o ano de publicação.

Como regra, todos os estudos deveriam selecionar gestantes ou puérperas e/ou seus parceiros sexuais masculinos. Do total de artigos, 26 estudos amostraram apenas mulheres, 15 incluíram casais e um, apenas parceiros masculinos.

Em relação ao tamanho das amostras, houve grande variabilidade. Dos estudos apenas com mulheres, o tamanho amostral variou de 222 parturientes, em estudo brasileiro de 2013, a 137.000 gestantes, em estudo cubano de 2007 (ARAÚJO et al., 2013; ARAZOZA et al., 2007).

A variação amostral entre os estudos com casais oscilou consideravelmente, principalmente porque, em sua maioria, menor porcentagem de parceiros aceitava ser testada, em comparação com a totalidade das mulheres selecionadas para o estudo. Considerando-se apenas o número de casais testados por trabalho, a menor amostra foi de 29 casais em estudo na Tanzânia, e a maior, 266.188 casais, em estudo na Nigéria, de 2018 (KILEWO et al., 2001; OLAKUNDE et al., 2018).

O único estudo que selecionou apenas parceiros masculinos foi realizado no Peru e teve um total de 1.835 participantes (CLARK et al., 2008).

Alguns autores estudaram a ocorrência de mais de uma doença. Do total de artigos, 19 apresentaram resultados apenas para o HIV, sete apenas para sífilis, dois apenas para hepatite B e seis apenas para hepatite C.

Quatro estudos abordaram HIV e sífilis; dois, HIV, sífilis e hepatite B; um, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C; e um, HIV e hepatite C.

Embora vários trabalhos mediram as ocorrências de sífilis, hepatite B e hepatite C nos parceiros masculinos, apenas estudos sobre HIV mensuraram a sorodiscordância entre os casais infectados. Desse modo, foram encontrados 12 artigos que estimaram a sorodiscordância de HIV entre mulheres e seus parceiros sexuais masculinos.

A ocorrência de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C entre as mulheres e os parceiros masculinos, assim como a sorodiscordância para o HIV variou entre os estudos. A menor ocorrência encontrada para o HIV em mulheres foi em Mayote, no Oceano Índico, onde não houve gestantes HIV positivas no estudo (SAINDOU et al., 2012). A maior prevalência, 16,0%, foi descrita no Quênia (OSOTI et al., 2014). Já nos parceiros, a menor prevalência encontrada para o HIV foi 0,2% no Peru, no estudo de Ormaeche et al.; e a maior, 10,8%, em Uganda (KIZITO et al., 2008; ORMAECHE et al., 2012).

Em relação à sífilis, a menor ocorrência descrita para mulheres foi 0,2% em estudo irlandês de 2016; e a maior, 26,0%, em puérperas que tiveram fetos mortos na Bolívia em 2001 (MCGETTRICK et al., 2016; SOUTHWICK et al., 2001). Já nos parceiros, a menor prevalência para sífilis, 1,6%, foi encontrada no Peru em 2008; e a maior, 10,8%, entre parceiros de gestantes com sífilis no estudo irlandês de 2016 (CLARK et al., 2008; MCGETTRICK et al., 2016).

A menor ocorrência encontrada para a hepatite B em mulheres foi 2,1% num estudo de 2012 no Peru; e a maior, 11,0% no Sudão do Sul em artigo de 2017 (ORMAECHE et al., 2012; KIRBAK et al., 2017). Já nos parceiros, apenas um estudo, realizado no Peru, mensurou a prevalência de hepatite B, estimada em 3,9% (ORMAECHE et al., 2012).

Não houve estudos que apresentaram estimativas de hepatite C em parceiros. Em mulheres, a menor prevalência para a hepatite C foi encontrada no ano de 2000 no Reino Unido: 0,2%. A maior prevalência foi descrita no ano de 2004 em Gana: 2,5% (ADES et al., 2000; LASSEY et al., 2004).

Em relação à sorodiscordância para o HIV entre os casais, a maior taxa, 66,8%, foi encontrada num estudo em que todas as gestantes eram HIV+, realizado na Nigéria (UJAH; EZECHI; OHIHOIN, 2015). Estudo da Tailândia

que incluiu mulheres HIV+ e HIV- descreveu a menor taxa: 1,0%, (LOLEKHA et al., 2014).

A figura abaixo contém um resumo dos resultados em relação a estas medidas extraídas dos 42 artigos revisados.

Artigo/ Ano/ país	Ocorrência HIV - mulheres	Ocorrência HIV - parceiros	Ocorrência sífilis - mulheres	Ocorrência sífilis- parceiros	Ocorrência hepatite B - mulheres	Ocorrência hepatite B - parceiros	Ocorrência hepatite C - mulheres	Ocorrência hepatite C - parceiros	Sorodiscórdân cia para o HIV
Olakunde et al., 2018 - Nigéria	2,2%								18%
Floridia et al., 2017 - Itália	Taxa de diag: 23,3 %								48,7% (todas gestan tes HIV+)
Kirbak et al., 2017 - Sudão do Sul					11%				
McGettric k et al., 2016 - Irlanda			0,28%	10,8%					
Ujah, Ezechi, Ohihoin, 2015 - Nigéria									66,8% (todas gestan tes HIV+)
Onovo et al., 2015 - Nigéria									52% (todas gestan tes HIV+)
Domingue s et al., 2015 - Brasil	0,4%								
Cunha, Merchan- Hamann, 2015 - Brasil			0,89%						
Lolekha et al., 2014 - Tailândia									1%
Assefa, 2014 - Etiópia			2,9%						
Schach et al., 2014a - Moçambiq ue	Incidê ncia 3,20/ 100 mulhe res/ ano								

Artigo/ Ano/ país	Ocorrência HIV - mulheres	Ocorrência HIV - parceiros	Ocorrência sífilis - mulheres	Ocorrência sífilis- parceiros	Ocorrência hepatite B - mulheres	Ocorrência hepatite B - parceiros	Ocorrência hepatite C - mulheres	Ocorrência hepatite C - parceiros	Sorodiscordân cia para o HIV
Schach et al., 2014b - Moçambique	Incidência 4,28/100 mulheres/ano								4%
Yeganeh et al., 2014 - Brasil		0,6%							
Osoti et al., 2014 - Quênia	16%								15,9%
Tegegne et al., 2014 - Etiópia					3%				
Bnnink-Mbazzi et al., 2013 - Uganda	6,2%	6,8%							
Melo et al., 2013 - Brasil		0,6%							1,3%
Araújo et al., 2013 - Brasil			7,7%						
Nóbrega et al., 2013 - Brasil	0,84 %		0,51%						
Cherinet et al., 2013 - Etiópia	5,4%								4,9%
Nacius et al., 2013 - EUA									40% (todas gestantes HIV+)
Ormaeche et al., 2012 - Peru	0,16 %	0,29%	1,6%	2,44%	2,11%	3,98%			
Saindou et al., 2012 - Mayote	zero		2,1%		3,4%				
Shah et al., 2011 - Paquistão			0,9%						

Artigo/ Ano/ país	Ocorrência HIV - mulheres	Ocorrência HIV - parceiros	Ocorrência sífilis - mulheres	Ocorrência sífilis- parceiros	Ocorrência hepatite B - mulheres	Ocorrência hepatite B - parceiros	Ocorrência hepatite C - mulheres	Ocorrência hepatite C - parceiros	Sorodiscordância para o HIV
Yahya-Malima et al., 2008 - Tanzânia	2%		1,6%						
Clark et al., 2008 - Peru		0,8%		1,6%					
Kizito et al., 2008 - Uganda	12,6 %	10,8%	4%	6,2%					9,5%
Cardoso et al., 2007 - Brasil	0,5%								
Araoz et al., 2007 - Cuba	1,2/10mil nascim								
Viani et al., 2006 - México	0,65 %								
Lasey et al., 2004 - Gana	2,7%						2,5%		
Rodrigues et al., 2004 - Brasil			1,7%						
Goldberg et al., 2001 - Reino Unido							0,6%		
Southwick et al., 2001 - Bolívia			4,3 a 26%						
Kilewo et al., 2001 - Tanzânia	13,7 %								31% (todas gestantes HIV+)
Ades et al., 2000 - Reino Unido							0,19 a 0,22%		
Lima, Pedro, Rocha, 2000 - Brasil							0,8 a 1,5%		

Artigo/ Ano/ país	Ocorrência HIV - mulheres	Ocorrência HIV - parceiros	Ocorrência sífilis - mulheres	Ocorrência sífilis- parceiros	Ocorrência hepatite B - mulheres	Ocorrência hepatite B - parceiros	Ocorrência hepatite C - mulheres	Ocorrência hepatite C - parceiros	Sorodiscordân cia para o HIV
Fitzgerald et al., 1998 - Haiti			5,7%						
Garner et al., 1997 - Austrália							1,1%		
Johnstone at al., 1994 - Escócia	de 0,1 % a 0,5%								
Bohman et al., 1992 - EUA							2,28%		
Lee et al., 1991 - China							0,4%		

Figura 21: Principais resultados dos artigos da revisão sistemática.

Os 42 artigos selecionados apresentavam diversos objetivos. A figura a seguir lista os diferentes objetivos encontrados nos estudos, além das medidas de ocorrência e sorodiscordância das doenças pesquisadas, que eram o propósito da revisão sistemática.

Número de artigos	Demais objetivos avaliados nos artigos selecionados
1	Ocorrência de herpes tipo 2 em gestantes e parceiros
1	Ocorrência de hepatite C em outros grupos populacionais específicos
1	Presença do alelo mutante CCR5 delta 32 nos parceiros HIV- de gestantes HIV+
9	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pelo HIV na gestação/puerpério
10	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pela sífilis na gestação/puerpério
2	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pela hepatite B na gestação/puerpério
6	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pela hepatite C na gestação/puerpério
1	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pelo herpes tipo 2 na gestação/puerpério
2	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pelo HIV nos parceiros masculinos
1	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pela sífilis nos parceiros masculinos
1	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pela hepatite B nos parceiros masculinos
1	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à infecção pelo herpes vírus tipo-2 nos parceiros masculinos
2	Fatores de risco/aspectos sociodemográficos/comportamentais associados à sorodiscordância pelo HIV nos casais
2	Taxa de transmissão vertical do HIV em mulheres recém infectadas pelo vírus
1	Prevalência de hepatite B em sangue de cordão umbilical
1	Epidemiologia do HIV/Aids no país estudado
4	Aceitação do pré-natal e do teste de HIV pelas gestantes
1	Cobertura da testagem de HIV no pré-natal
7	Testagem masculina para o HIV
3	Revelação do status HIV+ da gestante para o parceiro
1	Violência íntima sofrida pela gestante por parte do parceiro
1	Porcentagem de parceiros HIV- de gestantes HIV+, que receberam TARV (PrEP)
1	Uso de TARV na gestante HIV+ por ocasião da concepção

Figura 22: Demais objetivos dos artigos selecionados para a revisão sistemática.

Os 42 artigos selecionados foram descritos abaixo. Uma figura com o resumo dos manuscritos encontra-se disponível no Apêndice A.

5.5.2 Resumo dos artigos selecionados

A testagem masculina para o HIV e a sorodiscordância entre gestantes e seus companheiros foi avaliada no programa de prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT) da Nigéria. Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados consolidados do setor nacional do programa ao longo de cinco anos (2012-2016). No período, um total de 11.833.062 gestantes foram testadas para o HIV com uma taxa de positividade de 2,2% (variando de 5,6% em 2012 a 1,0% em 2016). Cerca de 266.188 (2,2%) dos parceiros sexuais masculinos das gestantes que se apresentaram em clínicas de prevenção realizaram um teste de HIV no período. A captação de testes de parceiros variou, ao longo dos anos, de 1,7% em 2012 a 2,9% em 2014 ($p < 0,001$). No geral, a proporção de parceiros de gestantes HIV- que testaram foi superior à proporção de parceiros testados dentre os companheiros das gestantes HIV+ (81% versus 19%, respectivamente). A sorodiscordância entre os casais nos quais houve testagem dos parceiros ao longo do período de cinco anos foi de 18%. Esta taxa diminuiu de 24% em 2012 para 13% em 2016 ($p < 0,001$). Os autores concluíram que a testagem de parceiros no PMTCT na Nigéria permaneceu baixa nesse período de cinco anos, enquanto a taxa de sorodiscordância parece estar em declínio (OLAKUNDE et al., 2018).

A fim de qualificar as informações sobre a implementação das indicações globais para o tratamento antirretroviral em adolescentes e adultos, incluindo grávidas, um estudo analisou dados de prontuários clínicos de gestantes HIV+, acompanhadas entre 2001 e 2015 em clínicas hospitalares ou universitárias, dentro de uma coorte nacional italiana. O período de estudo foi dividido em três intervalos de cinco anos cada (2001-2005, 2006-2010, 2011-2015), e a análise avaliou, dentre outras coisas, as tendências temporais nas taxas de diagnóstico de HIV na gravidez e a prevalência

de infecção pelo HIV entre parceiros de gestantes HIV+. Esta análise incluiu 2.755 gestações em mulheres HIV+. Durante os três intervalos de tempo considerados, a taxa de diagnóstico do HIV na gravidez (23,3%) e a distribuição do HIV entre os parceiros masculinos (48,7% HIV-negativos, 28,6% HIV-positivos e 22,8% desconhecidos) permaneceram substancialmente inalteradas. Os autores ressaltaram que cerca de metade das gestações ocorreram num contexto de casais HIV-sorodiscordantes (parceiro HIV-), sinalizando a necessidade de testagem para HIV não apenas em mulheres que planejam engravidar ou que estejam no início da gravidez, mas também nos seus parceiros (FLORIDIA et al., 2017).

Kirbak e colaboradores executaram o primeiro estudo sobre a epidemiologia da infecção por Hepatite B na recém-formada República do Sudão do Sul, onde não existia um rastreio universal para HBsAg nas gestantes, e os recém-nascidos expostos não eram imunizados contra a infecção pelo HBV ao nascer. O mesmo foi concebido para estimar a prevalência da infecção pelo HBV entre usuárias dos serviços pré-natais do Hospital Universitário de Juba, que residissem no município por pelo menos um ano antes da gravidez. Para tanto, realizaram um estudo transversal de dezembro de 2012 a março de 2013. Os casos de hepatite B deveriam ser positivos para HbsAg e confirmados por ELISA. Os autores encontraram uma prevalência de HBsAg+ de 11%. Do total de amostras testadas, 36% foram consideradas indeterminadas, 27,1% naturalmente imunes, 23% suscetíveis e 1,8% imunes devido à vacinação (KIRBAK et al., 2017).

Durante o período de 2005 a 2012 foram analisados todos os casos de sífilis detectados no pré-natal e período periparto de uma grande maternidade de Dublin na Irlanda. Foram consultados os registros de dados demográficos, pré-natal, exames laboratoriais (incluindo coinfeções), sorologia de parceiros, tratamento, dados relativos ao parto e aos recém-nascidos. De 66.038 mulheres atendidas durante esses 8 anos, 194 tiveram sorologia positiva para sífilis, das quais 182 completaram a gravidez na instituição, representando uma prevalência de 0,28%. Trinta e duas mulheres foram co-infectadas com o HIV, hepatite B ou hepatite C. Quando possível, cônjuges de mulheres eram testados para sífilis. Ao todo, 167 parceiros foram testados. Dezoito (10,8%) deles apresentaram sorologia positiva para sífilis, dos quais oito tinham sorologias sugerindo doença infecciosa precoce. Houve um caso de re-infecção durante a gravidez e um caso sugestivo de sífilis congênita. O estudo

concluiu que aquela população apresentava uma prevalência relativamente alta da infecção. Além disso, destacaram a relevância do re-teste de grupos de alto risco e o rastreamento definitivo da sorologia do cônjuge (MCGETTRICK et al., 2016).

Um estudo africano avaliou a taxa de sorodiscordância do HIV e os fatores associados entre mulheres grávidas HIV+ e seus parceiros durante um período de 9 anos em uma clínica de prevenção da TV do HIV de Lagos, na Nigéria. Foram selecionadas 4.435 gestantes HIV+, das quais 83,7% revelaram ao parceiro o resultado do seu teste. Desses 3.712 casais, o status de HIV do homem foi conhecido em 83,3% dos parceiros, dos quais 2.065 (66,8%) homens eram HIV- e 1.027 (33,2%), eram HIV+. Em conclusão, foi possível aferir uma taxa de sorodiscordância (gestante HIV+ e parceiro HIV-) de 66,8%. Os autores concluíram que a percepção de que os homens são os casos-índice da infecção nas mulheres não é apoiada pelas evidências deste estudo e recomendaram o rastreamento de homens e mulheres para reduzir a transmissão do HIV dentro de um relacionamento estável. Além disso, ressaltaram a importância de ser melhor estudada a transmissão mulher positiva para homem negativo. Finalmente, questionaram a validade externa do estudo já que incluiu apenas gestantes HIV+ (UJAH; EZECHI; OHIHOIN, 2015).

Um estudo nigeriano teve como objetivo verificar, entre as gestantes HIV+ inscritas no programa de prevenção da TV do HIV e os seus parceiros, a prevalência da sorodiscordância, a revelação do status HIV ao companheiro e associações entre os determinantes suspeitos e a sorodiscordância. Para tanto, os autores realizaram uma avaliação retrospectiva dos dados referentes a gestantes HIV+, usuárias de 62 serviços de saúde representativos de cinco das seis zonas geopolíticas da Nigéria. Com relação aos registros de 544 gestantes HIV+ e seus parceiros, foi encontrada uma taxa de sorodiscordância de 52% (gestante HIV+ e parceiro HIV-). Proporção similar de gestantes (99%) recebeu testes e concordou em divulgar o status para seus parceiros. Significativamente, 87% dos pacientes em relações concordantes positivas para o HIV pareciam ser sintomáticos (estágio clínico 3 ou 4 da OMS) em comparação com 13% em relacionamentos sorodiscordantes para o HIV ($p < 0,003$). Os autores concluíram que o estadiamento clínico da OMS poderia ser um melhor preditor da sorodiscordância para o HIV. Além disso, aconselharam que testes e notificações precoces dos parceiros poderiam evitar a soroconversão (ONOVO et al., 2015).

Com o objetivo de verificar a cobertura do teste anti-HIV durante o pré-natal e estimar a prevalência da infecção pelo HIV durante a gestação no Brasil, foi realizado um estudo transversal de base populacional no período de 2011 a 2012. Este foi um estudo nacional de base hospitalar com 23.894 mulheres e dados oriundos de entrevistas com mães durante a hospitalização pós-parto, de arquivos médicos hospitalares e de cartões de pré-natal. Todas as gestantes com resultados sorológicos positivos para a infecção pelo HIV em seus cartões ou com diagnósticos dessa infecção durante a internação para o parto foram consideradas casos de infecção pelo HIV. Foram investigados fatores associados à prevalência da infecção pelo HIV e à realização de pelo menos um teste de HIV durante a gravidez. Como resultado, os autores encontraram que entre as mulheres com cartão de pré-natal, a cobertura de testagem para infecção pelo HIV foi de 81,7% e a prevalência de infecção pelo HIV foi de 0,4% (DOMINGUES et al., 2015).

Com o objetivo de estimar a prevalência e investigar os fatores associados à sífilis em parturientes no Brasil, foi realizado um estudo transversal, de abrangência nacional e com representatividade regional. O mesmo incluiu mulheres de 15 a 49 anos de idade, em parto no sistema público e conveniado de saúde entre janeiro de 2010 e dezembro de 2011. A triagem foi baseada em TR treponêmico e a confirmação diagnóstica, através do VDRL e testes treponêmicos adicionais. Foram obtidas informações de 36.713 mulheres e a prevalência nacional de sífilis foi de 0,89%. Já nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, a prevalência foi de 1,05%, 1,14%, 0,73%, 0,48% e 1,20%, respectivamente. Das mulheres diagnosticadas durante as consultas de pré-natal, 53,1% ainda estavam infectadas no parto. Os autores concluíram que houve redução na prevalência de sífilis no Brasil, embora fosse evidente a associação da doença à desigualdade regional. Como limitação do estudo, não foram consideradas mulheres admitidas para curetagem pós-abortamento, embora a sífilis seja uma causa conhecida de abortamento (CUNHA; MERCHAN-HAMMAN, 2015).

Um estudo tailandês descreveu os resultados de um programa piloto de aconselhamento e testagem para casais que foi implementado em 16 hospitais de sete províncias do país durante os anos de 2009 e 2010. Dados transversais foram coletados de formulários padronizados de todos os casais que se apresentaram na primeira consulta de pré-natal. De outubro de 2009 a abril de 2010, 4.524 mulheres

foram inscritas. Destas, 2.089 (46%) foram acompanhadas dos parceiros. Entre os homens que se apresentaram, 96% receberam aconselhamento e 86% aceitaram o teste de HIV. Entre 1.723 casais testados para o HIV, 93% retornaram para o aconselhamento pós-teste. Destes, 1.567 (98%) eram concordantes negativos, 6 (0,4%) eram concordantes positivos e 17 (1%) eram discordantes para o HIV (10 mulheres + / homens- e 7 homens + / mulheres-). Desta forma, pode-se inferir uma taxa de sorodiscordância de 1%. Os autores concluíram que o programa implementado ajudou a identificar mais homens HIV-positivos cujas parceiras foram negativas do que a prática anterior. Quanto a limitações do estudo, eles referiram a amostra de conveniência, a qual abrangia apenas 50% do total de mulheres grávidas nos locais participantes (LOLEKHA et al., 2014).

Com o objetivo de avaliar a prevalência da sífilis e os fatores de risco relacionados, foi conduzido um estudo transversal no Hospital Universitário de Gondar, na Etiópia. Para tanto, selecionaram 2.385 gestantes que frequentavam os cuidados pré-natais no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. Do total, 2,9% gestantes foram confirmadas como positivas para sífilis. Esta taxa foi de 3,2% nas gestantes urbanas a 2,2% nas rurais. O autor concluiu que, em comparação com estudos de outros autores, a prevalência da sífilis estava em declínio no hospital pesquisado, sendo importante, entre outras ações, o acompanhamento, notificação e tratamento de parceiros expostos à sífilis (ASSEFA, 2014).

Com o objetivo de determinar a incidência de HIV entre mulheres no pós-parto e os fatores de risco associados, uma coorte prospectiva no Sul de Moçambique foi acompanhada por 18 meses. Um total de 1.221 mulheres HIV-negativas (em testes no parto ou dois meses após o parto) foram recrutadas e seguidas no período de março de 2008 a julho de 2011. A cada três meses eram realizados um TR de HIV, a coleta de amostras de sangue seco para confirmação de um exame positivo e a administração de um questionário. Teste infantil por PCR foi feito o mais rapidamente possível após a identificação de uma nova mulher HIV+. Os dados de 957 mulheres com dados de pelo menos um follow-up foram analisados, com acompanhamento médio de 18,2 meses. A incidência de HIV em mulheres no pós-parto foi estimada em 3,20/100 mulheres-ano. Das novas infecções, 34% foram identificadas nos primeiros seis meses pós-parto, 27% entre seis e 12 meses e 39%, entre 12 e 18 meses pós-parto. A TV foi de 21% entre as mulheres recém-infectadas. Concluíram que a

incidência de HIV é alta entre as mulheres que amamentam no sul de Moçambique, contribuindo para o aumento do número de crianças HIV+. Repetir o teste durante o pré-natal poderia não ser suficiente para reduzir o número de infecções infantis após o parto visto que 39% das infecções ocorreu entre 12 e 18 meses pós-parto. Daí a importância da testagem de parceiros para a identificação de casais sorodiscordantes, tanto para o uso da TARV no homem HIV+, quanto para a PrEP da mulher HIV- com parceria HIV+ (SCHACHT et al., 2014a).

A fim de estimar a incidência de HIV durante a gestação e fatores de risco que influenciariam o teste de HIV do parceiro, foi conduzido um estudo de método misto no sul de Moçambique. Entre abril de 2008 e novembro de 2011, uma coorte prospectiva de 1.230 gestantes HIV negativas foi seguida durante a gravidez. Um questionário estruturado e testes de HIV foram realizados em 2 a 3 visitas agendadas. A taxa de incidência do vírus foi estimada em 4,28/100 mulheres-ano. Dezenove por cento das mulheres relataram que seu parceiro tinha feito o teste do HIV (93% sabiam o resultado com 8/213 indicando um parceiro soropositivo). Assim, no credenciamento das gestantes, a taxa de sorodiscordância referida era de aproximadamente 4%. Das 14 soroconversões, apenas uma relatou estar em relacionamento sorodiscordante. O medo de discriminação ou estigma foi relatado como uma barreira chave para o teste masculino de HIV, enquanto conhecer a importância de fazer o teste e receber cuidados foram os principais motivadores. Os autores concluíram que a incidência do HIV durante a gravidez é alta no sul de Moçambique, mas o conhecimento do estado de HIV dos parceiros permanece baixo (SCHACHT et al., 2014b).

Um grupo de pesquisadores acompanhou uma coorte prospectiva para avaliar a aceitabilidade de testes de HIV em parceiros sexuais masculinos de gestantes HIV-frequentadoras de pré-natal em dois hospitais de Porto Alegre, Brasil. Durante 14 meses, elas foram incentivadas a levar seu parceiro sexual estável para aconselhamento e testagem voluntária de HIV. As mulheres foram entrevistadas novamente após o parto para medir o sucesso da intervenção. Cinquenta e quatro por cento dos parceiros das 1.223 gestantes HIV- deste estudo receberam testes de HIV durante o pré-natal, e 4 (0,6%) foram diagnosticados com infecção pelo vírus. O motivo mais comum fornecido pelas mulheres para explicar por que os parceiros não compareceram para o teste foi o trabalho (69%) e a falta de percepção de risco (14%). Os autores concluíram que o teste do parceiro durante o pré-natal seria aceitável,

tornando esta intervenção atraente para programas de saúde pública visando à prevenção de IST (YEGANEH et al., 2014).

A testagem masculina para o HIV no Quênia estava sendo considerada ineficiente e alguns autores afirmaram que poderia ser potencializada com visitas domiciliares. Neste estudo, as gestantes atendidas nas primeiras consultas de pré-natal que não estavam acompanhadas dos parceiros, foram randomizadas para visitas domiciliares ou convites por escrito endereçados aos seus cônjuges, convidando-os para irem à clínica. Após seis semanas, entre os dois grupos, foram comparados: prevalência da testagem, soropositividade masculina para o HIV, sorodiscordância conjugal e violência por parceiro íntimo - relatada como ameaça física por parte do parceiro. Ao todo, 300 mulheres foram randomizadas para as duas opções estudadas, com uma prevalência de 16% de infecção pelo HIV. O braço domiciliar apresentou maior número de testagem e aconselhamento do casal (85% versus 36%; $P < 0,001$), e identificou mais homens HIV+ (12,0 vs. 8,0%). A sorodiscordância ao HIV identificada foi 15,9% (15 mulheres HIV-/parceiros HIV+; 14 mulheres HIV+/parceiros HIV-), e a diferença não foi significativa entre os dois braços. O texto cita como limitação a exclusão das gestantes sem relacionamento estável, as quais poderiam estar sob maior risco de contaminação pelo HIV. Foi concluído que as visitas domiciliares pareciam seguras e resultaram em maior testagem de parceiros (OSOTI et al., 2014).

Com o objetivo de determinar a carga da infecção materna e neonatal pelo HBV, foi realizado um estudo transversal entre julho e setembro de 2012 em dois serviços de saúde de Addis Ababa, na Etiópia. Cada gestante era submetida a uma entrevista e à coleta de amostras de sangue materno e de seus correspondentes cordões umbilicais. O HBsAg foi detectado através de imunoensaio. De 265 parturientes incluídas no estudo, 3,0% eram HbsAg+, enquanto 2,3% dos sangues de cordão eram positivos, com uma taxa de 75% de concordância de crianças expostas e mães soropositivas. No entanto, apenas um caso positivo materno foi observado para o teste HbeAg. Os autores refletiram que, embora a taxa de positividade materna tenha sido baixa, a taxa de positividade em sangue do cordão umbilical foi similar à das mães infectadas, concluindo-se que a triagem de gestantes e a vacinação de bebês poderiam ajudar a reduzir a TV (TEGEGNE et al., 2014).

Dados relativos a 10 anos de atividade do programa nacional de prevenção da TV do HIV (PMTCT) em 24 unidades de saúde da sub-região de Archoli, no norte de Uganda, foram apresentados em estudo de 2013. A região é uma zona com conflitos armados e com uma das maiores taxas de natalidade do mundo. Das 140.658 mulheres que receberam atendimento pré-natal de 2002 a 2011, 94,4% receberam testagem e aconselhamento para o HIV, sendo encontrada uma prevalência da doença de 6,2% para gestantes e 6,8% para os parceiros, sem variação significativa durante o período. O teste de HIV e o aconselhamento de parceiros masculinos de gestantes testadas aumentaram de forma constante de 5,9% em 2002 para 75,8% em 2011. No geral, 79,0% das mulheres HIV+ iniciaram a profilaxia anti-retroviral. Em relação às crianças expostas ao HIV, a prevalência naquelas com idade igual ou inferior a 18 meses diminuiu significativamente de 10,3% em 2004 para 5,0% em 2011. Os autores concluíram que o PMTCT conseguiu melhorar os resultados, apesar da insegurança relacionada à zona de conflito e às precárias condições de trabalho que prevaleceram nessa área até 2006 (BANNINK-MBAZZI et al., 2013).

Um grupo de autores realizou estudo transversal no Hospital Conceição em Porto Alegre, Brasil, sugerindo que o período periparto é uma interessante oportunidade para o teste de HIV de casais. TR de HIV foi oferecido a todas as grávidas em trabalho de parto e aos parceiros masculinos estáveis - com 3 ou mais meses de relacionamento - daquelas que consentiram na inclusão do companheiro no estudo. Além disso, nos casais sorodiscordantes para o vírus, indivíduos HIV-negativos foram avaliados para o alelo de deleção delta-32 do par de bases CCR5. Assim, de fevereiro a setembro de 2009, 1.729 gestantes HIV negativas foram elegíveis para participação no estudo; 95% delas consentiram no teste do parceiro e 66% deles aceitaram o exame. A prevalência de HIV nos parceiros foi 0,6%. As estratégias de teste revelaram outros sete casais sorodiscordantes: quatro mulheres HIV+ diagnosticadas no parto e três homens HIV+ em uso de TARV e que não haviam revelado previamente seu status às parceiras. Com isso, revelou-se uma taxa total de sorodiscordância de 1,3% em 1.101 casais. A principal razão para o parceiro não participar parecia ser indisponibilidade, ao invés de recusa. Os autores concluíram que o teste de casais no momento do trabalho de parto é uma estratégia de saúde pública viável em áreas de moderada a alta prevalência do HIV, o que pode potencialmente prevenir infecções agudas em homens, mulheres e crianças. Como

limitações do estudo, foram citados alguns critérios de inclusão, cuja aplicação refletiu-se numa perda de 16%, além de uma limitação de recursos, que impediu a seleção de participantes após determinadas horas ou nos finais de semana, levando, esse item especificamente, a uma perda de 24% (MELO et al., 2013).

A fim de analisar a prevalência e fatores sociodemográficos, comportamentais e institucionais associados à sífilis em parturientes, um estudo transversal foi conduzido de junho a setembro de 2010, com uma amostra de 222 parturientes, em maternidades públicas de Fortaleza, no Brasil. A prevalência de sífilis foi de 7,7%. Os autores concluíram que o estudo permitiu identificar uma alta prevalência da doença. No entanto, ponderaram que os resultados precisariam ser interpretados com cautela, já que apenas o VDRL não estabeleceria o diagnóstico de sífilis, embora o Ministério da Saúde recomende o tratamento de toda gestante com VDRL positivo, independentemente da titulação (ARAÚJO et al., 2013).

Um grupo de colaboradores brasileiros planejou determinar a prevalência periparto de infecção por sífilis e pelo HIV, fatores de risco associados e a taxa de TV do HIV em gestantes de Salvador, no Brasil. Para tanto, realizaram um estudo transversal com gestantes admitidas para parto em maternidade de referência entre maio de 2008 e março de 2009. Os recém-nascidos de mães HIV+ foram testados para detectar o DNA do HIV. Um total de 3.300 gestantes foram avaliadas, revelando-se uma prevalência de sífilis de 0,51%, e de HIV de 0,84%. Houve evidências indicando que as mulheres com sífilis foram infectadas por seus parceiros sexuais estáveis. Das gestantes que já se sabiam HIV+ previamente ao parto, apenas 46% receberam TARV durante o pré-natal. Nenhum caso de TV do HIV foi detectado, mas 25% das crianças nascidas de mães HIV+ foram perdidas durante o acompanhamento. Os autores concluíram que a prevalência periparto de sífilis e HIV entre gestantes foi baixa. Uma potencial limitação seria a avaliação de apenas um hospital de Salvador, embora a maternidade de estudo seja o principal centro público de referência para o atendimento periparto na cidade. A perda de acompanhamento de um quarto das crianças expostas limitou consideravelmente as conclusões do estudo (NÓBREGA et al., 2013).

Um estudo transversal foi conduzido para determinar a tendência do HIV entre as gestantes que frequentavam o pré-natal do Hospital Bishoftu, na Etiópia, de janeiro

de 2006 a junho de 2010. De um total de 7.887 gestantes, a prevalência do HIV foi de 5,4%. Houve um declínio nessas taxas de 8,3% em 2006 para 4,3% em 2010. Um total de 1.247 mulheres grávidas foram testadas em conjunto com o parceiro. Destes casais, 92% eram casais concordantes negativos para o HIV; 3,1% eram concordantes positivos e 4,9% foram casais sorodiscordantes (2,4%: mulheres HIV+/homens HIV-, 2,5%: homens HIV+/mulheres HIV-). Os autores concluíram que houve um declínio na prevalência do HIV durante o período, embora um número relativamente mais elevado de pessoas infectadas pelo HIV estavam vivendo em uma parceria sorodiscordante. Como limitação deste estudo pode-se citar um possível viés de seleção da população: isto é, as mulheres que visitaram o serviço de pré-natal poderiam prestar mais atenção à sua saúde e ter diferentes características socioeconômicas do que as mulheres que não o faziam (CHERINET et al., 2013).

Dados de todas as gestantes HIV+ que receberam cuidados pré-natais de janeiro de 2006 a janeiro de 2011 numa clínica de Houston, nos Estados Unidos da América, foram avaliados em estudo de coorte retrospectivo. Das 212 gestantes HIV+ identificadas, cerca de 40% tinham um parceiro sorodiscordante e 34% tinham um parceiro com um status de HIV desconhecido. Segundo os autores, os dados indicaram que as relações sorodiscordantes são comuns na população pesquisada. Taxas de revelação do status HIV abaixo do ideal foram observadas, especialmente entre as mulheres que tinham um parceiro com um status desconhecido. Devido a características específicas dos participantes, a generalização dos resultados para outras populações do país não foi recomendada (NACIUS et al., 2013).

Um estudo transversal em seis populações indígenas da Bacia Amazônica peruana teve como propósito avaliar a prevalência e os fatores associados à hepatite B, sífilis e HIV em gestantes e parceiros masculinos. Amostras de sangue foram obtidas e testadas para HbsAg, anti-HBc, para sífilis (RPR e TPPA) e para HIV (ELISA e teste de imunofluorescência indireta). Mil duzentos e cinquenta e uma gestantes e 778 parceiros do sexo masculino foram incluídos no estudo. As prevalências em gestantes e parceiros masculinos foram, respectivamente: anti-HBc: 42,06% e 54,09%; HBsAg: 2,11% e 3,98%; sífilis: 1,60% e 2,44%; e HIV: 0,16% e 0,29%. Evidenciou-se que a sífilis em gestantes tem endemicidade acima do nível nacional, podendo ser indicativo de alta TV. Os autores referiram que o estudo teve suas limitações. Diferentes testes de ELISA foram utilizados em diferentes laboratórios, o

que pode ter introduzido um viés de mensuração. O método de amostragem limitou a capacidade de representar a população estudada, e o número de parceiros masculinos que concordou em participar foi menor do que o esperado (778 homens x 1.251 mulheres), o que pode ter introduzido um viés de seleção. Os autores finalizam o artigo referindo que os resultados expressam uma elevada vulnerabilidade das populações indígenas a estas doenças, especialmente sobre o HBV, o qual, devido à ampla distribuição nas populações indígenas estudadas, poderia representar um sério risco para sua sobrevivência (ORMAECHE et al., 2012).

Com o objetivo de estimar a prevalência e os fatores de risco para HIV, HBV e sífilis em gestantes na ilha de Mayotte, no Oceano Índico, foi realizado um estudo transversal com 671 gestantes em 11 clínicas de pré-natal, entre 15 de setembro de 2008 e 27 de setembro de 2009. Nenhum caso de infecção pelo HIV foi detectado. A prevalência do HbsAg e da sífilis ativa (definida como um resultado positivo nos testes de TPPA) foi de 3,4% e 2,1%, respectivamente. Em relação à imunidade para hepatite B, 42,6% das mulheres apresentaram anti-HBs+. Os autores referiram possíveis limitações do estudo, dentre elas a seleção apenas das gestantes que compareceram ao pré-natal. Concluíram que a baixa prevalência de HIV e a alta prevalência de IST entre as gestantes de Mayotte confirmaram o chamado "paradoxo do Oceano Índico", e citaram hipóteses para a baixa prevalência do HIV: reduzido uso de drogas intravenosas, pouca frequência de homossexualidade, virulência atenuada de cepas de HIV e baixa suscetibilidade genética natural à infecção (SAINDOU et al., 2012).

Por meio de um estudo multicêntrico transversal, foram avaliados a prevalência e fatores de risco associados à sífilis entre pacientes de três clínicas de pré-natal de Karachi, no Paquistão. Durante 6 semanas de 2007, foram entrevistadas 800 gestantes, as quais foram testadas para sífilis (RPR com confirmação por TPPA). Houve sete casos confirmados de sífilis - prevalência de 0,9% -, com uma taxa de recusa menor do que 1%. As mulheres que viviam em uma área onde o uso de drogas masculinas é prevalente, tiveram taxas de prevalência 1,5% maiores do que as dos outros dois locais. A ausência de participantes de zonas rurais é citada como uma possível limitação do estudo. Os autores concluíram que a prevalência da sífilis foi maior do que o esperado e sugeriram a triagem universal para sífilis em clínicas pré-natais, com subsequente notificação dos parceiros (SHAH et al., 2011).

Um artigo de 2008 sugeriu que uma parcela de novas infecções por HIV em países africanos estaria associada ao vírus herpes simples tipo-2 (HSV-2). Com o objetivo de determinar a prevalência de HSV-2, sífilis e fatores associados entre as gestantes, os autores utilizaram informações e amostras dos soros coletados de 1.296 grávidas que participavam de um estudo maior, as quais consultavam em seis clínicas de pré-natal de Manyara e Singida, na Tanzânia, no período entre novembro de 2003 a abril de 2004. A prevalência de HIV foi estimada em 2%. No presente estudo, as prevalências foram as seguintes: HSV-2: 20,7% e sífilis: 1,6%. Os autores concluíram que a baixa prevalência da infecção pelo HIV ofereceria uma oportunidade única para fortalecer a prevenção desse vírus de maneira econômica. A identificação e o controle de outras IST curáveis prevalentes, além da sífilis, e a intervenção específica do HSV-2 em gestantes seriam uma boa abordagem para a prevenção de infecções incidentes pelo HIV (YAHYA-MALIMA et al., 2008).

Um grupo de pesquisadores determinou a prevalência de HIV, HSV-2 e sífilis em parceiros sexuais masculinos de gestantes no Peru. Os dados foram coletados de 1.835 parceiros homens de gestantes em quatro cidades costeiras do Peru. Entre eles, a prevalência do HIV foi de 0,8%, HSV-2: 16,0% e sífilis: 1,6%. O estudo demonstrou que parceiros sexuais das gestantes tiveram uma elevada prevalência de HSV-2, demonstrando o potencial para espalhar o HIV e outras IST para sua parceria sexual (CLARK et al., 2008).

Um estudo transversal em Entebbe, na Uganda, teve por finalidade descrever a aceitação dos testes de rotina de HIV e sífilis aplicados em casais em um programa de prevenção da TV do HIV. Além disto, os autores analisaram os resultados dos testes aplicados de maio de 2002 a janeiro de 2006. Neste programa, o teste de HIV somente era realizado se a gestante autorizasse, enquanto o teste de sífilis era rotineiro. Do total de 20.738 gestantes, 75,3% das mulheres e apenas 1,8% dos parceiros aceitaram testar para o HIV; e 98,6% das mulheres e apenas 1,1% dos parceiros testaram para sífilis. A prevalência do HIV foi de 12,6% para mulheres e 10,8% para homens; e de sífilis foi de 4,0% para mulheres e 6,2% para homens. Dos 200 casais cujos parceiros testaram para o HIV, 9,5% eram discordantes para o vírus. Quando considerados todos os casais nos quais houvesse uma pessoa HIV+, 65,5% eram discordantes para o HIV. Os autores concluíram que a aceitação dos testes de HIV e sífilis foi boa entre as mulheres grávidas, mas muito baixa entre os parceiros, e

a sorodiscordância para o HIV era alta. Por fim, refletiram que as clínicas deveriam ser mais amigáveis aos casais e ressaltaram o fato de que a discordância ocorreu igualmente em ambas as direções, enfatizando a importância da testagem do casal (KIZITO et al., 2008).

A fim de estimar a prevalência do HIV e identificar comportamentos sexuais de alto risco para a infecção um estudo transversal foi realizado em gestantes que receberam assistência pré-natal em 27 municípios do sul do Brasil no ano de 2003. A pesquisa foi baseada em registros de 8.002 gestantes (25% das gestantes de todos os municípios) que realizaram testes anti-HIV em um centro de testagem e aconselhamento. As mulheres que procuraram os centros para confirmação de sorologia prévia ou foram encaminhadas para este serviço devido à presença de sintomas de Aids foram excluídas da base de dados. A prevalência de HIV foi 0,5%. A maioria das mulheres foi exposta através de relações sexuais desprotegidas com o único parceiro com quem mantinham um relacionamento estável. Os autores concluíram que o Sistema de Informações dos Testes e Aconselhamento mostrou-se útil para a vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV e comportamentos de alto risco entre gestantes. Como limitação do estudo, citaram o possível viés relacionado à confiança nas respostas dos participantes para perguntas sobre comportamento (CARDOSO et al., 2007).

Um estudo cubano teve por objetivo explorar as razões da baixa prevalência da doença no país. Os dados foram obtidos do programa nacional sobre a doença estabelecido em 1983, o qual inclui extensa testagem de HIV para adultos, inclusive testes de todas as gestantes, com casos registrados desde 1986. PVHIV são entrevistadas sobre o seu comportamento sexual e parceiros, os quais são rastreados e convidados a testarem para o HIV. Em 2005, a prevalência entre as mulheres grávidas foi de 1,2 por 10.000 (16/137000). Setenta e sete por cento dos adultos HIV+ eram homens que mantinham relações sexuais com homens (HSH), e a maioria das mulheres HIV+ referiu ter tido relações sexuais com HSH. Os autores concluíram que os HSH conduziam a epidemia do HIV em Cuba e a extensa política de testagem do HIV poderia ser importante na explicação da baixa prevalência do vírus no país (ARAZOZA et al., 2007).

Com o objetivo de avaliar a aceitação do aconselhamento e teste rápido de HIV e determinar os fatores de risco associados à doença em gestantes, um estudo transversal foi conduzido em Baja California, no México. Foram utilizados TR de HIV, imunoensaio enzimáticos confirmatórios e Western blot. De março a novembro de 2003, 92,5% das 1.653 mulheres que procuraram atendimento pré-natal e 95,2% das 1.122 mulheres em trabalho de parto consentiram em participar. A prevalência do HIV foi significativamente maior entre as mulheres rastreadas durante o trabalho de parto (1,12%) em comparação com as que procuraram atendimento pré-natal (0,33%). Os autores concluíram que os resultados indicavam uma ampla aceitação do aconselhamento e testagem do HIV (VIANI et al., 2006).

Lassey e colaboradores realizaram um estudo transversal em Gana, a fim de determinar a taxa de portadoras do vírus da hepatite C entre parturientes, além de pesquisar características sociodemográficas. Para tanto, selecionaram aleatoriamente mulheres que tiveram nascidos-vivos únicos de 1º de março a 30 de setembro de 2001. Um questionário estruturado foi utilizado por assistentes de pesquisa para coleta de dados médicos e sociodemográficos. Amostras de sangue materno foram coletadas para a realização do teste para o HCV. Das 638 gestantes, 2,5% apresentaram teste anti-HCV+, e a prevalência de HIV foi de 2,7%. O estudo concluiu que a prevalência de HCV encontrada neste estudo está perto do topo da faixa encontrada em populações de gestantes não selecionadas de outras partes do mundo (LASSEY et al., 2004).

Um grupo de pesquisa sobre sífilis congênita realizou investigação a respeito dos fatores associados à sorologia positiva para sífilis em puérperas atendidas em 24 centros estaduais de saúde credenciados pelo Programa Nacional de IST e Aids, no Brasil. Este estudo transversal incluiu uma amostra aleatória probabilística de 3.047 puérperas admitidas para parto ou curetagem nos centros selecionados. Após uma coleta de informações demográficas e clínicas, foi realizado o teste de VDRL. Os VDRL+, foram confirmados com o teste de FTA-Abs. A prevalência de sífilis encontrada foi de 1,7%. Apenas 43% das mulheres tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, e apenas 3% realizaram um teste de VDRL durante o primeiro trimestre da gravidez e outro VDRL durante o terceiro trimestre, como recomendado pelo Ministério da Saúde. Segundo os autores, o estudo demonstrou a importância da sífilis congênita

no Brasil e revelou falhas relacionadas às ações de prevenção e controle da doença no país (RODRIGUES et al., 2004).

Um estudo inglês teve por finalidade determinar a prevalência do HCV entre gestantes, avaliar o risco não injetável, particularmente sexual, de serem infectadas pelo HCV, além do impacto potencial da triagem pré-natal seletiva. Foram executados testes anônimos de Anti-HCV em soros residuais de espécimes enviados ao laboratório para testes sorológicos de rotina, e os resultados foram vinculados a informações de risco não identificáveis. Para tanto, foram selecionadas gestantes de uma clínica pré-natal e mulheres submetidas à interrupção da gravidez em 1997, em um Hospital de Dundee, Reino Unido. A prevalência geral do vírus da hepatite C foi de 0,6%. Entre os subgrupos, as prevalências foram: usuárias de drogas injetáveis: 41%, não-usuárias que tiveram parceiro sexual que era usuário: 15%, e aquelas que não tiveram risco: 0,3%. Estima-se que uma das gestantes da clínica pré-natal deu à luz a uma criança infectada. Os resultados sugeriram que as mulheres não usuárias, mas com parceiros usuários de drogas injetáveis poderiam estar em risco considerável de adquirir sexualmente o HCV. Além disto, a triagem seletiva do HCV em mulheres que relataram comportamento de alto risco não teria detectado metade dos casos (GOLDBERG et al., 2001).

Um grupo de autores realizou estudo em sete hospitais de La Paz, El Alto e Cochabamba, na Bolívia, de junho a novembro de 1996. Seus objetivos eram, dentre outros, determinar a prevalência de sífilis materna no momento do parto e os fatores de risco associados, além de determinar a prevalência de sífilis congênita. Todas as mulheres que tiveram filhos nascidos vivos ou natimortos nos referidos hospitais participantes no período do estudo foram elegíveis. Um exame positivo para sífilis no momento do parto foi encontrado em 4,3% das mães de nascidos vivos e 26% das mães de natimortos. Enquanto 76% das gestantes receberam cuidados pré-natais, apenas 17% realizaram testes de sífilis durante a gravidez; 91% das amostras de soro que foram reativas aos testes de RPR, também foram reativas ao teste de FTA-Abs. A infecção por sífilis congênita foi confirmada por testes laboratoriais em 15% dos 66 bebês nascidos de mulheres com testes RPR e FTA-Abs positivos. Os autores concluíram que um programa de prevenção da sífilis congênita na Bolívia poderia reduzir substancialmente a doença nos recém-nascidos. Citaram algumas limitações do estudo tais como, inclusão apenas de partos hospitalares, o que representava 60%

dos locais de parto da época; a baixa taxa de participação de gestantes em alguns hospitais; e ausência de mulheres com partos prematuros, devido à urgência dos atendimentos (SOUTHWICK et al., 2001).

O objetivo do estudo de um estudo africano foi determinar a aceitabilidade do aconselhamento e testagem do HIV em Dar es Salaam, Tanzânia. O teste de HIV foi oferecido a todas as gestantes que visitaram três clínicas pré-natais antes de 34 semanas de gestação. Aconselhamento pré-teste individual ou em grupo foi realizado duas semanas depois, por parteiras treinadas, às mulheres que desejavam saber o seu estado de HIV. O diagnóstico de HIV foi baseado em dois imunoenaios sequenciais anti-HIV. Um total de 10.010 gestantes concordaram em ser testadas de junho de 1996 a maio de 1998. A prevalência da infecção pelo HIV foi de 13,7%. No geral, 68,1% retornaram para conhecer seus resultados. Apenas 16,7% das mulheres inscritas revelaram o seu status sorológico positivo para os seus parceiros sexuais. As principais razões para a não revelação foram medo do estigma, violência doméstica e divórcio. Sessenta por cento (29/48) dos parceiros sexuais informados concordaram em fazer o teste para o HIV e 69% tiveram resultado positivo para o HIV. Em relação a esses 29 casais, foi identificada uma sorodiscordância de 31%. Os autores concluíram que as informações do estudo seriam úteis no planejamento de programas de prevenção da TV do HIV e enfatizaram que a testagem dos parceiros seria uma estratégia importante (KILEWO et al., 2001).

A prevalência e a epidemiologia da infecção pelo HCV foram avaliadas em gestantes na região do Tamisa do Norte e no Reino Unido. Os dados demográficos foram ligados a amostras neonatais antes da anonimização e teste pelo imunoenso anti-HCV, com a confirmação do teste RIBA 3. As prevalências específicas da área foram multiplicadas em tamanhos populacionais para estimar a prevalência de HCV em gestantes no Reino Unido. Um total de 241/126.009 amostras foram anti-HCV+ confirmadas, e outras 40 foram indeterminadas, representando uma prevalência de 0,19-0,22%. Dessas amostras anti-HCV+, 1,7% também eram HIV+. Estimou-se que a cada ano cerca de 1.150 de 730.000 gravidezes no Reino Unido envolveriam uma mulher infectada com HCV, uma prevalência de 0,16%. Os autores concluíram que, com base nas taxas relatadas de TV do HCV, isso representaria aproximadamente setenta infecções pediátricas pelo HCV por ano (ADES et al., 2000).

Um estudo conduzido em Campinas, no Brasil, teve por objetivo determinar a prevalência e os fatores de risco associados à infecção pelo vírus da hepatite C em gestantes no momento do parto, além de avaliar o potencial de infectividade de mulheres com teste positivo para anti-HCV. Para tanto, 6.995 mulheres foram entrevistadas e selecionadas para a testagem no hospital universitário da Universidade Católica, de janeiro de 1994 a julho de 1998. A prevalência de anti-HCV+ foi de 1,5% pelo teste EIA-3 e 0,8% pelo RIBA-3; O RNA do HCV (PCR) foi detectado em 74% das amostras positivas para RIBA. Em contraste com outros estudos, foi determinada baixa exposição parenteral clássica (30%) - transfusão ou uso de drogas injetáveis - refletida pelo pequeno número de usuárias de drogas injetáveis entre as gestantes deste estudo brasileiro. O trabalho concluiu que a prevalência de anti-HCV foi maior em gestantes do que em doadores de sangue daquela instituição no período de estudo (1,1%), refletindo-se em alto potencial de TV. Ademais, a exposição sexual poderia facilitar a disseminação do HCV (LIMA; PEDRO; ROCHA, 2000).

Em um distrito rural do Haiti foi realizado estudo para determinar a prevalência da sífilis, além de avaliar medidas de controle da doença, no período de setembro a dezembro de 1996. Para tanto, o teste RPR foi utilizado para triagem, e o FTA-Abs para confirmação. Foram revisados os registros das unidades de saúde a respeito de doença ulcerosa genital e casos de sífilis observados em 1995. Das 811 gestantes das clínicas de pré-natal, 5,7% foram reativas à RPR. A sífilis foi confirmada por FTA-Abs em 97,8% das amostras. Das 649 mulheres que frequentavam instituições no vale, 6,3% foram reativas à sífilis, em comparação com 2,5% de 162 mulheres atendidas nas montanhas. No hospital, 257 novos diagnósticos de sífilis foram realizados em 1995, incluindo 33 casos de sífilis congênita. Os autores concluíram que os casos de sífilis congênita demonstraram claramente uma falha nas medidas de controle local da doença (FITZGERALD et al., 1998).

Um estudo transversal foi realizado em Adelaide, na Austrália, com o objetivo de estimar a prevalência da soropositividade pelo vírus da hepatite C e fatores de risco conhecidos para a infecção pelo HCV em um grupo de gestantes. Foram selecionadas 1.537 mulheres que deram à luz no hospital Lyell McEwin de fevereiro a dezembro de 1995, das quais 1,1% foram positivas para o HCV. A análise multivariada mostrou que apenas o uso de drogas injetáveis permaneceu como um forte preditor independente de soropositividade para o HCV. Como apenas 1,1% desta amostra de mulheres

foram soropositivas para o HCV, segundo a opinião dos autores, a triagem de todas as gestantes não parecia justificada. Na sua opinião, testes com base em uma história de fatores de risco, como uso de drogas injetáveis e tatuagem, detectariam infecções por HCV não diagnosticadas com mais eficiência (GARNER et al., 1997).

O objetivo de um estudo escocês foi estudar a dinâmica da prevalência do HIV na gravidez. Os dados foram coletados de várias fontes para fornecer um registro abrangente de todas as gestantes HIV+ de Edimburgo, na Escócia, até dezembro de 1992. Houve 177 gestações em 108 mulheres HIV+. A prevalência de HIV diminuiu de 0,5% de todas as gestações em 1986 para 0,1% em 1992; e foi maior para o aborto induzido (0,6%) do que para o parto (0,2%). Os autores observaram que houve um declínio na identificação de gestantes HIV+ depois que foi encerrado um projeto de testagem e aconselhamento. A comparação com testes anônimos mostrou que, em 1990-1991, 20/22 mulheres soropositivas eram conhecidas; em 1992, apenas três de 10 gestações soropositivas foram identificadas. A coorte infectada era associada a uso de drogas injetáveis. Pode não ter havido grande propagação heterossexual no início da epidemia; no entanto, dados de 1992 sugerem uma modificação. Os autores sugeriram que a testagem para o HIV na década de 1990 em Edimburgo deveria ser modificada, a fim de tornar o teste disponível para todas as gestantes que desejassem ser testadas (JOHNSTONE et al., 1994).

Um grupo norte-americano realizou uma análise epidemiológica de gestantes soropositivas para anticorpos contra hepatite C. Foram estudadas 1.013 pacientes obstétricas de um hospital de Dallas, nos Estados Unidos da América. Os soros foram analisados quanto ao anticorpo para o vírus da hepatite C usando os ensaios C100-3 e RIBA-4. Avaliação neonatal foi realizada no pós-parto imediato. O anticorpo contra hepatite C foi detectado em 2,28% das 1.005 mulheres. Fatores associados à soropositividade incluíram uso de drogas intravenosas, IST, hepatite B, idade materna maior que 22,5 anos, paridade aumentada, história de transfusão e três ou mais parceiros sexuais ao longo da vida ou um parceiro sexual que usou drogas injetáveis. Segundo os autores, os dados epidemiológicos são consistentes com os modos de transmissão sexual e parenteral. No entanto, a triagem de rotina para hepatite C não foi recomendada neste estudo (BOHMAN et al., 1992).

A prevalência do Anti-HCV entre os chineses em Taiwan foi avaliada utilizando-se um imunoensaio enzimático disponível na época de realização do estudo. Foram avaliados vários grupos distintos de indivíduos. Em relação a cada um deles, a prevalência de Anti-HCV encontrada foi: 0,28% em 1.419 indivíduos saudáveis; 0,8% entre 500 doadores de sangue pagos não selecionados e 0,4% entre 793 gestantes. Os três descendentes das mães Anti-HCV+ foram positivos ao nascimento, mas tornaram-se negativos aos 6 meses de idade. Entre os indivíduos saudáveis, nenhuma das 1.000 crianças em idade escolar e adolescentes jovens tinham anticorpos para o vírus da hepatite C. Entre os pacientes em grupos considerados pelos autores como "de alto risco", o anticorpo foi detectado em 100% dos nove pacientes hemofílicos HIV+, em 53% dos usuários de drogas intravenosas, em 34,4% dos pacientes em hemodiálise. Apenas 7,1% de 196 profissionais do sexo, 5,9% de 34 cônjuges de pacientes HCV+ e 0,5% de 201 frequentadores de bordéis tiveram anticorpos para o HCV. Os autores concluíram que o HCV era transmitido principalmente pela via parenteral em Taiwan. Além disso, afirmaram que a TV não era uma via importante de disseminação do vírus da hepatite C (LEE et al., 1991).

5.5.3 Considerações finais sobre a revisão sistemática da literatura

Os 42 estudos selecionados nesta revisão apresentam uma gama muito variada de objetivos, fonte de dados, população-alvo, tamanho de amostra e estrutura metodológica. Em função desta heterogeneidade, torna-se complexa a comparação entre eles. Alguns artigos, por exemplo, são muito antigos e apresentam situações que já têm sido melhor abordadas e atualizadas em trabalhos mais recentes.

Em se tratando de uma pesquisa sobre IST, não foi surpresa a constatação de que a maioria dos estudos foi realizada em países de baixa e média renda, onde é maior a frequência dessas doenças.

O Brasil foi o país com o maior número de artigos selecionados. A ocorrência em gestantes ou puérperas de HIV, sífilis e hepatite C variou consideravelmente: de

0,4 a 0,8%, de 0,5 a 7,7% e de 0,8 a 1,5% respectivamente (ARAÚJO et al., 2013; DOMINGUES et al., 2015; LIMA; PEDRO; ROCHA, 2000; NÓBREGA et al., 2013). Não houve medida em relação à hepatite B em gestantes ou puérperas nos estudos brasileiros selecionados. Em relação aos parceiros, há referência apenas à prevalência de HIV, a qual permaneceu 0,6% nos dois trabalhos brasileiros que a mensuraram (MELO et al., 2013; YEGANEH et al., 2014).

Somente um artigo brasileiro, com pesquisa realizada em Porto Alegre, apresentou a sorodiscordância para o HIV, que foi descrita como 1,3% entre os 1.101 casais participantes (MELO et al., 2013).

Em algumas doenças, como hepatites B e C e sífilis, os exames diagnósticos utilizados foram diferentes entre os diversos trabalhos.

Dos 42 artigos, apenas 15 não incluíram alguma medida de ocorrência do HIV. Ademais, esta foi a única doença que apresentou medidas de sorodiscordância entre os casais.

Em relação aos estudos que incluíram parceiros sexuais masculinos, foi possível observar que, em sua maioria, a proporção de homens testados foi muito menor do que a de mulheres. Embora exista variação entre o tamanho das amostras dos artigos, uma menor porcentagem de parceiros aceitou ser testada, em comparação com a totalidade das mulheres selecionadas para os estudos.

Desta forma, em referência aos 42 artigos selecionados para esta revisão sistemática, é possível concluir que persistem lacunas em relação à pesquisa da ocorrência de HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis, além da sorodiscordância entre os casais constituídos por gestantes ou puérperas e seus parceiros sexuais masculinos.

6 Marco teórico

Conforme referido nas seções anteriores, HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis são doenças com possível transmissão vertical durante a gestação e amamentação - esta última, no caso do HIV.

Com exceção da hepatite C, a maior fonte de infecção na gestante é o contágio pela relação sexual (BRASIL, 2018f; MELO et al., 2013). Outras possíveis fontes dizem respeito a contato com sangue ou fluidos infectados de outro indivíduo. Excetuando-se as mulheres usuárias de drogas endovenosas, a infecção através destas outras vias é considerada pouco frequente.

Diversos autores citam a importância da via de contágio sexual, e defendem que a testagem dos parceiros sexuais seja condição indispensável para a prevenção da TV (BANNINK-MBAZZI et al., 2013; MELO et al., 2013; SCHACHT et al., 2014a).

Estudos brasileiros encontraram evidências de que gestantes com HIV e/ou sífilis foram infectadas através de relações sexuais desprotegidas com parceiros sexuais estáveis (CARDOSO et al., 2007; NÓBREGA et al., 2013).

Mesmo em relação à hepatite C, doença sem unanimidade quanto à magnitude da transmissão sexual, há trabalhos sugerindo o papel dessa via na contaminação materna (GOLDBERG et al., 2001).

Diversos elementos são citados como fatores relacionados à infecção por IST em gestantes ou puérperas. Dentre eles, podem ser citadas as condições abaixo relacionadas:

- baixa escolaridade (ARAÚJO et al., 2013; CARDOSO et al., 2007; CUNHA; MERCHAN-HAMMAN, 2015; DOMINGUES et al., 2015; NÓBREGA et al., 2013; SOUTHWICK et al., 2001);
- menor poder aquisitivo (RODRIGUES et al., 2004; SOUTHWICK et al., 2001);

- cor da pele negra/parda/amarela/indígena (CUNHA; MERCHAN-HAMMAN, 2015; DOMINGUES et al., 2015; LIMA; PEDRO; ROCHA, 2000);
- ausência de realização de pré-natal, reduzido número de consultas, início tardio do pré-natal, atendimento de baixa qualidade (CUNHA; MERCHAN-HAMMAN, 2015; NÓBREGA et al., 2013; VIANI et al., 2006);
- início precoce da vida sexual (RODRIGUES et al., 2004; SCHACHT et al., 2014b);
- comportamento sexual de risco (MUGO et al., 2011; ROMERO et al., 2016; THOMSON et al., 2018);
- não ter parceiro sexual estável ou múltiplos parceiros sexuais (ARAÚJO et al., 2013; CARDOSO et al., 2007; DOMINGUES et al., 2015; LIMA; PEDRO; ROCHA, 2000; NÓBREGA et al., 2013; SOUTHWICK et al., 2001; TEGEGNE et al., 2014; VIANI et al., 2006; YAHYA-MALIMA et al., 2008);
- parceiro sorodiscordante ou com sorologia desconhecida (NÓBREGA, et al., 2013; SCHACHT et al., 2014b);
- uso de drogas pela mulher ou pelo parceiro sexual (ARAÚJO et al., 2013; LIMA; PEDRO; ROCHA, 2000; NÓBREGA et al., 2013; VIANI et al., 2006);
- história prévia ou atual de IST (CLARK et al., 2008; LIMA; PEDRO; ROCHA, 2000; RODRIGUES et al., 2004; SOUTHWICK et al., 2001; YAHYA-MALIMA et al., 2008);
- ausência de programas de prevenção da TV nos serviços de saúde disponíveis (BANNINK-MBAZZI et al., 2013).

A testagem dos parceiros das gestantes brasileiras, embora seja estimulada pelo MS, ainda não é uma realidade. Poucos são os serviços de saúde que oferecem e efetivamente realizam a testagem do cônjuge (MELO et al., 2013).

A ideia de que a sorologia para determinada doença é idêntica entre os pares do casal é refutada por diversos estudos. A sorodiscordância entre os casais tem sido cada vez mais pesquisada em estudos sobre a transmissão do HIV (ONOVO et al., 2015).

Embora esse termo possa ser aplicado a qualquer IST mensurável por exame sorológico, não foram encontrados na literatura estudos que tratassem de sorodiscordância para outra doença que não fosse o HIV.

Considerando-se que a sorodiscordância é uma fonte crescente de transmissão do HIV, diversos estudos mensuraram essa taxa entre casais que incluíam gestantes ou puérperas, com taxas que variaram de 1% a 18% (CHERINET et al., 2013; KIZITO et al., 2008; LOLEHKA et al., 2014; MELO et al., 2013; OLAKUNDE et al., 2018; OSOTI et al., 2014; SCHACHT et al., 2014b).

Mesmo em coortes de gestantes HIV+, uma proporção considerável de parceiros é sorodiscordante, ou seja, negativo para a infecção pelo HIV. Nesta população específica de casais que incluíam apenas gestantes HIV+, os estudos apresentaram sorodiscordâncias variando de 31% a 66,8% (FLORIDIA et al., 2017; KILEWO et al., 2001; NACIUS et al., 2013; ONOVO et al., 2015; UJAH; EZECHI; OHIHOIN, 2015).

Desta forma, não é possível afirmar com segurança que uma gestante com sorologia negativa, mesmo que repetida no terceiro trimestre ou na maternidade, não será infectada no puerpério por um parceiro positivo não reconhecido previamente. A infecção não identificada em parceiros sexuais representa um risco significativo para transmissão sexual e há estudos que apresentam 39% de infecção 12 meses pós-parto em mulheres previamente HIV negativas (MELO et al., 2013; SCHACHT et al., 2014a). Considerando a possibilidade de ainda estarem amamentando, esta é uma situação de risco de TV do HIV que não está prevista nos protocolos de rastreio da doença no pré-natal e durante o trabalho de parto.

Portanto, quando se pensa na prevenção da TV das IST, deve-se atentar para dois panoramas distintos: a prevenção da transmissão vertical (de uma mãe contaminada para um bebê) e a prevenção da transmissão horizontal (de um parceiro soropositivo para uma mulher previamente soronegativa). Somente levando em consideração estes dois panoramas é possível compreender a magnitude das ações de prevenção da TV destas doenças.

O modelo teórico é representado graficamente na figura a seguir.

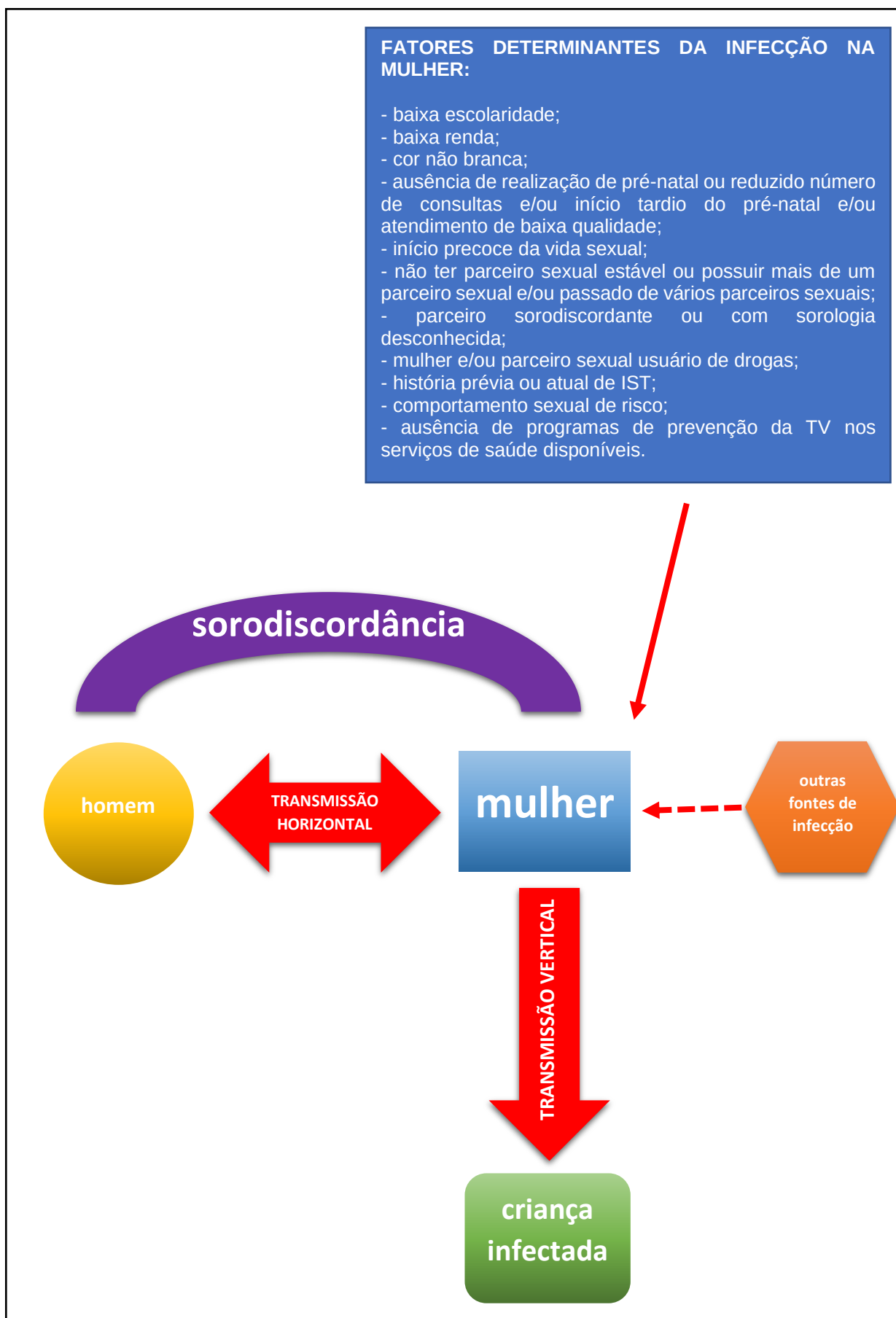


Figura 23: Modelo Teórico. Fonte: elaborado pela autora.

7 Metodologia

7.1 Apresentação

Como será apresentado nas próximas seções da metodologia, baseado nos dados relativos ao número de 81 nascimentos/mês na unidade materno-infantil, a expectativa inicial estimava um período maior do que quatro meses para a conclusão da coleta de dados da presente pesquisa.

Por outro lado, o Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem exige que o aluno tenha cursado um número mínimo de créditos antes da banca de qualificação de mestrado, o que inviabilizaria sua realização no primeiro semestre de 2018.

Temendo alguma intercorrência que alongasse o período estimado para a coleta de dados, interferindo no cronograma de dois anos do mestrado, foi decidido realizar esta etapa no início do segundo semestre de 2018, antes da banca de qualificação do projeto de dissertação.

Assim, a coleta de dados iniciou-se no dia 16 de agosto de 2018. Após o começo das entrevistas, um dos hospitais municipais que atende obstetrícia suspendeu as atividades, aumentando, temporariamente, a demanda dos outros hospitais, entre eles o hospital onde foi realizado o presente estudo. Em razão do aumento da demanda de nascimentos da instituição, o período de coleta de dados estimado foi encurtado, vindo a completar o número de participantes calculado para o tamanho da amostra no dia 23 de novembro de 2018.

7.2 Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal de base de serviço.

7.3 Cenário da pesquisa

O município de Pelotas está localizado no extremo sul do Brasil e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, conta com uma população estimada para 2018 de 341.648 habitantes. De acordo com o censo de 2014, a população feminina é ligeiramente superior à masculina (IBGE, 2018).

Dados do boletim epidemiológico de HIV/Aids do MS de 2018 posicionam Pelotas no 41º lugar no ranking brasileiro dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes, acerca dos números em relação ao HIV (índice composto, 2013 a 2017) (BRASIL, 2018a).

Segundo dados do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do MS, relativos ao ano de 2017, Pelotas possui registros de 1.997 PVHIV (1.118 homens e 879 mulheres). Destas, 1.723 estão em uso de TARV (983 homens e 740 mulheres) e em torno de 80% apresentam supressão viral (BRASIL, 2017).

Pelotas possui quatro hospitais credenciados para o atendimento de obstetrícia, sendo que três realizam o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre estes, encontra-se o a instituição do presente estudo, um hospital universitário que presta atendimento a 28 municípios da região, exclusivamente pelo SUS. É um hospital geral com 175 leitos distribuídos nas áreas de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, três Redes de Urgência e Emergência, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica, Clínica Pediátrica, UTI Neonatal, UTI Geral e Hospital Dia. Assim, configura-se em serviço de referência regional para diversas especialidades, tais como oncologia, quimioterapia, radioterapia, atenção domiciliar, cuidados paliativos, hospital dia para PVHIV e obstetrícia de alto risco (pré-natal de alto risco e internação). Somado a isto, é um hospital de ensino que atende alunos de cursos de graduação,

programas de residência médica e multiprofissional, além de ser um espaço de pesquisa e extensão.

Em relação à saúde materno-infantil, a instituição possui 22 leitos de obstetrícia e nove leitos de UTI Neonatal. No pré-natal de alto risco, o atendimento às gestantes contempla consultas com médicos especialistas desde o primeiro mês de gravidez até a revisão pós-parto. Dados do site da instituição relativos ao período de julho de 2017 a junho de 2018 informam uma média mensal de 81 nascimentos.

7.4 População-alvo

Mulheres com relacionamento heterossexual estável internadas na unidade materno-infantil do hospital em estudo e seus respectivos companheiros.

7.5 Critérios para inclusão dos participantes no estudo

Serão incluídas todas as mulheres com relacionamento heterossexual estável³ que internarem na unidade materno-infantil do hospital em estudo durante o período de coleta de dados, independentemente do motivo da internação, até que seja alcançado o número de participantes necessário, segundo calculado pelo tamanho da amostra.

A informação a respeito da existência de relacionamento heterossexual estável será obtida pelo entrevistador através do relato da participante. De forma semelhante, ela informará a ele quem é o seu companheiro, o qual somente será abordado e incluído no estudo após a autorização verbal da mulher.

O participante masculino será o homem indicado pela mulher como sendo o seu companheiro.

³ Como relacionamento estável será definido aquele com duração de, no mínimo, três meses contínuos ou mais anteriormente à internação hospitalar. O critério de três meses foi utilizado de acordo com estudo semelhante realizado na maternidade do Hospital Conceição em Porto Alegre, durante pesquisa com testagem para HIV de companheiros de parturientes (MELO et al., 2013).

7.6 Princípios éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição, sendo aprovado por meio de carta de anuência em 27 de junho de 2017. Posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas que emitiu parecer favorável de número 2.390.800 e CAAE 79112717.8.0000.5317 em nove de março de 2018 (Anexo B).

Conforme estabelecido pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do MS, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a mulher e outro para o companheiro, ambos em linguagem clara e acessível. Neles os pesquisadores informam aos participantes a respeito do objetivo da pesquisa, procedimentos realizados, riscos e benefícios para o participante, alternativas para a participação, custos e compensações, além de confidencialidade e não identificação das informações fornecidas (BRASIL, 2012).

Os TCLE foram elaborados pela pesquisadora em duas vias, a serem rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, na última página, pelo participante da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo entrevistador. Em ambas as vias constam o endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel (Apêndices B e C).

Os questionários e termos de consentimento serão mantidos sob guarda da pesquisadora principal por cinco anos após o término da pesquisa e incinerados após este período.

7.7 Variáveis

7.7.1 Variável dependente (desfecho)

Os desfechos de positividade das mulheres serão mensurados por testes rápidos de HIV, testes rápidos treponêmicos de sífilis, HbsAg e Anti-HCV.

Os desfechos de positividade dos companheiros serão mensurados por testes rápidos de HIV, testes rápidos treponêmicos de sífilis, testes rápidos para hepatite B e testes rápidos para hepatite C.

A sorodiscordância para cada doença será mensurada individualmente para cada dupla mulher-companheiro e também em relação ao total de casais do estudo.

VARIÁVEIS DEPENDENTES – MULHER		
VARIÁVEL	CARACTERÍSTICA	TIPO DE VARIÁVEL
Teste rápido de HIV	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Teste rápido treponêmico	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
HbsAg	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Anti-HCV	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Positividade para alguma IST	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica

Figura 24: Variáveis dependentes da mulher.

VARIÁVEIS DEPENDENTES– COMPANHEIRO		
VARIÁVEL	CARACTERÍSTICA	TIPO DE VARIÁVEL
Teste rápido de HIV	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Teste rápido treponêmico	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Teste rápido para hepatite B	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Teste rápido para hepatite C	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Positividade para alguma IST	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica

Figura 25: Variáveis dependentes do companheiro.

VARIÁVEL DEPENDENTE– SORODISCORDÂNCIA		
VARIÁVEL	CARACTERÍSTICA	TIPO DE VARIÁVEL
Sorodiscordância para HIV	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
Sorodiscordância para sífilis	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
Sorodiscordância para hepatite B	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
Sorodiscordância para hepatite C	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
Sorodiscordância para alguma IST	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica

Figura 26: Variável dependente - sorodiscordância.

7.7.2 Variáveis independentes

As seguintes variáveis de exposição serão mensuradas:

VARIÁVEIS INDEPENDENTES – MULHER		
VARIÁVEL	CARACTERÍSTICA	TIPO DE VARIÁVEL
Estágio	1 – Gestante 2 – Puérpera 3 – Pós-aborto 4 – Outra (especificar)	Categórica Nominal
Idade gestacional (se gestante, IG no parto)	Semanas: de 1 a 42 Dias: 0 a 7	Numérica Discreta Numérica Discreta
Paridade	Número de gestações: 1 a 20 Número de partos vaginais: 1 a 20 Número de partos cesáreos: 1 a 20 Número de abortos: 1 a 20 Número de gestações ectópicas: 1 a 20	Numérica Discreta Numérica Discreta Numérica Discreta Numérica Discreta Numérica Discreta
Cor autodeclarada	1 – preta 2 – parda 3 – branca 4 – amarela 5 – indígena	Categórica Nominal
Escolaridade (em anos completos de estudo)	1 – menos de 1 ano de estudo 2 – 1 a 3 anos de estudo 3 – 4 a 7 anos de estudo 4 – 8 e mais anos de estudo	Categórica Ordinal

Reside com o companheiro?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Quantas pessoas residem no domicílio?		Numérica Discreta
Renda familiar aproximada		Numérica Contínua
Local de realização do Pré-Natal	Ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel: 0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
	Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do HE-UFPel: 0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
	Ambulatório Olivé Leite da Faculdade de Medicina da UCPel: 0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
	Unidade Básica de Saúde: 0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
	Outro local: 0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
	Não realizou Pré-Natal? 0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
Diagnóstico de HIV antes da gestação?	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
Teste de HIV na Carteira de Pré-Natal	Sem exame prévio? 0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
	Resultado: 0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para HIV?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Resultado Teste de HIV na Maternidade	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Teste de sífilis na Carteira de Pré-Natal	Sem exame prévio? 0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
	Resultado:	Categórica Dicotômica

	0 – Não reagente 1 – Reagente	
Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para sífilis?	0 – Não 1 – Sim, uma vez 2 – Sim, duas vezes 3 – Sim, três vezes	Categórica Ordinal
Resultado Teste de Sífilis na Maternidade	0 – Não reagente 1 – Reagente	Categórica Dicotômica
Diagnóstico de Hepatite B antes da gestação?	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
Teste de Hepatite B na Carteira de Pré-Natal	Sem exame prévio? 0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para Hepatite B?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Resultado Teste de Hepatite B na Maternidade	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Imunidade comprovada por Anti-Hbs na Carteira de Pré-Natal	0 – Não reagente (menor do que 10) 1 – Reagente (maior ou igual a 10)	Categórica Dicotômica
Possui três doses de vacina para hepatite B na Carteira de Pré-Natal?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Diagnóstico de Hepatite C antes da gestação?	0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
Teste de Hepatite C na Carteira de Pré-Natal	Sem exame prévio? 0 – Não 1 - Sim	Categórica Dicotômica
	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica
Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para Hepatite C?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Resultado Teste de Hepatite C na Maternidade	0 – Não reagente 1 - Reagente	Categórica Dicotômica

Figura 27: Variáveis independentes da mulher.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES – COMPANHEIRO		
VARIÁVEL	CARACTERÍSTICA	TIPO DE VARIÁVEL
Status do companheiro	1 –entrevistado 2 – gestante não autorizou entrevista do companheiro 3 – não localizado 4 – localizado, mas negou-se a responder	Categórica Nominal
Cor autodeclarada	1 – preta 2 – parda 3 – branca 4 – amarela 5 – indígena	Categórica Nominal
Escolaridade (em anos completos de estudo)	1 – menos de 1 ano de estudo 2 – 1 a 3 anos de estudo 3 – 4 a 7 anos de estudo 4 – 8 e mais anos de estudo	Categórica Ordinal
Renda familiar aproximada		Numérica Contínua
Tempo de relacionamento com a companheira	Em meses completos	Numérica Discreta
Alguma vez realizou Teste para HIV?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Se sim, realizou este exame de HIV durante a gestação da companheira?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Se sim, por que motivo realizou esse exame de HIV durante a gestação da companheira?	1 – Por vontade própria 2 – Por solicitação do profissional que faz o Pré-Natal da companheira 3 – Por outro motivo (descrever)	Categórica Nominal
Alguma vez realizou tratamento para HIV?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Alguma vez realizou Teste para Sífilis?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Se sim, realizou este exame de sífilis durante a gestação da companheira?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Se sim, por que motivo realizou esse exame de sífilis durante a gestação da companheira?	1 – Por vontade própria 2 – Por solicitação do profissional que faz o Pré-Natal da companheira 3 – Por outro motivo (descrever)	Categórica Nominal
Alguma vez realizou tratamento para Sífilis?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Alguma vez realizou Teste para Hepatite B?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica

Se sim, realizou este exame de Hepatite B durante a gestação da companheira?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Se sim, por que motivo realizou esse exame de Hepatite B durante a gestação da companheira?	1 – Por vontade própria 2 – Por solicitação do profissional que faz o Pré-Natal da companheira 3 – Por outro motivo (descrever)	Categórica Nominal
Alguma vez realizou tratamento para Hepatite B?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Alguma vez realizou Teste para Hepatite C?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Se sim, realizou este exame de Hepatite C durante a gestação da companheira?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Se sim, por que motivo realizou esse exame de Hepatite C durante a gestação da companheira?	1 – Por vontade própria 2 – Por solicitação do profissional que faz o Pré-Natal dela 3 – Por outro motivo (descrever)	Categórica Nominal
Alguma vez realizou tratamento para Hepatite C?	0 – Não 1 – Sim	Categórica Dicotômica
Testes Rápidos (TR)	0 – negou-se a realizar os TR 1 – realizou os TR	Categórica Dicotômica

Figura 28: Variáveis independentes do companheiro.

7.8 Cálculo do tamanho de amostra

Para uma prevalência estimada de 1,7% (referente às prevalências da sífilis e da hepatite C, condições com as maiores prevalências dentre as infecções pesquisadas durante a revisão livre), considerando-se um erro de 1,5 pontos percentuais e acrescidos de 20% relativos a possíveis perdas e recusas, o tamanho de amostra calculado foi de 345 mulheres e seus respectivos companheiros (345 mulheres e 345 homens). Este cálculo foi realizado através do software EpiData.

7.9 Coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados pela autora e orientadores após extensa discussão sobre a pertinência de cada item em relação aos objetivos do estudo. O questionário da mulher contém questões a respeito de dados demográficos, dados socioeconômicos e resultados de exames de HIV, sífilis e hepatites B e C realizados durante o pré-natal. O questionário do companheiro contém questões sobre dados demográficos, dados socioeconômicos e questões a respeito da realização ou não de exames para as doenças pesquisadas em alguma fase da vida do entrevistado. Em caso afirmativo, perguntou-se se o referido exame foi ou não realizado durante o pré-natal da companheira e o motivo da sua realização. Além disso, perguntou-se se já houve ou não tratamento para alguma das doenças pesquisadas. O questionário, concluía-se com os resultados dos TR, quando realizados (Apêndices D e E).

Os TR utilizados na testagem dos companheiros (testes para HIV, testes treponêmicos para sífilis e testes rápidos para hepatites B e C) foram fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, tendo as mesmas especificações e mesma origem daqueles utilizados em toda a rede pública de testagem de Pelotas, que inclui a unidade materno-infantil do presente estudo, onde as mulheres foram testadas para HIV e sífilis. Já os resultados quanto à hepatite B e C nas mulheres foram oriundos da solicitação de coleta laboratorial de HbsAg e Anti-HCV, realizada pela equipe assistente da unidade materno-infantil.

A execução dos TR ocorreu de forma a respeitar as normas de biossegurança. Os entrevistadores utilizaram material descartável (gazes, luvas de procedimento, lancetas de uso único), álcool para assepsia de punção digital, e todo material biológico e/ou infectante decorrente da realização dos testes foi descartado nos locais adequados de acordo com as normas da instituição.

O grupo de entrevistadores foi constituído por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, que tiveram treinamento específico para a adequada abordagem dos participantes, aplicação dos TCLE, realização das entrevistas e a execução e interpretação dos TR. Este último treinamento foi realizado por meio de uma capacitação teórico-prática para Testes Rápidos sob orientação da farmacêutica-

bioquímica do ambulatório de Ginecologia da Faculdade de Medicina da UFPel (Anexo C).

Conforme estabelecido pela Divisão de Ensino e Pesquisa da instituição, foi contratualizada uma apólice de seguro para cada entrevistador. Além disso, em caso de algum incidente que configurasse acidente de trabalho dentro do estabelecimento, o SOST (Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho) estaria comprometido em atender e acompanhar o aluno, de acordo com as normas do hospital. Durante todo o período de coleta de dados não houve acidentes de trabalho.

Para a adequada orientação dos alunos em relação à aplicação dos questionários, TCLE e testes rápidos, a autora elaborou um Manual de Entrevista, em que constava o roteiro a ser seguido pelo entrevistador (Apêndice F).

A coleta de dados foi realizada no período de 16 de agosto a 23 de novembro de 2018.

Toda a mulher internada na instituição do presente estudo foi abordada por um membro da equipe de entrevistadores. Havendo um relacionamento estável, foi explicado à mulher o objetivo da pesquisa. Após a concordância em participar e a devida compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Gestante (Apêndice B), foi aplicado o questionário da mulher (Apêndice D). A entrevista das participantes foi realizada nos locais onde elas estivessem no momento da abordagem, que poderia ser o quarto da mulher, a sala de realização de ultrassom, a sala de pré-parto ou a sala de observação. Os entrevistadores foram treinados para promover alguma privacidade, de acordo com a possibilidade da ocasião de cada entrevista.

No TCLE, a participante autorizou a consulta de sua carteira de pré-natal para a obtenção dos dados referentes a exames solicitados e vacinas realizadas durante a gestação. Além disto, autorizou a pesquisa dos resultados dos TR para HIV e sífilis e das sorologias para hepatite B e C realizados pela equipe assistente da unidade materno-infantil, por ocasião de sua internação. Ressalta-se que a solicitação destas sorologias faz parte da rotina da instituição durante a internação de gestantes e puérperas.

O estudo incluiu tanto mulheres e homens com resultados reagentes, quanto não reagentes para as doenças pesquisadas.

Após a autorização por parte da mulher, o entrevistador procurou o referido companheiro a fim de informá-lo sobre o estudo e convidá-lo a participar do mesmo.

Aos companheiros que concordaram em participar, após a devida compreensão e assinatura do TCLE (Apêndice C), foi aplicado o questionário do companheiro (Apêndice E). Ao final do mesmo, foi oferecida a realização de TR para HIV, hepatites B e C e sífilis, os quais foram executados pelo próprio entrevistador. Quando o entrevistado referia ser portador de HIV ou de hepatite B ou C, este TR específico não era realizado pelo entrevistador, o qual anotava no questionário do companheiro que o entrevistado já se sabia portador da determinada doença previamente à pesquisa. A entrevista e realização dos TR do companheiro foram realizados em ambientes com garantida privacidade. Para tanto, foi utilizada alguma das seguintes salas que estivesse disponível na hora da entrevista: sala do ultrassom, sala de admissão, sala de observação, sala de prescrição da pediatria ou sala de pré-natal.

Em relação aos TR dos companheiros, nos casos de resultado positivo, o entrevistador contatou a pesquisadora principal, que era a pessoa responsável por revelar o resultado positivo ao participante. Para tanto, foi estabelecida uma combinação, em que o entrevistador sempre avisava quando estava na unidade materno-infantil. Desta forma, a autora permanecia de sobreaviso durante todo o período de entrevista e coleta de exames, podendo deslocar-se imediatamente ao hospital, no caso de um exame positivo. Em casos esporádicos, esta revelação poderia ser feita pelos médicos residentes de plantão na unidade materno-infantil, que estavam a par da realização da pesquisa. Esta situação ocorreu apenas em um caso de exame positivo para sífilis. Todos os resultados negativos foram informados ao companheiro pelo próprio entrevistador.

Ao participante com resultado positivo foi explicado sobre o significado do resultado do referido teste, com posterior encaminhamento adequado de acordo com a referida doença. Em caso de exame positivo para HIV, o encaminhamento seria realizado para o Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids (SAE). Os casos de TR positivos para sífilis foram encaminhados ao ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel para adequada avaliação, tratamento e seguimento. Aos participantes que assim o desejassem, a pesquisadora já fornecia a receita com o tratamento para sífilis, além da orientação de prosseguirem o acompanhamento e

conversarem com a sua parceria sexual a respeito do resultado. Finalmente, nos casos de TR positivos para hepatite B ou C, o participante foi encaminhado à Vigilância Epidemiológica de Pelotas, a fim de realizar os testes confirmatórios e iniciar a sequência de procedimentos necessária para a confirmação de caso de hepatite B ou C.

Considerando que HIV, hepatites virais e sífilis fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória, todos os exames com resultados positivos foram notificados de acordo com a Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 do MS do Brasil (BRASIL, 2016c).

As mulheres com resultados reagentes, tanto na carteira de pré-natal, quanto no hospital, seguiram as condutas estabelecidas pela equipe assistente da unidade materno-infantil da instituição, sem nenhuma interferência dos pesquisadores.

Aos participantes do estudo foi garantido a confidencialidade em relação aos resultados dos exames rápidos e o anonimato em relação às informações prestadas nos questionários específicos.

Após o encerramento de cada conjunto de questionários do casal e TR, a pesquisadora principal executou uma checagem da coleta de dados realizada.

Em virtude da existência dos leitos de UTI neonatal, a maternidade do estudo possui uma maior demanda de parturientes de alto risco. Devido à interrupção temporária no funcionamento de outra instituição de Pelotas, que coincidiu com o período de coleta de dados da pesquisa, houve um aumento da demanda obstétrica considerada de risco habitual, culminando num aumento da média de 81 para 116 nascimentos mensais.

Esta seção foi primeiramente redigida para ser apresentada junto à banca de qualificação da dissertação. Posteriormente, foi elaborado um Relatório do Trabalho de Campo, que apresenta o material descrito nesta seção de forma mais completa e esclarecedora. Portanto, haverá informações no referido manual já descritas nessa seção do projeto.

7.10 Processamento de dados

As questões dos instrumentos de coleta foram codificadas e, posteriormente, os dados foram duplamente digitados no software Epidata, versão 3.1. Em seguida, foi realizada a análise de erros da digitação para correção de imprecisões na versão final do banco de dados. Toda a correção necessária foi baseada na checagem da resposta no questionário físico. Por fim, os dados foram transferidos para o software Stata, versão 15, para análise de dados.

7.11 Análise de dados

A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva com cálculos de prevalência e Intervalo de Confiança (IC 95%) para os desfechos (variáveis dicotômicas), que foram analisados de forma isolada e em conjunto. Foram construídas variáveis contendo a prevalência de mulheres e de seus companheiros que apresentavam pelo menos uma das infecções avaliadas. Além disto, a frequência dos desfechos foi analisada segundo as variáveis independentes acima listadas.

7.12 Divulgação dos resultados

Os resultados do presente estudo serão divulgados mediante a publicação desta dissertação de mestrado e de artigos elaborados a partir de informações extraídas do banco de dados.

Além disto, será providenciado um momento oportuno de retorno à instituição e às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde.

8 Cronograma

ANO	2017												2018												2019											
ATIVIDADE	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Elaboração do projeto	X	X	X	X																																
Envio para Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição				X																																
Confecção dos instrumentos				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																						
Envio para o CEP						X																														
Seleção para o mestrado									X																											
Recrutamento e treinamento dos entrevistadores											X	X	X	X	X	X	X																			
Exame de proficiência em língua inglesa															X																					
Coleta de dados																		X	X	X	X															
Tabulação dos dados																							X	X	X	X	X	X	X							
Análise dos dados																							X	X	X	X	X	X								
Elaboração do relatório de campo																										X	X	X								
Exame de qualificação do projeto																										X										
Redação da dissertação																											X	X	X	X	X	X	X	X		
Defesa da dissertação																																		X		
Envio de artigo para publicação																																		X		

Figura 29: Etapas do projeto.

9 Orçamento

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (em reais)	VALOR TOTAL (em reais)
Computador	1	2.500,00	2.500,00
Cópias impressas (questionários, TCLEs, manuais do entrevistador)	5.195 folhas impressas	0,15	779,25
Canetas esferográficas	10	4,00	40,00
Canetas marca-texto	2	2,00	4,00
Crachás	20	1,90	38,00
Pranchetas	2	13,50	27,00
Caixas de clips	5 caixas com 50 U	3,50	17,50
Maleta plástica	1	26,00	26,00
Pasta plástica	3	6,40	19,20
Caderno brochura	2	7,75	15,50
Almofada coletora de impressão digital	1	4,25	4,25
Cadeado	2	26,95	53,90
Caixa de luvas de látex descartáveis	4	19,00	76,00
Pacote de gaze	1	35,00	35,00
Embalagens plásticas para kits	3 pacotes com 100 U	4,80	14,40
Testes rápidos para HIV	345	-	-
Testes rápidos para sífilis	345	-	-
Testes rápidos para hepatite B	345	-	-
Testes rápidos para hepatite C	345	-	-
Apólices de seguro para entrevistadores	19	22,50	427,50
Revisão de língua portuguesa	1	400,00	400,00
Tradução de resumo para o inglês	3	50,00	150,00
Impressão e encadernação para a qualificação e defesa	10	35,00	350,00
Impressão e encadernação capa dura	2	55,00	110,00
Envio dos artigos	3	250,00	750,00
TOTAL:			5.837,50

Figura 30: Orçamento.

Os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C foram fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, e os demais itens do orçamento serão custeados pela autora da pesquisa.

Referências

ADES, A. E. et al. HCV prevalence in pregnant women in the UK. **Epidemiol Infect.** vol. 125, ed. 2, pag. 399-405, 2000.

ARAÚJO, M. A. et al. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. **BMC Public Health.** vol. 13, ed. 206, 2013.

ARAZOZA, H., et al. The HIV/AIDS epidemic in Cuba: description and tentative explanation of its low HIV prevalence. **BMC Infect Dis.** vol. 7, pag. 130, 2007.

ASSEFA, A. A three years retrospective study on seroprevalence of syphilis among pregnant women at Gondar University Teaching Hospital, Ethiopia. **Afr Health Sci.** vol. 14, ed. 1, pag. 119-124, 2014.

BANNINK-MBAZZI, F. et al. High PMTCT program uptake and coverage of mothers, their partners, and babies in northern Uganda: achievements and lessons learned over 10 years of implementation (2002-2011). **J Acquir Immune Defic Syndr.** vol. 62, ed. 5, pag. e138-145, 2013.

BOFF, D. et al. Prevalência de VDRL reagente em doadores do Hemocentro Regional de Cruz Alta – RS, Brasil, no período de 2003 a 2009. **Revista de Patologia Tropical**, vol. 40, n. 2, pag. 179-184, jul. 2011.
DOI: <https://doi.org/10.5216/rpt.v40i2.14943>

BOHMAN, V. R. et al. Seroprevalence and risk factors for hepatitis C virus antibody in pregnant women. **Obstet Gynecol.** vol. 80, ed. 4, pag. 609-613, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Ano III. nº 1. jan. a jun. 2014. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15561.pdf> Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Ano V. nº 1. jan. a jun. 2016. 2016a. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>>
Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais 2018**. vol. 49. nº 31. 2018a. Disponível em: <<http://indicadoreshepatites.aids.gov.br> e <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>> Acesso em: 8 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - HIV Aids/2018**. jul. 2017 a jun. de 2018. vol. 49. nº 53. 2018b. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/search/content/boletim>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2015**. Ano IV. nº 1. 2015. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf> Acesso em: 21 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2018**. vol. 49 - nº 45. out. 2018c. Disponível em: < <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>> Acesso em: 11 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**, 2010. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/50071/estudo_prevalencia_hepatites_pdf_26830.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro. 2016b. 55 p. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **História da Aids**. 2018d. Disponível em:
<<http://www.aids.gov.br/pt-br>>. Acesso em: 9 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Indicadores e dados básicos da Aids nos municípios brasileiros**. 2017. Disponível em: <http://indicadoresclinicos.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde, **Lista Nacional de Notificação Compulsória**, Portaria nº 204, 17 fev. 2016c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 04 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. 2016d. 121 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. 2016e. 3. ed. 85 p. disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/> Acesso em: 18 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis**. 2016f. 52 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>> Acesso em: 9 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. 2018e. 412 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. 2018f. 248 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv> >. Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. 2007. 180 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertic_alhivsifilis_manummanualb.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

CAIXETA, L. et al., Neurosífilis: uma breve revisão. **Rev Patol Trop**. vol. 43, n. 2, pag. 121-129, 2014.

CARDOSO, A. J. C. et al. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. **Rev Saude Publica**. vol. 41, sup. 2, pag. 101-108, 2007.

CDC/CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Division of STD Prevention. **National Center for HIV/AIDS**. 2018. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/>> Acesso em: 20 dez. 2018.

CHERINET, Y. et al. Trend of HIV prevalence among pregnant women attending Antenatal Care Unit of Bishoftu Hospital, Ethiopia. **Ethiop Med J**. vol. 51, ed. 3, pag. 169-176, 2013.

CLARK, J. L. et al. Prevalence of HIV, herpes simplex virus-2, and syphilis in male sex partners of pregnant women in Peru. **BMC Public Health**. vol. 8, pag. 65, 2008.

CUNHA, A. R. C.; MERCHAN-HAMANN, E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. **Rev Panam Salud Publica**. vol. 38, n.6, pag. 479-86, 2015.

CUNNINGHAM, F. G. et al (Org.). **Williams Obstetrics**. 25. ed. New York: McGraw-Hill, 2018. 1066 p.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev Saúde Pública**. vol. 48, n. 5, pag. 766-744, 2014. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005114.

DOMINGUES, R. M. et al. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. **BMC Infect Dis**. vol. 15, pag. 100, 2015.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. **Rev Soc Bras Med Trop**. vol. 40, ed. 2, pag. 181-187, mar.- abr. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822007000200007>>. Acesso em: 21 maio 2017.

FITZGERALD, D. W. et al. Prevalence, burden, and control of syphilis in Haiti's rural Artibonite region. **Int J Infect Dis**. vol. 2, ed. 3, pag. 127-131, 1998.

FLORIDIA, M. et al. Evolving treatment implementation among HIV-infected pregnant women and their partners: results from a national surveillance study in Italy, 2001-2015. **J Glob Health**. vol. 7, n. 1, pag. 010407, 2017.

GARNER, J. J. et al. Prevalence of hepatitis C infection in pregnant women in South Australia. **Med J Aust**. vol. 167, ed. 9, pag. 470-472, 1997.

GERMANO, F. N. et al. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico - Rio Grande, RS. **Brasil Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 13, ed. 3, pag. 1033-1040, 2008. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300026>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

GOLDBERG, D. et al. Hepatitis C virus among high and low risk pregnant women in Dundee: unlinked anonymous testing. **Bjog**. vol. 108, ed. 4, pag. 365-370, 2001.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**, 2018. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/pelotas.html?> >. Acesso em: 7 ago. 2018.

JOHNSTONE, F. D. et al. HIV testing and prevalence in pregnancy in Edinburgh. **Int J STD AIDS**. vol. 5, ed. 2, pag. 101-104, 1994.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **AIDS by the numbers – 2016**. 2016a. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers-2016_en.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Global AIDS Update – 2017. **Ending AIDS, Progress towards the 90–90–90 targets**, 2017. Disponível em: < http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Relatório Informativo, **Estatísticas Globais sobre HIV 2017**, jul. 2018a. Disponível em: < https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/2018_07_17_Fact-Sheet_miles-to-go.pdf>. Acesso em: 9 set. 2018.

_____. Publications. **Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive**. On the Fast-track to an AIDS-Free Generation. 2016b. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GlobalPlan2016_en.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. **UNAIDS Data - 2018**, 2018b. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

KILEWO, C. et al. HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa: experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania. **J Acquir Immune Defic Syndr**. vol. 28, ed. 5, pag. 458-462, 2001.

KIM, L. H. et al. Acceptability and feasibility of serial HIV antibody testing during pregnancy/postpartum and male partner testing in Tororo, Uganda. **AIDS Care - Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**. vol. 26, ed. 3, p. 360-366, 2014. doi.org/10.1080/09540121.2013.824536.

KIRBAK, A. L. S. et al. Sero-prevalence for Hepatitis B virus among pregnant women attending antenatal clinic in Juba Teaching Hospital, Republic of South Sudan. **Pan Afr Med J**. vol. 26, pag. 72, 2017.

KIZITO, D. et al. Uptake of HIV and syphilis testing of pregnant women and their male partners in a programme for prevention of mother-to-child HIV transmission in Uganda. **Tropical Medicine & International Health**. vol. 13, p. 680–682, 2008. DOI:10.1111/j.1365-3156.2008.02052.x.

LASSEY, A. T. et al. Hepatitis C virus seroprevalence among mothers delivering at the Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana. **East Afr Med J**. vol. 81, ed. 4, pag. 198-201, 2004.

LEE, S. D. et al. Seroepidemiology of hepatitis C virus infection in Taiwan. **Hepatology**. vol.13, ed. 5, pag. 830-833, 1991.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **PLoS Med**. vol. 6, ed. 7, e1000100, 2009.

LIMA, M. P.; PEDRO, R. J.; ROCHA, M. D. Prevalence and risk factors for hepatitis C virus (HCV) infection among pregnant Brazilian women. **Int J Gynaecol Obstet**. vol. 70, ed. 3, pag. 319-326, 2000.

LOLEKHA, R. et al. Assessment of a couples HIV counseling and testing program for pregnant women and their partners in antenatal care (ANC) in 7 provinces, Thailand. **BMC International Health and Human Rights**. vol. 14, ed. 39, 2014. DOI:10.1186/s12914-014-0039-2.

MARTINS-COSTA, S. H. et al (Org.). **Rotinas em Obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 141 p.

MCGETTRICK, P. et al. Syphilis serology in pregnancy: an eight-year study (2005-2012) in a large teaching maternity hospital in Dublin, Ireland. **Int J STD AIDS**. vol. 27, ed. 3, pag. 226-230, 2016. DOI: 10.1177/0956462415580226.

MELO, M. et al. HIV voluntary counseling and testing of couples during maternal labor and delivery: the TRIPAI Couples Study. **Sex Transm Dis**. vol. 40, ed. 9, pag. 704-9, 2013. DOI: 10.1097 / 01.OLQ.0000430799.69098.c6.

MOHLALA, B. K. F. et al. The forgotten half of the equation: randomized controlled trial of a male invitation to attend couple voluntary counselling and testing. **AIDS**. vol. 25, ed. 12, p. 1535–1541, 2011. DOI:org/10.1097/QAD.0b013e328348fb85.

MORFAW, F. et al. Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: a systematic review to identify barriers and facilitators. **Systematic Reviews**. v. 2, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-2-5>>.

MUGO, N. R. et al. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. **Aids**. vol. 25, ed. 15, pag. 1887-1895, 2011.

MSUYA, S. E. et al. Low male partner participation in antenatal HIV counselling and testing in northern Tanzania: implications for preventive programs. **AIDS Care**. vol. 20, ed. 6, p. 700-9, jul. 2008. DOI: 10.1080/09540120701687059.

NACIUS, L. A. et al. Serodiscordance and disclosure among HIV-positive pregnant women in the Southwestern United States. **AIDS Patient Care STDS**. vol. 27, ed. 4, pag. 242-247, 2013. DOI: 10.1089/apc.2012.0416.

NÓBREGA, I. et al. Syphilis and HIV-1 among parturient women in Salvador, Brazil: low prevalence of syphilis and high rate of loss to follow-up in HIV-infected women. **Braz J Infect Dis**. vol. 17, ed. 2, pag. 184-193, 2013.

OLAKUNDE, B. O. et al. HIV testing among male partners of pregnant women in Nigeria: a missing link in the elimination of mother-to-child transmission of HIV. **International Journal of STD & AIDS**. vol. 29, n. 4, pag. 404–409, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0956462417739752>>.

ONOVO, A. A, et al. Partner HIV serostatus disclosure and determinants of serodiscordance among prevention of mother to child transmission clients in Nigeria. **BMC Public Health**. vol. 15, pag. 827, 2015.

ORMAECHE, M. et al. Hepatitis B virus, syphilis, and HIV seroprevalence in pregnant women and their male partners from six indigenous populations of the Peruvian Amazon Basin, 2007-2008. **Int J Infect Dis**. vol. 16, ed. 10, pag. e724-730, 2012.

OSOTI, A. O. et al. Home visits during pregnancy enhance male partner HIV counselling and testing in Kenya: a randomized clinical trial. **Aids**. vol. 28, ed.1, pag. 95-103, 2014.

PAN, C. Q. et al. Tenofovir to Prevent Hepatitis B Transmission in Mothers with High Viral Load. **N Engl J Med**. vol. 374, ed. 24, pag. 2324-2334, 2016. DOI: 10.1056.

RODRIGUES, C. S. et al. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. vol. 16, ed. 3, pag. 168-175, 2004.

ROMERO, J. et al. Natural conception in HIV-serodiscordant couples with the infected partner in suppressive antiretroviral therapy: A prospective cohort study. **Medicine (Baltimore)**. vol. 95, ed. 30, pag. e4398, 2016.

SAINDOU, M. et al. Prevalence and risk factors for HIV, hepatitis B virus, and syphilis among pregnant women in Mayotte, Indian Ocean, 2008-2009. **Int J Gynaecol Obstet**. vol. 119, ed. 1, pag. 61-65, 2012.

SCHACHT, C. et al. High HIV incidence in the postpartum period sustains vertical transmission in settings with generalized epidemics: a cohort study in Southern Mozambique. **J Int AIDS Soc**. vol.17, pag. 18808, 2014a.

SCHACHT, C. et al. High rates of HIV seroconversion in pregnant women and low reported levels of HIV testing among male partners in Southern Mozambique: results from a mixed methods study. **PLoS One**. vol. 9, ed. 12, pag. e115014, 2014b.

SHAH, S. A. et al. Prevalence of syphilis among antenatal clinic attendees in Karachi: imperative to begin universal screening in Pakistan. **J Pak Med Assoc**. vol. 61, ed. 10, pag. 993-997, 2011.

SOUTHWICK, K. L. et al. Maternal and congenital syphilis in Bolivia, 1996: prevalence and risk factors. **Bull World Health Organ**. vol. 79, ed. 1, pag. 33-42, 2001.

SOUTO, F. J. D. et al. Distribution of hepatitis B infection in Brazil: the epidemiological situation at the beginning of the 21st century. **Rev Soc Bras Med Trop**. v. 49, n. 1, p. 11-23, fev. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0176-2015>>. Acesso em: 21 maio 2017.

TEGEGNE, D. et al. Seroprevalence and transmission of Hepatitis B virus among delivering women and their new born in selected health facilities, Addis Ababa, Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Res Note**. vol. 7, pag. 239, 2014.

THOMSON, K. A. et al. Increased Risk of Female HIV-1 Acquisition Throughout Pregnancy and Postpartum: A Prospective Per-coital Act Analysis Among Women with HIV-1 Infected Partners. **J Infect Dis**, XX00:1–10, 2018. DOI: 10.1093/infdis/jiy113.

UJAH, I. A. O.; EZECHI, O. C.; OHIHOIN, A. G. HIV Status Discordance: Associated Factors Among HIV Positive Pregnant Women in Lagos, Southwest Nigeria. **Afr J Reprod Health**. vol. 19, ed. 2, pag. 108-116, 2015.

VIANI, R. M, et al. Perinatal HIV counseling and rapid testing in Tijuana, Baja California, Mexico: seroprevalence and correlates of HIV infection. **J Acquir Immune Defic Syndr**. vol. 41, ed. 1, pag. 87-92, 2006.

YAHYA-MALIMA, K. I. et al. HIV-1, HSV-2 and syphilis among pregnant women in a rural area of Tanzania: prevalence and risk factors. **BMC Infect Dis.** vol. 8, pag. 75, 2008.

YEGANEH, N. et al. HIV Testing Male Partners of Pregnant Women in Porto Alegre, Brazil: A Potential Strategy for Reduction of HIV Seroconversion during Pregnancy. **AIDS Care.** vol. 26, ed. 6, p. 790–794, 2014. DOI:10.1080/09540121.2013.855297.

ZORZETTO, R. O mapa das hepatites. **Revista Pesquisa FAPESP.** São Paulo, ed. 187, p. 16-21, set. 2011.

Apêndices

Apêndice A - Resumo dos artigos selecionados

Ano/ Autores	Local	Objetivos	Delineamento	População/ amostra	Principais Resultados
2018 OLAKUNDE et al.	Nigéria	Avaliar a testagem do parceiro masculino e a sorodiscordância entre gestantes e seus parceiros no programa de prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT) da Nigéria, através uma análise retrospectiva dos números nacionais.	Estudo Transversal	Dados de 11.833.062 gestantes em um período de cinco anos (2012-2016).	- prevalência de HIV em gestantes durante todo o período de 5 anos: 2,2% (de 5,6% em 2012 a 1,0% em 2016); - apenas 2,2% dos parceiros fizeram o teste (cerca de 266.188 homens); - sorodiscordância entre esses 266.188 casais durante todo o período de 5 anos: 18% (de 24% em 2012 para 13% em 2016).
2017 FLORIDIA et al.	Itália	Avaliar as tendências temporais no diagnóstico de HIV na gravidez, tratamento antirretroviral materno na concepção, prevalência de infecção pelo HIV entre parceiros de gestantes com HIV e proporção de parceiros masculinos soronegativos e soropositivos que receberam TARV.	Estudo de Coorte	2.755 gestantes HIV+, acompanhadas entre 2001 e 2015 em clínicas hospitalares ou universitárias. O período de estudo foi dividido em três intervalos de 5 anos (2001-2005, 2006-2010, 2011-2015).	- taxa de diagnóstico do HIV na gravidez: 23,3%; - status sorológico para o HIV entre os parceiros masculinos: - 28,6% HIV+; - 48,7% HIV- (isto é, praticamente a metade era sorodiscordante); - 22,8% desconhecidos; - estas proporções permaneceram inalteradas durante os três períodos.

2017	KIRBAK et al.	Juba, Sudão do Sul	Estimar a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite B entre gestantes que frequentavam serviços pré-natais em Juba.	Estudo Transversal	280 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal do Hospital Universitário de Juba, entre dezembro de 2012 e março de 2013.	- prevalência de HBsAg: 11%.
2016	MCGETTRICK et al.	Irlanda	Avaliar os casos de sífilis durante o pré-natal e período periparto numa maternidade de Dublin em relação a dados demográficos, laboratoriais, do parto, dados do parceiro e do recém-nascido.	Estudo de Coorte	66.038 gestantes atendidas num período de 8 anos (2005-2012) e 167 parceiros masculinos.	- prevalência de sífilis em mulheres: 0,28%; - 32 mulheres eram co-infectadas com o HIV, hepatite B ou hepatite C; - prevalência de sífilis em parceiros: 10,8%.
2015	UJAH; EZECHI; OHIHOIN	Lagos, Nigéria	Avaliar a taxa de sorodiscordância do HIV e os fatores associados entre mulheres grávidas de uma clínica de Prevenção da Transmissão de HIV de Mãe para Filho (PMTCT) de Lagos.	Estudo Transversal	4.435 gestantes HIV positivas participantes de um programa de PMTCT, no período de julho de 2004 a dezembro de 2013.	- 83,7% gestantes revelaram seu status HIV+ ao parceiro; - De 3.712 casais, o status de HIV do homem foi conhecido em 3.092 (83,3% dos parceiros); - Desses com status conhecido, 66,8% homens eram HIV-, e 33,2% eram HIV+; - A taxa de sorodiscordância (gestante HIV+ e parceiro HIV-) foi 66,8%.

2015	ONOVO et al.	Nigéria	Verificar, em toda a Nigéria, a prevalência da sorodiscordância, a revelação do status HIV do parceiro e explorar associações entre os determinantes suspeitos e a sorodiscordância entre as mulheres grávidas HIV+ inscritas no programa de prevenção da TV e os seus parceiros.	Estudo Transversal	544 gestantes HIV+ de 62 serviços representativos de 5 zonas geo-políticas da Nigéria.	- 52% dos casais eram sorodiscordantes (isto é, gestante HIV+ e parceiro negativo).
2015	DOMINGUES et al.	Brasil	Verificar a cobertura do teste anti-HIV durante o pré-natal e estimar a prevalência da infecção pelo HIV durante a gestação.	Estudo Transversal	23.894 mulheres durante a hospitalização pós-parto, de 2011-2012.	- cobertura de testagem para HIV: 81,7%; - prevalência de HIV: 0,4%; - A Região Sul foi a de maior prevalência entre todas as regiões do país: 0,87%.
2015	CUNHA; MERCHAN-HAMANN	Brasil	Estimar a prevalência e investigar os fatores associados à sífilis em parturientes no Brasil.	Estudo Transversal de base Populacional	36.713 parturientes atendidas em maternidades do sistema público de saúde e conveniadas, de janeiro de 2010 a dezembro de 2011	- prevalência nacional da sífilis: 0,89%; - prevalência de sífilis por região do país: - Norte: 1,05%; - Nordeste: 1,14%; - Sudeste: 0,73%; - Sul: 0,48%; - Centro-Oeste: 1,20%.

2014 LOLEKHA et al.	Tailândia	Determinar a aceitação do serviço de pré-natal e os resultados do teste de HIV entre casais, além de auto-avaliação por parte da equipe responsável.	Estudo Transversal	4.524 mulheres que iniciaram o acompanhamento pré-natal de outubro de 2009 a abril de 2010.	- De 1.604 casais: - 98% eram concordantes negativos; - 0,4% eram concordantes positivos; - 1% eram casais sorodiscordantes para o HIV (7 homens + /mulheres- e 10 homens- /mulheres +); - 0,9% não tinham resultados disponíveis.
2014 ASSEFA	Gondar, Etiópia	Avaliar a prevalência da sífilis em gestantes e os fatores de risco associados no Hospital Universitário de Gondar, Etiópia.	Estudo Transversal	2.385 gestantes que frequentaram o pré-natal, de janeiro de 2009 a dezembro de 2011.	- prevalência geral de sífilis: 2,9%; -prevalência por subgrupos: - gestantes urbanas: 3,2%; - gestantes rurais: 2,2%; - gestantes estudantes: 4,2%; - gestantes funcionárias do governo: 3,8%.
2014,a SCHACHT et al.	Gaza e Maputo, Moçambique	Determinar a taxa de incidência de HIV e os fatores de risco associados entre mulheres no pós-parto no Sul de Moçambique.	Estudo de Coorte Prospectivo	1.221 mulheres HIV-negativas em testes no parto ou dois meses após o parto foram recrutadas e seguidas até 18 meses após o parto, de março de 2008 a julho de 2011.	- incidência de HIV em mulheres no pós-parto: 3,20 / 100 mulheres-anos; - das novas infecções: - 14 (34%) identificadas nos primeiros 6 meses pós-parto; - 11 (27%) entre 6 e 12 meses; - 16 (39%) entre 12 e 18 meses pós-parto; - taxa de TV entre as mulheres recém-infectadas: 21%, levando a uma projeção de que 16% das crianças infectadas pelo HIV são decorrências de uma soroconversão materna pós-parto.

2014,b SCHACHT et al.	Gaza e Maputo, Moçambique	Estimar a incidência do HIV durante a gravidez, fatores de risco associados e fatores que influenciaram o teste de HIV do parceiro em seis unidades de saúde rurais nas Províncias de Gaza e Maputo.	Estudo de Coorte Prospectivo	1.230 mulheres grávidas HIV- seguidas durante a gravidez, entre abril de 2008 e novembro de 2011.	- taxa de incidência do HIV: 4,28 / 100 mulheres-anos; - 19% das mulheres relataram que parceiro já havia testado para HIV: - 93% sabiam o resultado com 8/213 indicando um parceiro soropositivo (homem+/-mulher-); - 56% referiram que parceiro não tinha testado; - 19% não sabiam se parceiro havia testado; - sorodiscordância relatada no credenciamento da coorte: 4%; - Houve 14 soroconversões; apenas uma estava em relacionamento sorodiscordante.
2014 YEGANEH et al.	Porto Alegre, Brasil	Abordar a potencial soroconversão do HIV em gestantes e avaliar a aceitabilidade de oferecer testes de HIV a parceiros sexuais de gestantes soronegativas que receberam atendimento pré-natal no Hospital Femina ou no Hospital Conceição em Porto Alegre, Brasil.	Estudo de Coorte Prospectivo	1.223 gestantes HIV negativas em relacionamento heterossexual estável ($\geq$ 3 meses) e em acompanhamento pré-natal, no período de setembro de 2010 a novembro de 2011.	- 663 (54%) dos parceiros sexuais masculinos receberam testes de HIV durante o pré-natal; - prevalência de HIV nos parceiros masculinos: 0,6%; - motivos mais comuns relatados pelas mulheres para o não comparecimento dos parceiros: o trabalho (69%) e a falta de percepção de risco (14%); - nenhuma soroconversão para o HIV foi observada durante a gravidez ou amamentação.

2014 OSOTI et al.	Quênia	Avaliar se as visitas domiciliares para oferecer testes de HIV a parceiros de mulheres que frequentam o pré-natal aumentariam o aconselhamento e testagem do parceiro para o HIV.	Ensaio Clínico Randomizado	300 gestantes randomizadas para convite clínico do parceiro ou visita domiciliar, de julho de 2012 a fevereiro de 2013.	- 16% das gestantes eram HIV+, 21 (14%) no grupo doméstico e 27 (18%) no grupo clínico; - O aconselhamento e testagem de casais para HIV foi significativamente maior na visita domiciliar (n = 128, 85% versus n = 54, 36%; P <0,001); - sorodiscordância ao HIV: 15,9% (29 de 182 casais - 15 mulheres HIV-/parceiros HIV+; 14 mulheres HIV+/parceiros HIV-). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.
2014 TEGEGNE et al.	Addis Ababa, Etiópia	Determinar a prevalência materna e neonatal da infecção pelo vírus da hepatite B em duas unidades de saúde de Addis Ababa, na Etiópia.	Estudo Transversal	265 mulheres e respectivas amostras de sangue de cordão umbilical, de julho a setembro de 2012.	- prevalência de HbsAg positivo nas parturientes: 3%; - prevalência de HbsAg+ nos sangues de cordão umbilical: 2,3%; - apenas uma gestante apresentou-se positiva para o teste HbeAg; - apenas 11% das mães conheciam previamente seu status para o HBV.
2013 BANNINK-MBAZZI et. al	Archoli, Uganda	Apresentar dados relativos aos 10 anos de atividades do programa de prevenção da transmissão vertical do HIV numa região de conflitos e de alta taxa de natalidade em 24 unidades de saúde do norte da Uganda.	Estudo Transversal	140.658 mulheres que receberam atendimento pré-natal de janeiro de 2002 a dezembro de 2011, e os parceiros masculinos que aceitaram participar do programa.	- 94,4% das gestantes receberam teste e aconselhamento para HIV; - prevalência de HIV: - gestantes: 6,2%; - parceiros masculinos: 6,8%; - crianças expostas ao HIV com idade igual ou inferior a 18 meses: 5,0%.

2013 MELO et al.	Porto Alegre, Brasil	Identificar gestantes e parceiros soropositivos para o HIV durante o trabalho de parto no Hospital Conceição. Além disso, nos parceiros soronegativos em relacionamento sorodiscordante, foi avaliada a presença do alelo mutante CCR5delta32.	Estudo Transversal	1.729 gestantes internadas para o parto, de fevereiro a setembro de 2009, e seus parceiros sexuais masculinos de relacionamentos estáveis.	- 1.648 (95%) mulheres HIV consentiram em testar seus parceiros, e 66,4% deles, aceitaram o teste; - prevalência do HIV em homens testados no estudo: 0,6%; - As estratégias de teste revelaram outros 7 casais sorodiscordantes: - 4 mulheres HIV+ diagnosticadas no parto; - 3 homens previamente HIV+ que não haviam revelado seu status às parceiras; - sorodiscordância para o HIV entre os 1.101 casais: 1,3%.
2013 ARAÚJO et al.	Fortaleza, Brasil	Analisar a prevalência e aspectos sócio-demográficos, comportamentais e fatores institucionais associados à sífilis em parturientes de 7 maternidades públicas de Fortaleza.	Estudo Transversal	Amostra de 222 parturientes selecionadas de junho a setembro de 2010.	- prevalência de sífilis: 7,7%.
2013 NÓBREGA et al.	Salvador, Brasil	Determinar a prevalência periparto de sífilis e HIV-1 e os fatores de risco associados às infecções em gestantes de Salvador, além de avaliar a taxa de TV do HIV-1.	Estudo Transversal	3.300 gestantes periparto entre maio de 2008 e março de 2009, e recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV.	- prevalência de HIV: 0,84%; - prevalência de sífilis: 0,51%.

2013 CHERINET et al.	Etiópia	Determinar a tendência do HIV entre as mulheres grávidas que frequentaram a unidade de pré-natal do Hospital Bishoftu.	Estudo Transversal	7.887 gestantes atendidas na unidade de pré-natal, de janeiro de 2006 a junho de 2010.	- prevalência de HIV em gestantes: 5,4%; - 1.247 gestantes foram testadas em conjunto com os parceiros. Destes: - 92% dos casais eram concordantes negativos para o HIV; - 3,1% dos casais eram concordantes positivos; - 4,9% eram casais sorodiscordantes para o HIV (2,4%: mulheres HIV+ e homens HIV-; 2,5%: homens HIV+ e mulheres HIV-).
2013 NACIUS et al.	Houston, Texas, Estados Unidos da América	Calcular a prevalência de gestantes soropositivas para o HIV com parceiro sorodiscordante, avaliar a revelação ao parceiro de seu status sorológico e examinar os fatores associados à revelação.	Estudo de Coorte Retrospectivo	212 gestantes HIV+ que receberam cuidados pré-natais no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2011, e seus parceiros.	- sorodiscordância para o HIV: 40%; - 34% tinham um parceiro com um status de HIV desconhecido.
2012 ORMAECHÉ et al.	Bacia Amazônica, Peru	Avaliar a prevalência do vírus da hepatite B, sífilis e HIV e fatores de risco associados em gestantes e parceiros masculinos, em seis populações indígenas da Bacia Amazônica peruana.	Estudo Transversal	1.251 gestantes e 778 parceiros do sexo masculino, de julho de 2007 a junho de 2008.	- prevalência de anti-HBc: - gestantes: 42,06%; - parceiros masculinos: 54,09%; - prevalência de HBsAg: - gestantes: 2,11%; - parceiros masculinos: 3,98%; - prevalência de sífilis: - gestantes: 1,60%; - parceiros masculinos: 2,44%; - prevalência de HIV: - gestantes: 0,16%; - parceiros masculinos: 0,29%.

2012	SAINDOU et al.	Mayote, Oceano Índico	Avaliar a prevalência e os fatores de risco para HIV, vírus da hepatite B e sífilis em gestantes de 11 clínicas de pré-natal da ilha de Mayotte, no Oceano Índico.	Estudo Transversal	671 gestantes, de setembro de 2008 a setembro de 2009.	- Nenhum caso de infecção pelo HIV foi detectado entre a população do estudo; - prevalência do HbsAg: 3,4%; - prevalência da sífilis ativa: 2,1%.
2011	SHAH et al.	Karachi, Paquistão	Avaliar a prevalência e fatores de risco associados à sífilis entre as gestantes de três clínicas de pré-natal de Karachi, Paquistão.	Estudo Transversal	800 gestantes, no período de seis semanas de 2007.	- prevalência de sífilis: 0,9%.
2008	YAHYA-MALIMA et al.	Manyara e Singida, Tanzânia	Determinar a prevalência de HIV, herpes genital, sífilis e fatores associados entre gestantes atendidas em seis clínicas de pré-natal das regiões rurais de Manyara e Singida, na Tanzânia.	Estudo Transversal	Os dados do estudo foram oriundos da coleta de dados de uma pesquisa maior com outros objetivos, e dizem respeito a 1.296 gestantes.	- prevalência de HIV: 2%; - prevalência de sífilis: 1,6%.
2008	CLARK et al.	Lima, Ica, Trujillo e Chiclayo, Peru	Determinar a prevalência de HIV, vírus herpes simples tipo 2 e sífilis e comportamentos de risco associados entre parceiros sexuais masculinos de gestantes de quatro cidades peruanas.	Estudo Transversal	1.835 parceiros homens de gestantes, entre dezembro de 2003 e fevereiro de 2004.	- prevalência de HIV: 0,8%; - prevalência de sífilis: 1,6%.

2008 KIZITO et al.	Entebbe, Uganda	Descrever a adoção de testes de HIV e sífilis em um programa de prevenção de transmissão vertical nos serviços de pré-natal do Hospital Entebbe em Uganda.	Estudo Transversal	20.738 gestantes, de maio de 2002 a janeiro de 2006.	- prevalência de HIV: - 12,6% para mulheres; - 10,8% para homens; - prevalência de sífilis: - 4,0% para mulheres; - 6,2% para homens; - Sorodiscordância para o HIV entre 200 casais: 9,5% (9 casais); - De todos os casais com algum par positivo para o HIV, 65,5% eram sorodiscordantes.
2007 CARDOSO et al.	27 municípios da Região Sul do Brasil	Estimar a prevalência do HIV e identificar comportamentos sexuais de risco para a infecção em gestantes que realizaram rotinas de pré-natal em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em 2003.	Estudo Transversal	8.002 gestantes (25% do total dos municípios) que realizaram testes anti-HIV no CTA.	- prevalência de HIV: 0,5%.
2007 ARAZOZA et al.	Cuba	Apresentar uma visão geral da epidemia de HIV/Aids em Cuba e explorar as razões da baixa prevalência da doença nesse país.	Estudo Transversal	Casos de HIV e Aids registrados na base de dados nacional de HIV/Aids.	- prevalência de HIV em gestantes: 1,2 por 10.000 nascimentos (16/137000).
2006 VIANI et al.	Tijuana, México	Avaliar a aceitação do aconselhamento e teste rápido de HIV e determinar os fatores de risco associados à infecção pelo HIV em gestantes atendidas no Hospital Geral de Tijuana, México.	Estudo Transversal	1.529 gestantes durante o pré-natal e 1.068 parturientes, de março a novembro de 2003.	- prevalência do HIV: - geral: 0.65%; - durante o trabalho de parto: 1,12%; - durante pré-natal: 0,33%.

2004	LASSEY, et al.	Gana	Determinar a taxa de portadores do vírus da hepatite C entre mães e determinar se características sociodemográficas selecionadas estão associadas à soropositividade desse vírus.	Estudo Transversal	Gestantes que realizaram o parto na maternidade de estudo, de 1º de março a 30 de setembro de 2001.	- prevalência de anti-HCV+: 2,5%; - Nenhuma gestante ou parceiro sexual era usuário de drogas injetáveis; - prevalência de HIV+: 2,7%.
2004	RODRIGUES et al.	Brasil	Investigar os fatores associados à sorologia positiva para sífilis em puérperas atendidas em 24 centros de saúde credenciados pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.	Estudo Transversal	2 859 puérperas admitidas para parto ou curetagem nos centros selecionados, durante 1 mês do ano 2000.	- prevalência de sífilis: 1,7%.
2001	GOLDBERG et al.	Dundee, Reino Unido	Determinar a prevalência do vírus da hepatite C em gestantes, fatores de risco associados e avaliar o impacto potencial da triagem pré-natal seletiva.	Estudo Transversal	3.548 gestantes, de janeiro a dezembro de 1997.	- prevalência geral do HCV+: 0,6%; - De acordo com os grupos de risco pesquisados, as prevalências foram: - entre usuárias de drogas injetáveis (UDI): 41%; - entre não-usuárias que tiveram parceiro sexual UDI: 15%; - naquelas sem risco definido: 0,3%.
2001	SOUTHWICK et al.	La Paz, El Alto e Cochabamba, Bolívia.	Determinar a prevalência de sífilis materna no momento do parto e os fatores de risco associados em sete hospitais, a fim de fornecer dados básicos para um programa nacional de prevenção na Bolívia.	Estudo Transversal	1.428 mulheres que tiveram recém-nascidos vivos ou natimortos, entre junho e novembro de 1996.	- prevalência de sífilis: - 4,3% das mães de nascidos vivos; - 26% das mães de natimortos.

2001 KILEWO et al.	Dar es Salaam, Tanzânia	Determinar a aceitabilidade do aconselhamento e testagem para o HIV, além da participação em um estudo de intervenção de TV do HIV usando terapia anti-retroviral em Dar es Salaam, Tanzânia.	Estudo Transversal	10.010 gestantes que concordaram em ser testadas de junho de 1996 a maio de 1998.	- prevalência de HIV em gestantes: 13,7%; - em relação a 29 casais, foi identificada uma sorodiscordância de 31%.
2000 ADES et al.	Tâmisa do Norte e Bedfordshire, Reino Unido	Avaliar a prevalência e a epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C em gestantes de 29 distritos de Tâmsa do Norte e em Bedfordshire, no Reino Unido.	Estudo Transversal	126.009 amostras de sangue seco do Laboratório de Triagem Neonatal, entre abril de 1997 e junho de 1998.	- prevalência de HCV: de 0,19% a 0,22%; - 4 das 241 amostras positivas para anti-HCV (1,7%) também eram positivas para o HIV-1. - Estimou-se que, a cada ano, cerca de 1.150 de 730.000 gestações no Reino Unido envolveriam uma mulher HCV+, levando a uma prevalência de 0,16%.
2000 LIMA; PEDRO; ROCHA	Campinas, Brasil	Determinar a prevalência e os fatores de risco associados à infecção pelo HCV em mulheres no momento do parto e avaliar o potencial de infectividade de mulheres anti-HCV+.	Estudo Transversal	6.995 gestantes, de janeiro de 1994 a julho de 1998.	- prevalência de infecção pelo HCV: - 1,5% pelo imunoensaio EIA-3; - 0,8% pelo imunoblot RIBA-3.
1998 FITZGERALD et al.	9 distritos rurais do Haiti	Determinar a prevalência de sífilis, consequências para a saúde e avaliar as medidas de controle da doença.	Estudo Transversal	811 gestantes atendidas de setembro a dezembro de 1996. Além disso, foram revistos registros de 1995 a respeito de casos de úlceras genitais e de sífilis.	- prevalência de sífilis em gestantes: 5,7%.

1997	GARNER et al.	Adelaide, Austrália	Estimar a prevalência da soropositividade pelo vírus da hepatite C e fatores de risco conhecidos para a infecção em um grupo de parturientes.	Estudo Transversal	1.537 mulheres, de fevereiro a dezembro de 1995.	- prevalência de HCV+: 1,1%.
1994	JOHNSTON E et al.	Edimburgo, Escócia	Estudar a dinâmica da prevalência do HIV na gravidez durante um período de tempo em Edimburgo.	Estudo de Coorte	Gestantes HIV+, de 1986 a 1992.	- prevalência de HIV em gestantes: - 1986: 0,5%; - 1992: 0,1%.
1992	BOHMAN et al.	Texas, Estados Unidos da América	Estimar a prevalência da hepatite C e compreender a epidemiologia da doença em gestantes soropositivas para anticorpos contra hepatite C atendidas no Parkland Memorial Hospital.	Estudo Transversal	1.005 gestantes, de novembro de 1990 a janeiro de 1991.	- prevalência de anti-HCV+: 2,28%.
1991	LEE et al.	Taiwan, China	Avaliar a prevalência do anticorpo para o vírus da hepatite C entre os chineses em Taiwan.	Estudo Transversal	793 gestantes, além de outros grupos específicos de indivíduos.	- prevalência de anti HCV+ em gestantes: 0,4%.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Mulher

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MULHER:

HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Investigadores responsáveis: Aline Scherer, Bruno Pereira Nunes, Mariângela Freitas da Silveira

OBJETIVO DA PESQUISA:

Nosso objetivo é avaliar a presença da infecção pelo vírus HIV, vírus das hepatites B e C e da sífilis nas gestantes internadas no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e, também, em seus companheiros. Essas infecções, quando não tratadas e transmitidas ao feto podem ter consequências graves, tais como aborto, malformações, parto prematuro, e até morte do bebê.

Essas doenças são infecções que podem ser transmitidas através da relação sexual. Por isso, é importantíssimo saber de sua presença também nos companheiros, e não somente nas gestantes.

PROCEDIMENTOS:

A pesquisa consta de uma entrevista e coleta de informações para saber se a gestante já realizou algum exame e/ou fez tratamentos relacionados às doenças explicadas acima.

Após o questionário, pediremos sua autorização para consultar informações a respeito dessas infecções na sua Carteirinha de Gestante e no seu prontuário médico. Nenhuma outra pesquisa será realizada com os dados.

Posteriormente, caso você concorde, será oferecido um questionário ao seu companheiro. Após esse questionário, será oferecido a ele a realização de testes rápidos de sangue para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. (Lembramos que é rotina, durante a internação na maternidade, que a equipe de obstetras pesquise a presença dessas doenças em toda grávida internada.)

O material somente será utilizado para o diagnóstico dessas doenças. A amostra colhida não será enviada para outros laboratórios e não será usada para propósitos comerciais, sendo descartada no final do estudo.

Todos os resultados, dados pessoais e demais informações serão rigorosamente mantidos em sigilo e os participantes, mantidos em anonimato.

BENEFÍCIOS:

A presença de infecções sexualmente transmissíveis na gestação pode causar diversas complicações indesejáveis para a mulher e o bebê. Todas elas possuem

algum tipo de tratamento, sendo que algumas podem ter cura total, e outras necessitam de tratamento e acompanhamento pela vida toda. Alguns bebês que nascem com essas doenças, podem ter consequências para sempre, mesmo que façam o tratamento após o nascimento.

Por serem doenças de transmissão pela relação sexual, saber se os companheiros das gestantes também possuem essas doenças, acaba por proteger a gestante e o bebê, já que o tratamento do companheiro pode evitar a infecção na mulher.

Por isso, esse estudo planeja saber o tamanho dessas infecções (a prevalência) nas gestantes pelotenses e em seus companheiros, para que as campanhas de prevenção nesse assunto possam melhorar. Assim sendo, sua participação e a do seu companheiro serão muito importantes, trazendo benefícios para a sociedade, uma vez que não são conhecidos os dados sobre essas infecções em gestantes e seus companheiros na nossa região.

ALTERNATIVAS PARA A PARTICIPAÇÃO:

Sua participação nesse estudo é voluntária. Se não quiser participar, continuará a receber o melhor tratamento nesse serviço e isso não afetará seu tratamento atual ou futuro. Você é livre para retirar o seu consentimento a qualquer hora.

CUSTOS E COMPENSAÇÕES:

Você não pagará nada para participar desse estudo. Você não será paga por participar do estudo.

Caso você apresente alguma dessas infecções pesquisadas, você será informada pela sua equipe assistente da Maternidade e terá garantido o tratamento disponível no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas.

CONFIDENCIALIDADE:

Este estudo envolve informações confidenciais, ou seja, ninguém além dos pesquisadores terá acesso ao seu nome e informações particulares. Essas informações serão mantidas estritamente confidenciais. O seu nome não será dado para ninguém além dos profissionais do presente estudo do Hospital Escola.

Cada participante terá um número codificado que a representará em qualquer análise de dados, sem menção de seu nome ou informações que permitam identificá-la. Qualquer publicação científica dos resultados não identificará você.

Em resumo, os dados individuais de cada participante, resultados de exames e testes, bem como da Carteira de Gestante e do prontuário serão totalmente confidenciais, acessíveis somente aos pesquisadores envolvidos na pesquisa. Nem mesmo o seu companheiro terá acesso ao seu questionário e/ou aos seus resultados de exames, a menos que isso seja de sua explícita vontade.

Desta forma, com a total confidencialidade dos achados do estudo, as participantes estão protegidas de qualquer tipo de discriminação ou preconceito.

PERGUNTAS OU PROBLEMAS:

Se você tem alguma pergunta ou problema quanto a esse estudo, contatar Hospital Escola (53) 3284-4967 - ramal 367 – com Aline Scherer.

Também é possível contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFPel que avalia protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, e aprovou este estudo: Endereço: Av. Duque de Caxias, 250 – Bairro Fragata - Pelotas/RS - Telefone: 3284.4960 - Contato: cep.famed@gmail.com. Horário de funcionamento: 8:00 - 12:00h.

Ressaltamos que este estudo somente poderá ser suspenso após anuência do Comitê de Ética acima mencionado, o qual aprovou esta pesquisa, a menos que o encerramento se dê por razões de segurança. Neste caso, o estudo poderá ser descontinuado sem prévia avaliação do CEP.

CONSENTIMENTO:

Agora gostaríamos de convidá-la para fazer parte do estudo. Uma vez que você leu (ou lhe foi explicado) e entendeu o propósito desse estudo, os procedimentos que serão realizados, os riscos e benefícios, e você **VOLUNTARIAMENTE** concorda em fazer parte desse estudo, favor assinar seu nome abaixo. É importante lembrar que você deve receber uma cópia deste documento!

Eu concordo em participar no estudo acima:

- Número de identificação da gestante para este estudo: (_____)

Nome da mulher _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO/DA INVESTIGADOR/A:

Favor confirmar os itens abaixo:

- A entrevistada foi informada sobre o estudo acima e teve a oportunidade de considerar a informação, fazer perguntas e estas serem respondidas satisfatoriamente.

- A entrevistada compreendeu a finalidade do estudo.

- A entrevistada compreendeu que toda a informação coletada no estudo será realizada na confiança e que, se for apresentada ou publicada, todos os seus dados pessoais serão removidos.

- A entrevistada confirma que estará participando neste estudo de acordo com seu livre arbítrio e compreende que pode se retirar dele a qualquer hora e por qualquer razão, sem ter seus cuidados médicos ou direitos legais afetados.

- 1 cópia para a entrevistada e 1 cópia para o/a investigador/a.

- As páginas anteriores deste Termo de Compromisso Livre e Esclarecido devem estar rubricadas.

Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O indivíduo compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento.

ASSINATURA DO/DA INVESTIGADOR/A: _____

Data ____/____/____

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Companheiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO COMPANHEIRO:

HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Investigadores responsáveis: Aline Scherer, Bruno Pereira Nunes, Mariângela
Freitas da Silveira

OBJETIVO DA PESQUISA:

Nosso objetivo é avaliar a presença da infecção pelo vírus HIV, vírus das hepatites B e C e da sífilis nas gestantes internadas no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e, também, em seus companheiros. Essas infecções, quando não tratadas e transmitidas ao feto podem ter consequências graves, tais como aborto, malformações, parto prematuro, e até morte do bebê. Essas doenças são infecções que podem ser transmitidas através da relação sexual. Por isso, é importantíssimo saber de sua presença também nos companheiros, e não somente nas gestantes.

PROCEDIMENTOS:

A pesquisa consta de uma entrevista e coleta de informações para saber se a gestante já realizou algum exame e/ou fez tratamentos relacionados às doenças explicadas acima. As gestantes realizam uma coleta de sangue para pesquisar a presença dessas infecções automaticamente ao internarem na Maternidade.

Após a entrevista da gestante, será oferecido um questionário sobre os mesmos assuntos para os seus companheiros. Portanto, se você está recebendo esse documento, é porque sua companheira autorizou que nossa equipe fizesse contato com você.

Caso você concorde com a realização de um questionário, nosso/a entrevistador/a irá realizar perguntas a respeito do tema acima explicado.

Após a realização do questionário, o entrevistador irá convidá-lo a realizar testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, com resultados obtidos em alguns minutos. Caso você concorde em realizá-los, o material somente será utilizado para o diagnóstico dessas doenças. A amostra colhida não será enviada para outros laboratórios e será descartada no final da entrevista. Nenhuma outra pesquisa será realizada com os dados coletados.

Todos os resultados, dados pessoais e demais informações serão rigorosamente mantidos em sigilo e os participantes mantidos em anonimato.

Cabe informar, que a coleta desse material é um procedimento necessário para fazer o diagnóstico dessas patologias, entretanto, apesar não afetar a sua saúde, você poderá sentir algum desconforto durante ou após o exame e/ou observar o aparecimento de alguma “mancha roxa” devido a pequeno extravasamento de sangue no local da punção. Para tentar diminuir estes problemas, o estudo contará com pessoas treinadas. Este tipo de procedimento não costuma acarretar nenhum tipo de dano, mas, caso isso ocorra, o projeto se compromete em fornecer assistência médica integral gratuita.

Também ressaltamos a importância de estar ciente das consequências de se estar descobrindo uma doença desconhecida pelo indivíduo que participar da pesquisa.

BENEFÍCIOS:

A presença de infecções sexualmente transmissíveis no homem pode causar diversas alterações nas suas partes íntimas, tais como feridas, inchaços, coceira, corrimento, vermelhidão, etc. e também danos em outras partes do corpo, como hepatite, cirrose, doenças no coração, doenças neurológicas, etc. Em casos graves, algumas dessas infecções podem causar até a morte.

A presença de infecções sexualmente transmissíveis na gestação pode causar diversas complicações, tais como aborto, ruptura precoce da bolsa de líquido amniótico, parto prematuro, morte fetal, infecção no útero ou em outras partes do aparelho ginecológico e a transmissão da doença ao bebê. Em muitos casos, elas podem iniciar de forma silenciosa, sendo descobertas apenas se forem realizados os testes de sangue.

Todas elas possuem algum tipo de tratamento, sendo que algumas podem ter cura total, e outras podem necessitar de tratamento e acompanhamento pela vida toda. Alguns bebês que nascem com essas doenças, podem ter consequências para sempre, mesmo que façam o tratamento após o nascimento.

Por serem doenças de transmissão pela relação sexual, saber se os companheiros das gestantes também possuem essas doenças, acaba por proteger a gestante e o bebê, já que o tratamento do companheiro pode evitar a infecção na mulher. Assim sendo, sua participação será muito importante.

Os resultados dessa pesquisa trarão benefícios para toda a sociedade, pois saber o tamanho dessas infecções nas gestantes pelotenses e em seus companheiros pode melhorar as campanhas de prevenção dessas doenças.

ALTERNATIVAS PARA A PARTICIPAÇÃO:

Sua participação nesse estudo é voluntária. Se você não quiser participar, sua companheira continuará a receber o melhor acompanhamento nesse serviço e isso não afetará seu tratamento atual ou futuro, de qualquer forma. Você é livre para retirar o seu consentimento a qualquer hora.

CUSTOS E COMPENSAÇÕES:

Você não pagará nada para participar desse estudo. Você não será pago por participar do estudo.

Caso você apresente alguma dessas infecções pesquisadas, você será informado e terá garantido o encaminhamento necessário para consulta em ambulatório da faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

CONFIDENCIALIDADE:

Este estudo envolve informações confidenciais, ou seja, ninguém além dos pesquisadores terá acesso ao seu nome e informações particulares. Essas informações serão mantidas estritamente confidenciais. O seu nome não será dado para ninguém além dos profissionais do presente estudo.

Cada participante terá um número codificado que o representará em qualquer análise de dados, sem menção de seu nome ou informações que permitam identificá-lo. Qualquer publicação científica dos resultados não identificará você.

Em resumo, os dados individuais de cada participante, resultados de exames e testes serão totalmente confidenciais, acessíveis somente aos pesquisadores envolvidos na pesquisa. Nem mesmo a sua companheira terá acesso ao seu questionário e/ou aos seus resultados de exames, a menos que isso seja de sua explícita vontade.

Desta forma, com a total confidencialidade dos achados do estudo, os participantes estão protegidos de qualquer tipo de discriminação ou preconceito.

PERGUNTAS OU PROBLEMAS:

Se você tem alguma pergunta ou problema quanto a esse estudo, contatar Hospital Escola (53) 3284-4967 - ramal 367 – com Aline Scherer. Também é possível contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFPel que avalia protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, e aprovou este estudo: Endereço: Av. Duque de Caxias, 250 – Bairro Fragata - Pelotas/RS - Telefone: 3284.4960 - Contato: cep.famed@gmail.com. Horário de funcionamento: 8:00 - 12:00h. Ressaltamos que este estudo somente poderá ser suspenso após anuência do Comitê de Ética acima mencionado, o qual aprovou a pesquisa, a menos que o encerramento se dê por razões de segurança. Neste caso, o estudo poderá ser descontinuado sem prévia avaliação do CEP.

CONSENTIMENTO:

Agora gostaríamos de convidá-lo para fazer parte do estudo. Uma vez que você leu (ou lhe foi explicado) e entendeu o propósito desse estudo, os procedimentos que serão realizados, os riscos e benefícios, e você **VOLUNTARIAMENTE** concorda em

fazer parte desse estudo, favor assinar seu nome abaixo. É importante lembrar que você deve receber uma cópia deste documento!

Eu concordo em participar no estudo acima:

- Número de identificação do companheiro para este estudo: (_____)

Nome do companheiro: _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO/DA INVESTIGADOR/A:

Favor confirmar os itens abaixo:

· O entrevistado foi informado sobre o estudo acima e teve a oportunidade de considerar a informação, fazer perguntas e estas serem respondidas satisfatoriamente. · O entrevistado compreendeu a finalidade do estudo.

· O entrevistado compreendeu que toda a informação coletada no estudo será realizada na confiança e que, se for apresentada ou publicada, todos os seus dados pessoais serão removidos. · O entrevistado confirma que estará participando neste estudo de acordo com seu livre arbítrio e compreende que pode se retirar dele a qualquer hora e por qualquer razão, sem ter seus cuidados médicos ou direitos legais afetados.

· 1 cópia para o entrevistado e 1 cópia para o/a investigador/a. · As páginas anteriores deste Termo de Compromisso Livre e Esclarecido devem estar rubricadas.

Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O indivíduo compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento.

ASSINATURA DO/DA INVESTIGADOR/A: _____

Data ____/____/____

Apêndice D – Questionário da Mulher

QUESTIONÁRIO DA MULHER: (_____)

id: ____

Data: ____/____/____ dd/mm/aaaa

dataent:

Nome da Mulher: _____

nome: ver ao lado

1. Qual a sua data de nascimento?

datanasc:

____/____/____ dd/mm/aaaa

(99) IGN

2. Marque se a paciente é:

estagio:

(1) GESTANTE (3) PÓS-ABORTO

—

(2) PUÉRPERA (4) OUTRA (especificar) _____

2.1. Idade Gestacional (IG): __ semanas e __ dias

igsem: ____

(calculada pelo primeiro US ou método adotado pela equipe da maternidade)

igdias: ____

OBS: Se gestante, IG do dia da entrevista. Se puérpera, IG do dia do parto.

3. Paridade:

g: ____

3.1. Número de Gestações (gesta): __

pv: ____

3.2. Número de Partos Vaginais: __

pc: ____

3.3. Número de Partos Cesáreos: __

ab: ____

3.4. Número de Abortos: __

ect: ____

3.5. Número de Gestações Ectópicas: __

4. Qual é a sua cor?

cor:

(1) preta

(2) parda

(3) branca

(4) amarela

(5) indígena

(99) IGN

5. Quantos anos (completos) de estudo você tem?

anosest:

____ anos de estudo

(99) IGN

6. Você e seu companheiro moram na mesma casa?

compcasa:

(0) Não

(1) Sim

(99) IGN

7. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você?

pessoascasa:

____ pessoas

(99) IGN

8. Qual a renda familiar aproximada, somando-se a renda de todos que vivem na sua casa? renda: ver ao lado

(99) IGN

9. Onde você realizou o Pré-Natal?

- | | | | |
|---|---------|------------------------|-----------------------|
| 9.1. Ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel | (0) não | (1) sim | famed: __ |
| 9.2. Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do Hospital Escola da UFPel | (0) não | (1) sim | pnar: __ |
| 9.3. Ambulatório Olivé Leite da Faculdade de Medicina da UCPel | (0) não | (1) sim | oliveleite: __ |
| 9.4. Unidade Básica de Saúde (UBS) | (0) não | (1) sim. Se sim, qual? | ubs: __ |
| | | _____ | ubsqual: ver ao lado |
| 9.5. Outro local | (0) não | (1) sim. Se sim, qual? | outroprn: __ |
| | | _____ | outroprn: ver ao lado |
| 9.6. Não realizou Pré-Natal | (0) não | (1) sim | sempren: __ |

Resultados dos exames:

10. TESTE HIV (Anti-HIV ou teste rápido):

- | | | | |
|--|------------------|--------------|----------------------------------|
| 10.1. Diagnóstico de HIV + antes da gestação | (0) Não | (1) Sim | hivantes: __ |
| 10.2. Carteira de Pré-natal: | | | |
| Sem exame prévio | (0) Não | (1) Sim | semhiv: __ |
| data: ____/____/____ dd/mm/aa | (0) Não reagente | (1) Reagente | datahiv1: _____
resulhiv1: __ |
| data: ____/____/____ dd/mm/aa | (0) Não reagente | (1) Reagente | datahiv2: _____
resulhiv2: __ |
| data: ____/____/____ dd/mm/aa | (0) Não reagente | (1) Reagente | datahiv3: _____ |

10.3. Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para HIV?

- (0) Não
(1) Sim
(99) IGN

resulhiv3: ____
trathiv: ____

10.4. Em caso de ter realizado tratamento, anotar a data de início do tratamento:

datatrathiv: _____

____/____/____ dd/mm/aa
(99) IGN

10.5. Maternidade:

	(0)	(1)	(2) Não se aplica. (diagnóstico prévio à gestação)	
data: ____/____/____ dd/mm/aa	Não reagente	Reagente		datamaterhiv: _____ resulmaterhiv: ____

11. TESTE SÍFILIS (VDRL ou teste rápido):

11.1. Carteira de Pré-natal:

Sem exame prévio	(0) Não	(1) Sim	semvdr1: ____
data: ____/____/____ dd/mm/aa	(0) Não reagente	(1) Reagente	datavdr1: _____ resulvdr1: ____ titvdr1: se reagente, ver ao lado
data: ____/____/____ dd/mm/aa	(0) Não Reagente	(1) Reagente	datavdr2: _____ resulvdr2: ____ titvdr2: se reagente, ver ao lado
data: ____/____/____ dd/mm/aa	(0) Não Reagente	(1) Reagente	datavdr3: _____ resulvdr3: ____ titvdr3: se reagente, ver ao lado

11.2. Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para sífilis?

- (0) Não
 (1) Sim, uma (1) vez
 (2) Sim, duas (2) vezes
 (3) Sim, três (3) vezes
 (99) IGN

tratsif:

11.3. Em caso de ter realizado tratamento, anotar a data de início do primeiro tratamento:

___/___/___ dd/mm/aa
 (99) IGN

datatratsif:

11.4. Maternidade:

data: ___/___/___ dd/mm/aa

(0) Não Reagente (1) Reagente

Título: _____

datamatervdrl:

resulmatervdrl: ___

titmatervdrl: se
 reagente, ver ao
 lado

12. TESTE HEPATITE B (HbsAg ou teste rápido):

12.1. Diagnóstico de hepatite B antes da gestação

(0) Não

(1) Sim

hepbantes:

12.2. Carteira de Pré-natal:

Sem exame prévio

(0) Não

(1) Sim

semhbsag: ___

data: ___/___/___ dd/mm/aa

(0) Não Reagente

(1) Reagente

datahbsag1:

resulhbsag1: ___

data: ___/___/___ dd/mm/aa

(0) Não Reagente

(1) Reagente

datahbsag2:

resulhbsag2: ___

data: ___/___/___ dd/mm/aa

(0) Não Reagente

(1) Reagente

datahbsag3:

resulhbsag3: ___

12.3. Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para hepatite B?

- (0) Não

trathepb:

(1) Sim (99) IGN				
12.4. Maternidade:	(0)	(1)	(2) Não se aplica. (diagnóstico prévio à gestação)	datamaterhbsag: _____ resulmaterhbsag: _____
data: ____/____/____ dd/mm/aa	Não reagente	Reagente		
12.5. Carteira de Pré-Natal: Imunidade COMPROVADA por Anti-Hbs	(0) Não reagente (menor do que 10)	(1) Reagente (maior ou igual a 10)		antihbs: _____
	(3) sem registro			
12.6. Possui três (3) doses de vacina para hepatite B? (não comprova imunidade)	(0) Não	(1) Sim		vachepb: _____

13. TESTE HEPATITE C (Anti-HCV ou teste rápido):

13.1. Diagnóstico de hepatite C antes da gestação	(0) Não	(1) Sim		hepcantes: _____
13.2. Carteira de Pré-natal:				semhiv: _____
Sem exame prévio	(0) Não	(1) Sim		
data: ____/____/____ dd/mm/aa	(0) Não Reagente	(1) Reagente		datahcv1: _____ resulhcv1: _____
data: ____/____/____ dd/mm/aa	(0) Não Reagente	(1) Reagente		datahcv2: _____ resulhcv2: _____
data: ____/____/____ dd/mm/aa	(0) Não Reagente	(1) Reagente		datahcv3: _____ resulhcv3: _____
13.3. Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para hepatite C?				trathepc: _____
(0) Não (1) Sim (99) IGN				
13.4. Maternidade:	(0)	(1)	(2) Não se aplica. (diagnóstico prévio à gestação)	datamaterhcv: _____ resulmaterhcv: _____
data: ____/____/____ dd/mm/aa	Não reagente	Reagente		

Apêndice E – Questionário do Companheiro

QUESTIONÁRIO DO COMPANHEIRO: (_____)

idh: ____

Data: ____/____/____ dd/mm/aaaa

dataenth:

14. Status do companheiro:

statuscomp:

(1) companheiro entrevistado

(2) gestante não autorizou a entrevista do companheiro

(3) companheiro não localizado

(4) companheiro localizado, mas NEGOU-SE a realizar a entrevista

Nome do companheiro: _____

nomecomp:
ver ao lado

Nome da mulher: _____

nomemulher:
ver ao lado

15. Qual a sua data de nascimento?

datanasch:

____/____/____ dd/mm/aaaa

(99) IGN

16. Qual é a sua cor?

corh:

(1) preta

(2) parda

(3) branca

(4) amarela

(5) indígena

(99) IGN

17. Quantos anos (completos) de estudo você tem?

anosesth:

____ anos de estudo

(99) IGN

18. Qual a renda familiar aproximada, somando-se a renda de todos que vivem na sua casa?

rendah:
ver ao lado_____
(99) IGN

19. Qual o tempo aproximado de relacionamento com a sua companheira?

temporelac:

(se necessário, anotar em "anos" abaixo e, depois, multiplicar por 12 meses)

(____) meses

(99) IGN

Alguma vez na vida você realizou algum dos seguintes exames?

20. **TESTE PARA HIV:**

testehivh:

(0) Não

- (1) Sim
(99) IGN

Se sim:

20.1. Você realizou este exame de HIV **durante a gestação** de sua companheira? hivhnagesta: — —

- (0) Não
(1) Sim
(99) IGN

Se sim:

20.2. Por que motivo você realizou esse exame de HIV durante a gestação de sua companheira? motivohiv: — —

(1) por vontade própria
(2) por solicitação do profissional que faz o pré-natal da minha companheira
(3) por outro motivo (descrever o motivo): _____

_____ Se alternativa 3: responder outromotivohiv: ver ao lado

(99) IGN

20.3. Alguma vez você já realizou tratamento para HIV?

trathivh: — —

- (0) Não
(1) Sim
(99) IGN

20.4. Data início do tratamento:

datatrathivh: — — — — —

____/____/____ dd/mm/aa
(99) IGN

21. **TESTE PARA SÍFILIS:**

testesifh: — —

- (0) Não
(1) Sim
(99) IGN

Se sim:

21.1. Você realizou este exame de sífilis **durante a gestação** da sua companheira? sifhnagesta: — —

- (0) Não
(1) Sim
(99) IGN

Se sim:

21.2. Por que motivo você realizou este exame de sífilis durante a gestação de sua companheira? motivosif: — —

(1) por vontade própria
(2) por solicitação do profissional que faz o pré-natal da minha companheira
(3) por outro motivo (descrever o motivo): _____
_____ Se alternativa 3: outromotivosif: ver ao lado

(99) IGN	
21.3. Alguma vez você já realizou tratamento para sífilis?	tratsifh:
(0) Não	— —
(1) Sim	
(99) IGN	
21.4. Data de início do tratamento:	datatratsifh:
(se mais de um tratamento, anotar apenas a data do último)	— — — — —
 ____/____/____ dd/mm/aa	
(99) IGN	
22. TESTE PARA HEPATITE B:	testehepbh:
(0) Não	— —
(1) Sim	
(99) IGN	
Se sim:	
22.1. Você realizou este exame de hepatite B durante a gestação de sua	hepbhnagesta:
companheira?	— —
(0) Não	
(1) Sim	
(99) IGN	
Se sim:	
22.2. Por que motivo você realizou este exame de hepatite B durante a	motivohepb:
gestação de sua companheira?	— —
(1) por vontade própria	
(2) por solicitação do profissional que faz o pré-natal da minha	
companheira	
(3) por outro motivo (descrever o motivo): _____	Se alternativa 3:
	outromotivohepb:
	ver ao lado
(99) IGN	
22.3. Alguma vez você já realizou tratamento para hepatite B?	trathepbh:
(0) Não	— —
(1) Sim	
(99) IGN	
22.4. Data início do tratamento:	datatrathepbh:
	— — — — —
 ____/____/____ dd/mm/aa	
(99) IGN	
23. TESTE PARA HEPATITE C:	testehepch:
(0) Não	— —

- (1) Sim
(99) IGN

Se sim:

23.1. Você realizou este exame de hepatite C **durante a gestação** de sua parceira? hepchnagesta: ____

- (0) Não
(1) Sim
(99) IGN

Se sim:

23.2. Por que motivo você realizou este exame de hepatite C durante a gestação de sua parceira? motivohepc: ____

- (1) por vontade própria
(2) por solicitação do profissional que faz o pré-natal da minha parceira
(3) por outro motivo (descrever o motivo): _____

Se alternativa 3:
outromotivohepc:
ver ao lado

(99) IGN

23.3. Alguma vez você já realizou tratamento para hepatite C?

trathepch: ____

- (0) Não
(1) Sim
(99) IGN

23.4. Data início do tratamento:

datatrathepch: ____

____/____/____ dd/mm/aa
(99) IGN

24. Testes Rápidos:

statustestesh: ____

- (0) parceiro negou-se a realizar os testes rápidos
(1) parceiro realizou os testes rápidos

25. Data da realização dos exames do parceiro:

datatestesh: ____

____/____/____ dd/mm/aa

26. **TESTE HIV**

(0) Não reagente (1) Reagente

resulhivh: ____

27. **TESTE SÍFILIS**

(0) Não reagente (1) Reagente

resulsifh: ____

28. **TESTE HEPATITE B**

(0) Não reagente (1) Reagente

resulhepbh: ____

29. **TESTE HEPATITE C**

(0) Não reagente (1) Reagente

resulhepch: ____

Apêndice F – Manual de Entrevista

MANUAL DE ENTREVISTA

**Prevalência de HIV, Hepatite B, Hepatite C e
Sífilis: uma avaliação em gestantes, seus
companheiros e relações de
sorodiscordância entre os casais**

2018

1. RECOMENDAÇÕES AOS ENTREVISTADORES:

Os entrevistadores representarão o estudo **Prevalência de HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis: uma avaliação em gestantes, seus companheiros e relações de sorodiscordância entre os casais** e deverão estar atentos aos protocolos de conduta relacionados à apresentação pessoal e trato com as/os participantes da pesquisa no momento das entrevistas e dos testes rápidos. Desta forma, devem adotar as seguintes recomendações:

1.1. O uso do jaleco e do crachá com a identificação da pesquisa é obrigatório. Durante a entrevista, não é permitido consumir bebidas ou alimentos, nem mascar chicletes.

1.2. O celular deve permanecer no modo silencioso durante toda a entrevista, com a função “Vibrar” desligada.

1.4. Os entrevistados devem ser tratados com cordialidade e respeito. Não o(a) chame diretamente pelo nome e use sempre as expressões senhor, senhora ou dona ao invés de você ou tu. Evite gírias. Não infantilize o(a) entrevistado(a), nem faça comentários sobre a sua situação ou aparência. Permita que o(a) entrevistado(a) utilize sua própria linguagem, não o(a) corrija.

1.5. Ao finalizar a entrevista, agradeça a colaboração e se despeça cordialmente.

2. CÓDIGO DE ÉTICA:

Conforme código de ética em pesquisa, todas as informações obtidas durante a realização da pesquisa são confidenciais. Nenhum material ou informação recebido pelo entrevistador ao longo do projeto poderá ser reproduzido ou entregue a terceiros. Também é expressamente proibido fotografar os entrevistados ou seus documentos e/ou laudos de exames, ou mesmo divulgar o trabalho por meio da mídia ou redes sociais. Qualquer infração ao contrato de sigilo com os entrevistados será de responsabilidade da equipe de pesquisa, **o que inclui o entrevistador em questão.**

3. INSTRUÇÕES GERAIS PARA A ENTREVISTA:

O objetivo das instruções gerais é fornecer orientações relacionadas à realização das entrevistas e dos testes rápidos a fim de padronizar as coletas de dados e os procedimentos.

3.1. Kit de pesquisa

Todos os entrevistadores receberão um Kit de pesquisa contendo:

- 1) pastas plásticas contendo questionários, consentimentos informados e este manual.
- 2) caneta
- 3) 1 pasta plástica onde deverão ser colocados os questionários já preenchidos

4. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES (CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA PESQUISA):

4.1. MULHERES: Serão selecionadas **TODAS** as gestantes ou puérperas que internarem na Maternidade do hospital sede do estudo, a partir do início da pesquisa, INDEPENDENTEMENTE do motivo da internação, que refiram possuir um companheiro com **relacionamento estável** (caracterizado por um relacionamento com duração de **TRÊS MESES OU MAIS**). Certifique-se de que a mulher não foi entrevistada para esta pesquisa durante alguma internação anterior neste hospital.

4.2. HOMENS: Após a entrevista das mulheres, será oferecida **a ela** a entrevista do seu companheiro (detalhado abaixo). Após a AUTORIZAÇÃO da mulher, seu companheiro será convidado a participar da pesquisa.

5. REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA DA MULHER:

5.1. Inicie o contato com a entrevistada explicando os objetivos da pesquisa, a forma como os dados serão coletados e o caráter sigiloso das informações prestadas.

Informe que a pesquisa tem por **objetivo maior** impedir a transmissão de algumas doenças infecciosas por parte da gestante para o bebê e, para isso, **precisamos saber se a gestante realizou alguns exames durante o pré-natal e a internação hospitalar**.

Esclareça que os resultados são totalmente sigilosos, e que não serão revelados a terceiros e nem utilizados para nenhuma outra finalidade além dos objetivos da pesquisa, cuja divulgação científica não terá nenhuma identificação dos entrevistados.

Após a resposta afirmativa, esclareça que a pesquisa não oferece riscos físicos à gestante e que os participantes não recebem nenhum pagamento pela participação no estudo. Da mesma forma, informe que ela tem o direito a se recusar a participar ou abandonar a pesquisa a qualquer momento.

5.2. Diante da concordância da entrevistada em participar da pesquisa **leia o** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**TCLE**). Após a leitura, pergunte se restaram dúvidas e esclareça-as, caso afirmativo. Por fim, solicite a assinatura, em duas vias, do TCLE, entregando **uma via para a entrevistada**. Guarde a outra via juntamente com o questionário no envelope pardo. As duas vias também devem ser assinadas pelo(a) entrevistador(a).

5.3. Caso a entrevistada seja analfabeta, ofereça possibilidade de firmar o aceite com o polegar da mão direita, devidamente borrado com tinta de carimbo. Ao final desse procedimento, se ofereça para limpar o dedo da entrevistada com álcool gel e gaze.

5.4. Após a assinatura dos Termos de consentimento o(a) entrevistador(a) deverá preencher a data e os dados que identifiquem a entrevistada com seu número correspondente e iniciar a entrevista.

5.5. Forneça todas as instruções em voz alta, clara e pausadamente. Certifique-se que o(a) entrevistado(a) está olhando para você e pode ouvi-lo(a).

5.6. Aplique o questionário na sequência apresentada e não modifique a ordem das questões.

5.7. Caso o(a) entrevistado(a) não compreenda algum item ou instrução, repita. O(A) entrevistador(a) não deve fazer comentários, nem fornecer explicações adicionais ao que está previsto neste manual ou no questionário.

5.8. Toda a entrevista será feita por meio do questionário. Não entregue o questionário ao(à) entrevistado(a). O preenchimento deste é de exclusiva responsabilidade do(da) entrevistador(a).

5.9. Ao finalizar cada entrevista, revise todas as questões e corrija eventuais omissões, falhas ou inconsistências. Todos os registros devem ser feitos durante a entrevista. Não confie na sua memória.

6. O QUESTIONÁRIO DA MULHER:

Instruções quanto ao preenchimento de cada uma das questões:

Data:	Preencha na forma dd/mm/aaaa
Nome da Mulher: _____	Preencha o nome completo da mulher, sem abreviações.
1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____ dd/mm/aaaa (99) IGN	Caso a entrevistada tenha dúvidas, certifique-se, após a entrevista, verificando nos dados de internação hospitalar.
2. Marque se a paciente é: (1) GESTANTE (2) PUÉRPERA (3) PÓS-ABORTO (4) OUTRA (especificar)	Marque apenas uma alternativa. No caso de marcar a alternativa 4 (OUTRA), especificar (p. Ex.: mola hidatiforme, gestação ectópica).
2.1. Idade Gestacional (IG): __ semanas e __ dias	Preencha com a idade gestacional (IG) da entrevistada calculada pelo primeiro ultrassom ou pelo método adotado pela equipe da maternidade. Se ela for gestante, anote a IG da data da entrevista; se for puérpera, anote a IG do dia do parto.
3. Paridade: 3.1. Número de Gestações (gesta): 3.2. Número de Partos Vaginais: 3.3. Número de Partos Cesáreos: 3.4. Número de Abortos: 3.5. Número de Gestações Ectópicas:	Anote a paridade da entrevistada, preenchendo o número total de gestações (o que inclui a gestação atual) e o número de gestações anteriores, explicitando o tipo de parto (vaginal ou cesáreo) e/ou aborto ou gestação ectópica.
4. Qual é a sua cor?	Anote a cor autodeclarada pela entrevistada. Caso ela não saiba informar, marque IGN

(1) preta (4) amarela (2) parda (5) indígena (3) branca (99) IGN	(ignorado).
5. Quantos anos (completos) de estudo você tem? ____ anos de estudo (99) IGN	Anote o número de anos de estudo completos referido pela entrevistada. Caso a paciente não saiba informar, marque IGN (ignorado).
6. Você e seu companheiro moram na mesma casa? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso a paciente não saiba informar, marque IGN (ignorado).
7. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você? ____ pessoas (99) IGN	Anote o número de pessoas que moram na mesma casa que a entrevistada, incluindo-a na contagem. Caso ela não saiba informar, marque IGN (ignorado).
8. Qual a renda familiar aproximada, somando-se a renda de todos que vivem na sua casa? _____ (99) IGN	Deve ser anotada a renda de todas as pessoas que contribuem economicamente para a manutenção da casa (além da entrevistada e companheiro, algum idoso, jovem que trabalhe, auxílios, etc.). Anote a renda na forma que a entrevistada referir, mas de uma forma que depois seja possível transformar em reais. P. Ex.: 2 salários mínimos regionais; 1 auxílio bolsa-família mais uma pensão alimentícia de “tal valor”; meu salário de “X” reais mais o salário do meu companheiro de “Y” reais, etc. Sempre que referir salário mínimo, descrever se é regional ou nacional, pois os valores são diferentes. Sempre que descrever um auxílio ou pensão, anotar o valor aproximado. Tranquilizar a entrevistada de que não precisa ser um valor exato, mas o mais aproximado possível. Caso a entrevistada não saiba informar, marque IGN (ignorado).
9. Onde você realizou o Pré-Natal? 9.1. Ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel (0) não (1) sim	Marcar apenas uma alternativa em cada possível local de pré-natal (“sim” ou “não”). Pode-se marcar todos os locais onde a paciente fez o Pré-Natal, se mais de um. No caso de marcar “sim” no item 9.4. “UBS”,

9.2. Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do Hospital Escola da UFPel (0) não (1) sim 9.3. Ambulatório Olivé Leite da Faculdade de Medicina da UCPel (0) não (1) sim 9.4. Unidade Básica de Saúde (UBS) (0) não (1) sim. Se sim, qual? _____ 9.5. Outro local (0) não (1) sim. Se sim, qual? _____ 9.6. Não realizou Pré-Natal (0) não (1) sim	anotar o nome da UBS. No caso de marcar “sim” no item 9.5. “Outro local”, anotar o nome deste local. P. ex.: consultório particular, clínica tal, etc. No caso de a entrevistada não ter realizado pré-natal, marque “sim” no item 9.6. “Não realizou pré-natal”. De forma semelhante, se ela FEZ pré-natal em algum local marcado nos itens acima, marque “não” nesse item 9.6.
10. TESTE HIV (Anti-HIV ou teste rápido):	
10.1. Diagnóstico de HIV + antes da gestação (0) Não (1) Sim	Anotar apenas uma alternativa. Caso a entrevistada tenha diagnóstico de HIV+ prévio à gestação, marque a alternativa “sim” e passe para a questão 10.3.
10.2. Carteira de Pré-natal: Sem exame prévio (0) Não (1) Sim data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente	Primeiramente, anotar os resultados dos exames coletados na carteira de pré-natal. Anotar os resultados de exame de anti-HIV e/ou teste rápido para HIV. Caso ela não tenha realizado o exame de HIV durante o pré-natal, marque a alternativa “sim” no item “sem exame prévio”. Caso ela tenha realizado o exame, marque a alternativa “não” nesse mesmo item e prossiga anotando a data e o referido resultado para cada exame solicitado. Em caso de ter realizado o exame de HIV durante o pré-natal, anotar a data (dd/mm/aa) e apenas uma alternativa de resposta (não reagente ou reagente).

data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente	Anotar todas as vezes que a entrevistada realizou exame de HIV no pré-natal.
10.3. Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para HIV? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Anotar apenas uma alternativa. Caso a paciente não saiba informar, marque IGN (ignorado).
10.4. Em caso de ter realizado tratamento, anotar a data de início do tratamento: ____/____/____ dd/mm/aa (99) IGN	Anotar a data aproximada de início do tratamento antirretroviral. No caso de a entrevistada não lembrar com exatidão, anote o mês e ano ou apenas o ano de início do tratamento. Caso a entrevistada não saiba informar, marque IGN (ignorado).
10.5. Maternidade: data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente (2) Não se aplica (diagnóstico prévio à gestação)	Agora anote o resultado do exame anti-HIV ou teste rápido solicitado pela equipe da maternidade. Caso a entrevistada tenha diagnóstico de HIV prévio à gestação marque a alternativa “não se aplica”. Nos demais casos, pesquise no prontuário digital, na seção de resultados de exames do sistema do Hospital Escola da UFPel. Anote a data(dd/mm/aa) e o resultado do exame, marcando apenas uma alternativa (reagente ou não reagente).
11. TESTE SÍFILIS (VDRL ou teste rápido):	
11.1. Carteira de Pré-natal: Sem exame prévio (0) Não (1) Sim data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente Título1: ____ data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente Título 2: ____	Primeiramente, anotar os resultados dos exames coletados na carteira de pré-natal. Anotar os resultados de exame de VDRL e/ou teste rápido para sífilis. Caso ela não tenha realizado o exame de sífilis durante o pré-natal, marque a alternativa “sim” no item “sem exame prévio”. Caso ela tenha realizado o exame, marque a alternativa “não” nesse mesmo item e prossiga anotando a data e o referido resultado para cada exame solicitado. Em caso de ter realizado o exame de sífilis durante o pré-natal, anotar a data (dd/mm/aa) e

data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente Título 3: ____	apenas uma alternativa de resposta (não reagente ou reagente). Em caso de exame reagente para sífilis, anote ao lado o título do exame. P. ex. 1:1, 1:64, etc. Anotar todas as vezes que a entrevistada realizou exame de sífilis no pré-natal.
11.2. Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para sífilis? (0) Não (1) Sim, uma (1) vez (2) Sim, duas (2) vezes (3) Sim, três (3) vezes (99) IGN	Anotar apenas uma alternativa. Caso a entrevistada não saiba informar, marque IGN (ignorado).
11.3. Em caso de ter realizado tratamento, anotar a data de início do primeiro tratamento: ____/____/____ dd/mm/aa (99) IGN	Anotar a data aproximada de início do tratamento. No caso de a entrevistada não lembrar com exatidão, anote o mês e ano de início do tratamento. Caso ela não saiba informar, marque IGN (ignorado).
11.4. Maternidade: data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente Título: ____	Agora anote o resultado do exame VDRL ou teste rápido solicitado pela equipe da maternidade. Pesquise no prontuário digital, na seção de resultado de exames do sistema do Hospital Escola da UFPel. Anote a data(dd/mm/aa) e o resultado do exame, marcando apenas uma alternativa (reagente ou não reagente). Em caso de exame reagente para sífilis, anote ao lado o título do exame. P. ex. 1:1, 1:64, etc.
12. TESTE HEPATITE B (HbsAg ou teste rápido):	
12.1. Diagnóstico de hepatite B antes da gestação (0) Não (1) Sim	Anotar apenas uma alternativa. Caso a entrevistada tenha diagnóstico de hepatite B prévio à gestação, marque a alternativa “sim” e passe para a questão 12.3.

12.2. Carteira de Pré-natal: Sem exame prévio (0) Não (1) Sim data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente	Primeiramente, anotar os resultados dos exames coletados na carteira de pré-natal. Anotar os resultados de exame de HbsAg e/ou teste rápido para hepatite B. Caso a entrevistada não tenha realizado o exame de hepatite B durante o pré-natal, marque a alternativa “sim” no item “sem exame prévio”. Caso ela tenha realizado o exame, marque a alternativa “não” nesse mesmo item e prossiga anotando a data e o referido resultado para cada exame solicitado. Em caso de ter realizado o exame de hepatite B durante o pré-natal, anotar a data (dd/mm/aa) e apenas uma alternativa de resposta (não reagente ou reagente). Anotar todas as vezes que a entrevistada realizou exame de hepatite B no pré-natal.
12.3. Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para hepatite B? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Anotar apenas uma alternativa. Caso a entrevistada não saiba informar, marque IGN (ignorado).
12.4. Maternidade: data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente (2) Não se aplica (diagnóstico prévio à gestação)	Agora anote o resultado do exame HbsAg solicitado pela equipe da maternidade. Caso a entrevistada tenha diagnóstico de hepatite B prévio à gestação marque a alternativa “não se aplica”. Nos demais casos, pesquise no prontuário digital, na seção de resultado de exames do sistema do Hospital Escola da UFPel. Anote a data(dd/mm/aa) e o resultado do exame, marcando apenas uma alternativa (reagente ou não reagente).
12.5. Carteira de Pré-Natal: Imunidade COMPROVADA por Anti-Hbs (0) Não reagente (menor do que 10) (1) Reagente (maior ou iguala 10)	Anotar o resultado do exame de Anti-Hbs da carteira de pré-natal, se existente. Marcar apenas uma resposta. Se inexistir registro, anotar item 2.

(2) sem registro	
12.6. Carteira de Pré-Natal: Possui 3 (três) doses de vacina para hepatite B? (0) Não (1) Sim	Anotar se existe registro na carteira de pré-natal de vacinação completa (3 doses) para hepatite B. Anotar apenas uma alternativa).
13. TESTE HEPATITE C (Anti-HCV ou teste rápido):	
13.1. Diagnóstico de hepatite C antes da gestação (0) Não (1) Sim	Anotar apenas uma alternativa. Caso a entrevistada tenha diagnóstico de hepatite C prévio à gestação, marque a alternativa “sim” e passe para a questão 13.3.
13.2. Carteira de Pré-natal: Sem exame prévio (0) Não (1) Sim data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente data: ____/____/____ dd/mm/aa (0) Não reagente (1) Reagente	Primeiramente, anotar os resultados dos exames coletados na carteira de pré-natal. Anotar os resultados de exame de anti-HCV e/ou teste rápido para hepatite C. Caso a paciente não tenha realizado o exame de hepatite C durante o pré-natal, marque a alternativa “sim” no item “sem exame prévio”. Caso ela tenha realizado o exame, marque a alternativa “não” nesse mesmo item e prossiga anotando a data e o referido resultado para cada exame solicitado. Em caso de ter realizado o exame de hepatite C durante o pré-natal, anotar a data (dd/mm/aa) e apenas uma alternativa de resposta (não reagente ou reagente). Anotar todas as vezes que a entrevistada realizou exame de hepatite C no pré-natal.
13.3. Em caso de exame reagente, realiza/realizou tratamento para hepatite C? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Anotar apenas uma alternativa. Caso a entrevistada não saiba informar, marque IGN (ignorado).
13.4. Maternidade: data: ____/____/____ dd/mm/aa	Agora anote o resultado do exame anti-HCV solicitado pela equipe da maternidade. Caso a entrevistada tenha diagnóstico de hepatite C prévio à gestação marque a

(0) Não reagente (1) Reagente (2) Não se aplica (diagnóstico prévio à gestação)	alternativa “não se aplica”. Nos demais casos, pesquise no prontuário digital, na seção de resultado de exames do sistema do Hospital Escola da UFPel. Anote a data(dd/mm/aa) e o resultado do exame, marcando apenas uma alternativa (reagente ou não reagente).
--	--

7. SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA A ENTREVISTA DO COMPANHEIRO:

Após a realização do questionário da mulher, informe a ela que também gostaríamos de entrevistar o seu companheiro. Explique que, para diminuir a transmissão dessas infecções aos recém-nascidos, é muito importante também conversarmos com os pais dos bebês, já que são doenças transmitidas também pela relação sexual.

Informe que será uma entrevista para sabermos se **ele já realizou** algum desses exames na vida e que as informações coletadas na entrevista da mulher não serão comentadas com o companheiro, a menos que isso seja da vontade dela.

Informe também que, após a entrevista do companheiro, **a ele será oferecida a realização de testes rápidos** para as doenças que fazem parte da pesquisa (a saber, HIV, sífilis, hepatites B e C).

8. ENCERRAMENTO DA ENTREVISTA DA MULHER:

Se a entrevistada não autorizar a entrevista do companheiro, agradeça sua participação e encerre a entrevista.

Se ela autorizar, informe-se da melhor forma de encontrar o companheiro, horário de visita ao hospital, etc.

9. REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA DO COMPANHEIRO:

9.1. Inicie o contato com o companheiro explicando os objetivos da pesquisa, a forma como os dados serão coletados e o caráter sigiloso das informações prestadas.

Informe que a pesquisa tem por **objetivo maior** impedir a transmissão de algumas doenças infecciosas por parte da gestante para o bebê. Explique que devido ao fato de essas doenças poderem ser **transmitidas por meio da relação sexual**, é importante, saber informações sobre o pré-natal da gestante **e também sobre os pais dos recém-nascidos**.

Informe que será realizada uma entrevista para sabermos se **ele já realizou** algum desses exames na vida e que as informações coletadas não serão comentadas com nenhuma outra pessoa, nem mesmo com a sua companheira, a menos que isso seja da vontade dele.

Informe também que, após a entrevista, **a ele será oferecida a realização de testes rápidos** para as doenças que fazem parte da pesquisa (a saber, HIV, sífilis, hepatites B e C), sendo que esses exames somente serão realizados com a expressa autorização do entrevistado.

Esclareça que os resultados são totalmente sigilosos, e que não serão revelados a terceiros, nem mesmo para sua companheira, a menos que isso seja da vontade dele. Informe também que os dados não serão utilizados para nenhuma outra finalidade além dos objetivos da pesquisa.

Após a resposta afirmativa, esclareça que a pesquisa não oferece riscos físicos e que os participantes não recebem nenhum pagamento pela participação no estudo. Da mesma forma, informe que ele tem o direito a se recusar a participar ou abandonar a pesquisa a qualquer momento.

9.2. Diante da concordância do entrevistado em participar da pesquisa **leia o** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**TCLE**). Após a leitura, pergunte se restaram dúvidas e esclareça, caso afirmativo. Por fim, solicite a assinatura, em duas vias, do TCLE, entregando **uma via para o entrevistado**. Guarde a outra via juntamente com o questionário no envelope pardo. As duas vias também devem ser assinadas pelo(a) entrevistador(a).

9.3. Caso o entrevistado seja analfabeto, ofereça possibilidade de firmar o aceite com o polegar da mão direita, devidamente borrado com tinta de carimbo. Ao final desse procedimento, se ofereça para limpar o dedo da entrevistada com álcool gel e gaze.

9.4. Após a assinatura dos Termos de consentimento o(a) entrevistador(a) deverá preencher a data e os dados que identifiquem o entrevistado com seu número correspondente e o nome da mulher e iniciar a entrevista.

9.5. Proceda de forma semelhante ao exposto acima nos itens de 5.5. a 5.9.

10. O QUESTIONÁRIO DO HOMEM:

Instruções quanto ao preenchimento de cada uma das questões:

Data: ____/____/____ dd/mm/aaaa	Preencha na forma dd/mm/aaaa
14. Status do companheiro: (1) companheiro entrevistado (2) gestante não autorizou a entrevista do companheiro (3) companheiro não localizado (4) companheiro localizado, mas NEGOU-SE a realizar a entrevista	Marque apenas uma alternativa, de acordo com o que segue: Caso o companheiro responda ao questionário, marque a alternativa 1. Caso a mulher não autorize a entrevista do companheiro, marque a alternativa 2. Caso o companheiro não seja encontrado após várias tentativas, marque a alternativa 3. Caso ele seja localizado, mas não aceite responder ao questionário, marque a alternativa 4.

Nome do companheiro: _____ Nome da mulher: _____	Nome do companheiro e Nome da mulher: preencha com os nomes completos, sem abreviações.
15. Qual a sua data de nascimento? _____/_____/_____ dd/mm/aaaa (99) IGN	Escreva a data fornecida pelo entrevistado na forma dd/mm/aaaa. Caso ele tenha dúvidas, pode ser consultado um documento mediante sua autorização. Caso isso não seja possível, marque a alternativa IGN (ignorado).
16. Qual é a sua cor? (1) preta (2) parda (3) branca (4) amarela (5) indígena (99) IGN	Anote a cor autodeclarada pelo entrevistado. Caso ele não saiba informar, marque IGN (ignorado).
17. Quantos anos (completos) de estudo você tem? ____ anos de estudo (99) IGN	Anote o número de anos de estudo completos referido pelo entrevistado. Caso ele não saiba informar, marque IGN (ignorado).
18. Qual a renda familiar aproximada, somando-se a renda de todos que vivem na sua casa? _____ (99) IGN	Deve ser anotada a renda de todas as pessoas que contribuem economicamente para a manutenção da casa (além do entrevistado e companheira, algum idoso, jovem que trabalhe, auxílios, etc.). Anote a renda na forma que o entrevistado referir, mas de uma forma que depois seja possível transformar em reais. P. Ex.: 2 salários mínimos regionais; 1 auxílio bolsa-família mais uma pensão alimentícia de “tal valor”; meu salário de “X” reais mais o salário da minha companheira de “Y” reais, etc. Sempre que referir salário mínimo , descrever se é regional ou nacional , pois os valores são diferentes. Sempre que descrever um auxílio ou pensão, anotar o valor aproximado. Tranquilizar o entrevistado de que não precisa ser um valor exato, mas o mais aproximado possível. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado).
19. Qual o tempo aproximado de relacionamento com a sua companheira?	Anote o tempo de relacionamento em “meses”. Se for necessário, anote primeiramente em anos ao lado e, depois,

<i>(se necessário, anotar em “anos” abaixo e, depois, multiplicar por 12 meses)</i> (_ _ _) meses (99) IGN	calcule o número de meses, multiplicando esse número por “12 meses”. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado).
Alguma vez na vida você realizou algum dos seguintes exames?	Agora faça perguntas separadamente sobre cada um dos exames e marque de acordo:
20. TESTE PARA HIV: (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para questão 20.1. Caso o entrevistado responda “não” ou “ignorado”, passe para a questão 20.3.
Se sim: 20.1. Você realizou este exame de HIV durante a gestação de sua companheira? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para questão 20.2. Caso o entrevistado responda “não” ou “ignorado”, passe para a questão 20.3.
Se sim: 20.2. Por que motivo você realizou esse exame de HIV durante a gestação de sua companheira? (1) por vontade própria (2) por solicitação do profissional que faz o pré-natal da minha companheira (3) por outro motivo (descrever o motivo): _____ (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “por outro motivo”, escreva o motivo por extenso na linha que se segue à alternativa.
20.3. Alguma vez você já realizou tratamento para HIV? (0) Não	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado).

(1) Sim (99) IGN	Caso o entrevistado responda “sim”, passe para a questão 20.4. Caso o entrevistado responda “não”, passe para a questão 21.
20.4. Data início do tratamento: ____/____/____ dd/mm/aa (99) IGN	Anotar a data aproximada de início do tratamento antirretroviral. No caso de o entrevistado não lembrar com exatidão, anote o mês e ano ou apenas o ano de início do tratamento. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado).
21. TESTE PARA SÍFILIS: (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para questão 21.1. Caso o entrevistado responda “não” ou “ignorado”, passe para a questão 21.3
Se sim: 21.1. Você realizou este exame de sífilis durante a gestação da sua companheira? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para questão 21.2. Caso o entrevistado responda “não” ou “ignorado”, passe para a questão 21.3.
Se sim: 21.2. Por que motivo você realizou este exame de sífilis durante a gestação de sua companheira? (1) por vontade própria (2) por solicitação do profissional que faz o pré-natal da minha companheira (3) por outro motivo (descrever o motivo): _____ (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “por outro motivo”, escreva o motivo por extenso na linha que se segue à alternativa.
21.3. Alguma vez você já realizou	Marque apenas uma alternativa.

tratamento para sífilis? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para a questão 21.4. Caso o entrevistado responda “não”, passe para a questão 22.
21.4. Data de início do tratamento: <i>(se mais de um tratamento, anotar apenas a data do último)</i> ____/____/____ dd/mm/aa (99) IGN	Anotar a data aproximada de início do tratamento. No caso de o entrevistado não lembrar com exatidão, anote o mês e ano ou apenas o ano de início do tratamento. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado).
22. TESTE PARA HEPATITE B: (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para questão 22.1. Caso o entrevistado responda “não” ou “ignorado”, passe para a questão 22.3.
Se sim: 22.1. Você realizou este exame de hepatite B durante a gestação de sua companheira? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para questão 22.2. Caso o entrevistado responda “não” ou “ignorado”, passe para a questão 22.3.
Se sim: 22.2. Por que motivo você realizou este exame de hepatite B durante a gestação de sua companheira? (1) por vontade própria (2) por solicitação do profissional que faz o pré-natal da minha companheira	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “por outro motivo”, escreva o motivo por extenso na linha que se segue à alternativa.

(3) por outro motivo (descrever o motivo): (99) IGN	
22.3. Alguma vez você já realizou tratamento para hepatite B? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para a questão 22.4. Caso o entrevistado responda “não”, passe para a questão 23.
22.4. Data início do tratamento: ____/____/____ dd/mm/aa (99) IGN	Anotar a data aproximada de início do tratamento. No caso de o entrevistado não lembrar com exatidão, anote o mês e ano ou apenas o ano de início do tratamento. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado).
23. TESTE PARA HEPATITE C: (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para questão 23.1. Caso o entrevistado responda “não” ou “ignorado”, passe para a questão 23.3.
Se sim: 23.1. Você realizou este exame de hepatite C durante a gestação de sua companheira? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para questão 23.2. Caso o entrevistado responda “não” ou “ignorado”, passe para a questão 23.3.
Se sim: 23.2. Por que motivo você realizou este exame de hepatite C durante a gestação de sua companheira?	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “por outro motivo”, escreva o motivo por extenso na

(1) por vontade própria (2) por solicitação do profissional que faz o pré-natal da minha companheira (3) por outro motivo (descrever o motivo): _____ (99) IGN	linha que se segue à alternativa.
23.3. Alguma vez você já realizou tratamento para hepatite C? (0) Não (1) Sim (99) IGN	Marque apenas uma alternativa. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado). Caso o entrevistado responda “sim”, passe para a questão 23.4. Caso o entrevistado responda “não”, encerre o questionário.
23.4. Data início do tratamento: ____/____/____ dd/mm/aa (99) IGN	Anotar a data aproximada de início do tratamento. No caso de o entrevistado não lembrar com exatidão, anote o mês e ano ou apenas o ano de início do tratamento. Caso o entrevistado não saiba informar, marque IGN (ignorado).
NESTE MOMENTO, ANTES DE PROSSEGUIR COM O QUESTIONÁRIO, SIGA AS INSTRUÇÕES DO ITEM 11.	(VER ABAIXO - ITEM 11: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS)
24. Testes Rápidos: (0) companheiro negou-se a realizar os testes rápidos (1) companheiro realizou os testes rápidos	Anotar apenas uma alternativa. Caso o entrevistado se negue a realizar os testes rápidos, marque a primeira alternativa e encerre o questionário. Caso ele aceite realizar os testes, marque a segunda alternativa e, após, o resultado de cada exame conforme indicado adiante.
25. Data da realização dos exames do companheiro: ____/____/____ dd/mm/aa	Anotar a data da realização dos testes rápidos.
26. TESTE HIV (0) Não reagente (1) Reagente	Anotar apenas uma alternativa.

27. TESTE SÍFILIS (0) Não reagente (1) Reagente	Anotar apenas uma alternativa.
28. TESTE HEPATITE B (0) Não reagente (1) Reagente	Anotar apenas uma alternativa.
29. TESTE HEPATITE C (0) Não reagente (1) Reagente	Anotar apenas uma alternativa.

11. AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS:

Após a realização do questionário do homem (questão 23.4), ofereça a ele **a realização de testes rápidos** para as doenças que fazem parte da pesquisa (a saber, HIV, sífilis, hepatites B e C).

Reforce a informação de que, para diminuir a transmissão dessas infecções aos recém-nascidos, é muito importante também sabermos do resultado desses exames nos pais dos bebês, já que são doenças transmitidas também pela relação sexual.

Informe que o resultado desses exames será dado diretamente a eles, após **alguns minutos**. Esclareça que esses resultados são **totalmente sigilosos**, e que não serão revelados a terceiros (**nem mesmo à sua companheira, a menos que isso seja de sua expressa vontade**) e nem utilizados para outra finalidade além dos objetivos da pesquisa, cuja divulgação científica não terá nenhuma identificação dos entrevistados.

No caso de uma resposta **negativa**, preencha a questão 24 (companheiro negou-se a realizar os testes rápidos) e encerre o questionário.

No caso de uma resposta **afirmativa**, preencha a questão 24 (companheiro realizou os testes rápidos) e proceda à realização dos testes rápidos, conforme orientação fornecida nos “treinamentos para aplicação dos testes rápidos”.

Em posse dos resultados, preencha no questionário os itens de 25 a 29, de acordo com os resultados obtidos.

12. ENCERRAMENTO DA ENTREVISTA DO HOMEM:

Após a realização dos testes rápidos e a finalização do preenchimento do questionário do homem, agradeça sua participação e encerre a entrevista.

Anexos

Anexo A – Carta de Anuência da Faculdade de Medicina da UFPel



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS - Brasil, inscrita no CNPJ/MF: 922420800001/00, representada por seu Diretor e pela Coordenadora Administrativa, Prof. Dr. Marcelo Capilheira e Enfermeira Maria De Lourdes Brasil têm pleno conhecimento do atendimento, caso seja necessário, de pacientes masculinos que porventura tenham diagnóstico de infecções descoberto durante a realização do projeto intitulado "Prevalência de HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis: uma avaliação em gestantes, seus companheiros e relações de soro-discordância entre os casais.", coordenado pelo(a) Prof.^a Mariângela Freitas da Silveira, da Faculdade de Medicina".



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO FERNANDES CAPILHEIRA, Diretor, Faculdade de Medicina**, em 06/12/2017, às 14:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARIA DE LOURDES SILVEIRA BRASIL, Coordenadora Administrativa, Faculdade de Medicina**, em 08/12/2017, às 11:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufpel.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013166** e o código CRC **D4B217CA**.

Referência: Processo nº 23110.103289/2017-22

SEI nº 0013166

Anexo B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis: uma avaliação em gestantes, seus companheiros e relações de sorodiscordância entre os casais

Pesquisador: Mariângela Freitas da Silveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79112717.8.0000.5317

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.390.800

Apresentação do Projeto:

Sabe-se que a maior fonte de infecção pelo vírus HIV na gestante é um parceiro contaminado. Em sua maioria, os programas são focados apenas na gestante, priorizando a prevenção numa perspectiva vertical de transmissão, enquanto a horizontal (do parceiro soropositivo para a gestante soronegativa) é subvalorizada, já que não se inclui o homem na pesquisa de infecções durante o pré-natal. Assim como o vírus HIV, as hepatites B e C e a sífilis são doenças de importante impacto, que têm sua transmissão materno-infantil diminuída com a sua inclusão em protocolos de pré-natal.

Não existem, até o momento, dados sobre a prevalência das infecções por HIV, hepatites B e C e sífilis na população de parceiros sexuais/companheiros das gestantes da cidade de Pelotas. Essa informação poderia trazer importantes contribuições aos programas de controle dessas patologias nesses grupos específicos, com a consequente diminuição da transmissão vertical desses agravos aos recém-nascidos e a atenuação do impacto dessas infecções sobre a saúde das gestantes e de seus companheiros. Além disso, as conclusões desse estudo, relacionadas a outras possíveis pesquisas de participação masculina no pré-natal, também poderiam fomentar ações voltadas especificamente aos companheiros das gestantes pelotenses, integrando-os aos cuidados pré-natais, como já acontece em algumas cidades do país.

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 2.390.800

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a prevalência da infecção pelos vírus HIV, hepatites B e C e da sífilis na população constituída pelos companheiros das gestantes internadas no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas.

Objetivo Secundário:

Mensurar a prevalência das referidas infecções nas gestantes e as relações de prevalência entre os casais (sorodiscordância).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Equimoses no local da punção venosa para coleta de sangue para a realização dos testes rápidos.

Benefícios:

A presença de infecções sexualmente transmissíveis na gestação pode causar diversas complicações indesejáveis, tais como aborto, ruptura precoce da bolsa de líquido amniótico, parto prematuro, morte fetal, infecção no útero ou em outras partes do aparelho ginecológico e a transmissão da doença ao bebê e suas muitas consequências. Além disso, sabe-se que a presença de uma dessas doenças facilita o contágio pelas outras. Todas elas possuem algum tipo de tratamento, sendo que algumas podem ter cura total, e outras podem necessitar de tratamento e acompanhamento pela vida toda. Alguns bebês que nascem com essas doenças, podem ter consequências para sempre, mesmo que façam o tratamento após o nascimento. Por serem doenças de transmissão pela relação sexual, saber se os companheiros das gestantes também possuem essas doenças, acaba por proteger a gestante e o bebê, já que o tratamento do companheiro pode evitar a infecção na mulher. Por isso, esse estudo planeja saber o tamanho dessas infecções (a prevalência) nas gestantes pelotenses e em seus companheiros, para que as campanhas de prevenção nesse assunto possam melhorar. Essa informação poderia trazer importantes contribuições aos programas de controle dessas patologias nesses grupos específicos, com a consequente diminuição da transmissão vertical desses agravos aos recém-nascidos e a atenuação do impacto dessas infecções sobre a saúde das gestantes e de seus companheiros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal de base de serviço a ser realizado com 315 gestantes com relacionamento estável internadas na Maternidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e seus respectivos companheiros entre novembro de 2017 e maio de 2018. Os desfechos

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 2.390.800

de positividade serão mensurados por testes rápidos de HIV, hepatite B e C, e testes rápidos treponêmicos de sífilis. Às mulheres, será feita a consulta na sua Carteira de Gestante aos dados referentes a exames solicitados durante o pré-natal e, no site do Hospital Escola, aos resultados dos testes solicitados para as devidas infecções pesquisadas durante a internação, além de aplicação de questionário. A solicitação dessas sorologias faz parte da rotina da instituição durante a internação de gestantes/parturientes. Aos companheiros das gestantes será realizado aplicação de questionário e oferta de testes rápidos para HIV, hepatites B e C e sífilis, os quais serão executados pela equipe de pesquisadores do projeto. Para os companheiros das gestantes, nos casos em que algum deles obtiver resultado reagente, o estudante de Medicina contatará a pesquisadora principal, a qual irá revelar o resultado reagente ao participante e será oferecido o encaminhamento a um ambulatório da Faculdade de Medicina para a adequada avaliação, tratamento e/ou seguimento de acordo com o resultado do referido exame alterado. As gestantes com resultados reagentes/alterados seguirão as condutas estabelecidas pela equipe assistente da Maternidade do Hospital Escola, sem nenhuma interferência dos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_995968.pdf	16/10/2017 01:18:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	consentimento_informado_aline.pdf	15/10/2017 18:00:17	Mariângela Freitas da Silveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_hospital.pdf	15/10/2017 17:59:48	Mariângela Freitas da Silveira	Aceito

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.390.800

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetogestanteshiv.pdf	15/10/2017 17:59:19	Mariângela Freitas da Silveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostopesquisahiv.pdf	15/10/2017 17:53:38	Mariângela Freitas da Silveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 09 de Março de 2018

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Anexo C – Capacitação em Testes Rápidos dos entrevistadores

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL**

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que os alunos abaixo participaram da Capacitação em Realização de Testes Rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, ocorrida no dia 04 de julho de 2018 no Ambulatório de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, ministrada pela Bioquímica Dra. Dulce Stauffert, com a carga horária de 4 horas a fim de participarem da pesquisa “*Prevalência de HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis em gestantes e seus companheiros e as relações de sorodiscordância entre os casais*” (Numº protocolo COCEPE 00684/17).

Juber Mateus Ellwanger
Kerolaine Tessmer da Rosa
Therezinha da Silva Probst
Rony Adolfo Hein Junior
Grace Theil Rosado
Larissa Diniz Arnaut
Vitória Borges Florêncio
Arthur Magalhães Valverde
Teodora Schumacher Bauer
Isabella Catafesta Timm
Matheus Prestes Baptista
Ingrid Miriam Oliveira

Dulce Stauffert
Farmacêutica Bioquímica



2 Principais alterações do projeto de pesquisa

Principais alterações realizadas no projeto de pesquisa

O texto da presente versão do projeto foi revisado de maneira a atender às sugestões da banca de qualificação. As principais alterações no projeto inicial dizem respeito aos seguintes temas:

- Mudança da denominação das participantes do sexo feminino de “parturientes” para “mulheres internadas na unidade materno-infantil”.
- Mudança na denominação do local de coleta de dados de “maternidade” para “unidade materno-infantil”.
- Atualização da definição de neurosífilis e de sífilis terciária no texto referente à revisão livre sobre a doença.
- Definição mais completa do termo sorodiscordância.
- Inclusão da sorodiscordância no objetivo geral e como variável de desfecho.
- Introdução de uma apresentação, no início da seção sobre metodologia, informando que a coleta de dados já havia sido realizada antes da data do exame de qualificação e os motivos para essa escolha.
- Registrar a referência utilizada para a revisão sistemática da literatura (a Recomendação PRISMA).
- Citar o manual de normas utilizado para a escrita do projeto (“Manual para elaboração de Trabalhos Acadêmicos da UFPel” <http://sisbi.ufpel.edu.br/arquivos/PDF/Manual_Normas_UFPel_trabalhos_academicos.pdf>).
- Listar, junto às referências, a Resolução 466 citada na seção princípios éticos.
- Registrar o número do CAEE junto ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Além dessas alterações, seguindo recomendação da Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição, no projeto revisado, foi suprimido o nome do hospital, pois o comitê de ética da instituição ainda não publicou um consenso quanto à identificação da instituição nas produções científicas. Foi sugerido nomear a instituição apenas como “hospital público/universitário do município de Pelotas”.

3 Relatório do trabalho de campo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Relatório do Trabalho de Campo

**HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre
mulheres e seus companheiros**

Aline Scherer

Pelotas, 2019

Introdução

Este Relatório do Trabalho de Campo pretende apresentar a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis: ocorrência e sorodiscordância entre mulheres e seus companheiros”. Para tanto, foi dividido em oito etapas: questionários, manual de entrevista, amostra, seleção e treinamento dos entrevistadores, logística do trabalho de campo, controle de qualidade, cronograma e orçamento.

1 Questionários

Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados pela autora e orientadores após discussão sobre a relevância de cada item em relação aos objetivos do estudo.

O questionário da mulher contém questões a respeito de dados demográficos, dados socioeconômicos e resultados de exames de HIV, sífilis e hepatites B e C realizados durante o pré-natal e internação na maternidade (vide Apêndice D junto ao projeto de pesquisa).

O questionário do companheiro contém questões sobre dados demográficos, dados socioeconômicos e a respeito do histórico de realização de exames para HIV, sífilis, hepatite B e C do entrevistado. No caso de informação afirmativa sobre exame prévio, algumas questões investigam se esse foi realizado durante o pré-natal da companheira, o motivo de sua realização e se já houve tratamento no passado para a determinada doença. O questionário conclui-se com os resultados dos testes rápidos (TR) aplicados na maternidade, quando realizados (vide Apêndice E junto ao projeto de pesquisa).

Os questionários foram impressos em papel e aplicados por entrevistadores treinados e capacitados.

Após o encerramento das entrevistas, as questões dos instrumentos foram codificadas. Em seguida, os dados foram duplamente digitados no software Epidata, versão 3.1. A correção de erros de digitação foi realizada através da checagem no

questionário físico. Por fim, os dados foram transferidos para o software Stata, versão 15, para a análise de dados.

2 Manual de entrevista

Para a adequada orientação dos entrevistadores em relação à aplicação dos questionários, termos de consentimento informado e TR, a autora elaborou um Manual de Entrevista com instruções específicas sobre o roteiro a ser seguido (vide Apêndice F junto ao projeto de pesquisa). Uma cópia deste material foi enviada por e-mail a cada entrevistador.

Durante as reuniões de capacitação, o manual foi lido em toda sua extensão conjuntamente pela coordenadora da pesquisa e os entrevistadores.

Uma cópia impressa do Manual de Entrevista foi deixada no armário da maternidade junto do material utilizado para a realização das entrevistas e TR. Dessa forma, poderia ser consultada a qualquer momento, em caso de dúvidas.

O manual continha informações sobre:

- protocolo de sobreaviso da coordenadora da pesquisa: comunicação por parte do entrevistador, sobre a realização de toda e qualquer entrevista, a fim de possibilitar o deslocamento da coordenadora à maternidade, no caso de TR positivo ou outra intercorrência;
- guia de condutas relacionadas à apresentação pessoal e trato com os participantes;
- orientações quanto aos aspectos éticos, dentre os quais estavam incluídos deveres do entrevistador em relação ao sigilo da informação prestada pelo participante da pesquisa e resultados dos TR realizados;
- instruções gerais sobre o material utilizado na pesquisa (questionários, consentimentos informados, maleta com kit de TR);
- os critérios de seleção da população-alvo;
- a abordagem da mulher;
- como garantir um ambiente de relativa privacidade dentro das dependências da maternidade para a entrevista da mulher;
- a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da mulher;

- as orientações sobre cada pergunta do questionário da mulher e os possíveis pulos, quando aplicáveis;
- as orientações sobre como solicitar a autorização da mulher para a entrevista do companheiro;
- a consulta da carteira de pré-natal e dos resultados de TR e exames laboratoriais do prontuário da mulher;
- o encerramento da entrevista da mulher;
- a abordagem do companheiro;
- como garantir um ambiente de privacidade em locais previamente combinados dentro das dependências do hospital para a entrevista e aplicação dos TR do homem;
- a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do homem;
- as orientações sobre cada pergunta do questionário do homem e os possíveis pulos, quando aplicáveis;
- as orientações sobre como solicitar a autorização do homem para a realização dos TR;
- o encerramento da entrevista do homem.

3 Amostra

Para uma prevalência estimada de 1,7% (referente às prevalências da sífilis e da hepatite C, condições com as maiores prevalências dentre as infecções pesquisadas durante a revisão livre), considerando-se um erro de 1,5 pontos percentuais e acréscimos de 20% relativos a possíveis perdas e recusas, o tamanho de amostra calculado foi de 345 mulheres e seus respectivos companheiros (345 mulheres e 345 homens). Este cálculo foi realizado através do software EpiData.

4 Seleção e treinamento dos entrevistadores

O grupo de entrevistadores foi constituído por graduandos de medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

A divulgação da seleção de entrevistadores ocorreu através de convite por e-mail e mídias sociais realizado pela secretária do departamento de ginecologia da Faculdade de Medicina da UFPel. Os alunos interessados foram entrevistados e selecionados pela coordenadora da pesquisa. Os critérios de seleção foram: ser aluno do curso de medicina de qualquer semestre e ter disponibilidade de deslocar-se à maternidade no dia especificado pela escala semanal, a fim de realizar as entrevistas.

Ao todo, foram realizados sete encontros para treinamento da equipe selecionada, a fim de abordar e discutir todos os itens descritos acima na seção sobre o Manual de Entrevista.

Especificamente em relação à execução e interpretação dos TR para HIV, sífilis, hepatite B e C, foi realizada uma capacitação teórico-prática para realização de testes rápidos no dia quatro de julho de 2018, com uma carga horária de quatro horas, sob orientação da farmacêutica-bioquímica do Ambulatório de Ginecologia da Faculdade de Medicina da UFPel (vide Anexo C junto ao projeto de pesquisa). Neste encontro, os entrevistadores também receberam informações sobre as normas de biossegurança e os locais de descarte do material infectante decorrente da realização dos TR.

Conforme estabelecido pela Divisão de Ensino e Pesquisa do hospital, foi contratualizada uma apólice de seguro para cada entrevistador. Além disso, em caso de algum incidente que configurasse acidente de trabalho dentro da instituição, o setor de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) estaria comprometido em atender e acompanhar o aluno, de acordo com as normas do estabelecimento. Durante todo o período de coleta de dados não houve acidentes de trabalho.

5 Logística do trabalho de campo

A coleta de dados foi realizada no período de 16 de agosto a 23 de novembro de 2018.

O trabalho de campo foi executado sob a supervisão e coordenação da pesquisadora principal, a qual permaneceu em regime de sobreaviso durante todas as ocasiões em que algum entrevistador estivesse coletando dados na maternidade,

exceto em quatro dias, nos quais essa atividade foi transferida para um médico-residente de plantão previamente capacitado.

Os entrevistadores foram divididos em sete duplas ou trios, com a finalidade de sempre haver mais de um indivíduo responsável por cada dia da escala, que era formulada mensalmente de forma a propiciar que todos tivessem o mesmo número de plantões em dias úteis e finais de semana/feriados. Qualquer troca de dia entre as duplas/trios era previamente comunicada para a coordenadora.

Durante todos os dias desse período, a dupla/trio de plantão deveria dirigir-se à unidade materno-infantil e certificar-se de quais eram as novas pacientes internadas naquela data. O contato com a mulher poderia ser realizado a qualquer momento das 24 horas, contanto que ela estivesse acordada e disposta a conversar, evitando-se os períodos adiantados do trabalho de parto, pós-operatórios imediatos ou situações de urgência/emergência próprios de uma maternidade. Na maioria das vezes, as entrevistas foram realizadas até o horário da meia-noite, exceto em alguns dias nos quais o entrevistador responsável estava de plantão na maternidade e a internação ocorreu durante o transcorrer da noite. Portanto, o entrevistador não ficava de plantão durante todas as 24 horas do seu dia da escala.

Toda a mulher internada na unidade materno-infantil durante o período do estudo era abordada por um membro da equipe de entrevistadores identificado com crachá e avental branco. Havendo a informação referida de um relacionamento heterossexual estável, a mulher era convidada a participar do estudo.

Após a concordância em participar e a devida compreensão e assinatura do TCLE (vide Apêndice B junto ao projeto de pesquisa), era aplicado o questionário da mulher (vide Apêndice D junto ao projeto de pesquisa). O TCLE era composto de duas cópias; a primeira era entregue à participante e a segunda, ficava arquivada junto ao questionário.

A entrevista das participantes era realizada nos locais onde elas estivessem no momento da abordagem, que poderia ser o quarto da mulher, a sala de realização de ultrassom, a sala de pré-parto ou a sala de observação. Os entrevistadores foram treinados para promover privacidade, de acordo com a possibilidade da ocasião de cada entrevista.

Ao assinar o TCLE, a participante autorizava a consulta de sua carteira de pré-natal para a obtenção dos dados referentes a exames e vacinas realizados durante a

gestação. Além disto, autorizava a pesquisa dos resultados dos TR para HIV e sífilis e das sorologias para hepatite B e C realizados pela equipe assistente da unidade materno-infantil, por ocasião de sua internação. Ressalta-se que a solicitação destas sorologias faz parte da rotina da instituição durante a internação de gestantes e puérperas.

Após a autorização por parte da mulher, o entrevistador procurava o referido companheiro a fim de informá-lo sobre o estudo e convidá-lo a participar do mesmo.

Aos homens que concordavam em participar, após a devida compreensão e assinatura do TCLE (vide Apêndice C junto ao projeto de pesquisa), era aplicado o questionário do companheiro (vide Apêndice E junto ao projeto de pesquisa). Igualmente ao que ocorria com as mulheres, uma cópia do TCLE era entregue ao participante, enquanto a segunda cópia permanecia junto ao questionário masculino.

Ao final do questionário, era oferecida a realização de TR para HIV, hepatites B e C e sífilis, executados pelo próprio entrevistador. Quando o entrevistado referia ser portador de HIV ou de hepatite B ou C, este TR específico não era realizado. Nesses casos, o entrevistador anotava junto ao questionário que o participante já tinha conhecimento prévio de ser portador da determinada doença.

O estudo incluiu mulheres e homens tanto com resultados reagentes, quanto não reagentes para as quatro doenças pesquisadas.

A entrevista e a execução dos TR do companheiro eram realizadas em ambientes com adequada privacidade. Para tanto, utilizava-se alguma das seguintes salas que estivesse disponível na hora da entrevista: sala do ultrassom, sala de admissão, sala de observação, sala de prescrição da pediatria ou consultório de pré-natal.

No caso de um companheiro não ter sido localizado no dia da internação, as duplas/trios dos dias seguintes tinham a incumbência de procurar por ele, diariamente, até a alta da mulher.

A execução dos TR ocorreu de forma a respeitar as normas de biossegurança. Os entrevistadores utilizaram material descartável (gazes, luvas de procedimento, lancetas de uso único), álcool para assepsia de punção digital, e todo material biológico e/ou infectante decorrente da realização dos testes foi descartado nos locais adequados de acordo com as normas da instituição.

O material para a realização dos TR permanecia guardado dentro de uma maleta plástica em armário chaveado localizado na unidade materno-infantil. Esse material constava de: luvas descartáveis, lancetas, gaze, álcool e embalagens plásticas lacradas contendo, cada uma, um kit com quatro testes rápidos (para HIV, para sífilis, para hepatite B e para hepatite C).

Apenas a equipe de entrevistadores e a pesquisadora principal tinham acesso ao armário, que também guardava as pastas de questionários em branco devidamente numerados e de questionários já preenchidos.

Em relação aos TR dos companheiros, nos casos de resultado positivo, o entrevistador sempre contactava a coordenadora que permanecia de sobreaviso, a qual era a responsável por revelar presencialmente o resultado positivo ao participante. Em um caso específico de TR positivo para sífilis, a revelação foi feita por um médico-residente de plantão na unidade materno-infantil, que estava a par da pesquisa. Todos os resultados negativos de TR eram informados ao companheiro pelo próprio entrevistador.

Ao participante com resultado positivo era explicado o significado do referido teste, com posterior encaminhamento adequado de acordo com a referida doença. Em caso de exame positivo para HIV, o encaminhamento seria realizado para o Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids (SAE). Os casos de TR positivos para sífilis foram encaminhados ao ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel. Aos participantes que assim o desejassem, a pesquisadora já fornecia a receita com o tratamento para sífilis, além da orientação de prosseguirem o acompanhamento e conversarem com a sua parceria sexual a respeito do resultado. Finalmente, nos casos de TR positivos para hepatite B ou C, os participantes foram encaminhados à Vigilância Epidemiológica de Pelotas, a fim de realizar os testes confirmatórios e iniciar a sequência de procedimentos necessária para a confirmação de caso de hepatite B ou C.

Os TR utilizados para a testagem dos homens foram fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, tendo as mesmas especificações e origem daqueles utilizados em toda a rede pública de testagem de Pelotas, que inclui a unidade materno-infantil do presente estudo, onde as mulheres foram testadas para HIV e sífilis na ocasião de sua internação. Já os resultados quanto à hepatite B e C

das mulheres foram oriundos da solicitação de coleta laboratorial de HbsAg e Anti-HCV, realizada pela equipe assistente da maternidade.

Aos participantes do estudo eram garantidos o anonimato em relação às informações prestadas nos questionários e a confidencialidade quanto aos resultados dos TR.

Considerando que HIV, hepatites virais e sífilis fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória, todos os exames com resultados positivos foram notificados de acordo com a Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2016).

As mulheres com resultados reagentes, tanto na carteira de pré-natal, quanto no hospital, seguiram as condutas estabelecidas pela equipe assistente da unidade materno-infantil do hospital, sem nenhuma interferência dos pesquisadores.

A pesquisadora principal também tinha como responsabilidade a reposição de materiais faltantes na maleta de coleta de TR e a checagem de cada questionário após o preenchimento. Após a revisão dos instrumentos de coleta, esses eram recolhidos e arquivados em local seguro até a fase de digitação para a criação do banco de dados.

Em virtude da existência de leitos de UTI neonatal, a maternidade do presente estudo possui uma demanda maior de parturientes de alto risco. Devido à interrupção temporária no funcionamento de outra instituição de Pelotas, que coincidiu com o período de coleta de dados da pesquisa, houve um aumento da demanda obstétrica considerada de risco habitual, e a média mensal de nascimentos do hospital se elevou de 81, antes do início da pesquisa, para 116 durante a coleta de dados. O atendimento obstétrico do referido hospital foi normalizado no mês seguinte ao encerramento da coleta de dados deste estudo.

Do total de mulheres internadas na unidade materno-infantil durante o período de coleta de dados, cinco não foram encontradas pelos entrevistadores (perdas) e oito recusaram-se a participar do estudo.

Em relação aos companheiros, 51 (14,6%) não foram localizados pela equipe de entrevistadores. Desses, 16 (31,4%) nunca estiveram na maternidade durante o período do estudo (seis estavam em outro município, cinco não vieram por motivo desconhecido, três estavam no sistema prisional, um permaneceu com o recém-

nascido na UTI de outro hospital e um foi impedido de entrar na instituição por estar portando arma de fogo).

Dos homens localizados e abordados, seis (2,0%) negaram-se a participar do estudo. Em relação aos testes rápidos, 12 (4,1%) participantes masculinos não concordaram em realizar a coleta e apenas responderam ao questionário.

6 Controle de qualidade

Com a intenção de assegurar a qualidade dos dados coletados, foram utilizadas estratégias tais como: treinamento dos entrevistadores, capacitação teórico-prática em testes rápidos, leitura conjunta do Manual de Entrevistas e checagem dos questionários preenchidos. Além disso, a coordenadora da pesquisa realizava visitas quase diariamente ao local do estudo para acompanhamento das entrevistas.

7 Cronograma

ANO	2018												2019											
ATIVIDADE	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A				
Elaboração dos instrumentos	X	X	X	X																				
Recrutamento e treinamento dos entrevistadores	X	X	X	X	X	X	X																	
Coleta de dados								X	X	X	X													
Tabulação dos dados													X	X	X	X	X	X	X					
Análise dos dados																X	X	X	X	X				

Figura 1: Etapas do trabalho de campo da pesquisa.

8 Orçamento

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (em reais)	VALOR TOTAL (em reais)
Computador	1	2.500,00	2.500,00
Cópias impressas (questionários, TCLE, manual de entrevistas)	5.195 folhas impressas	0,15	779,25
Canetas esferográficas	10	4,00	40,00
Canetas marca-texto	2	2,00	4,00
Crachás	20	1,90	38,00
Pranchetas	2	13,50	27,00
Caixas de clips	5 caixas com 50 U	3,50	17,50
Maleta plástica	1	26,00	26,00
Pasta plástica	3	6,40	19,20
Caderno brochura	2	7,75	15,50
Almofada coletora de impressão digital	1	4,25	4,25
Cadeado do armário	2	26,95	53,90
Caixa de luvas de látex descartáveis	4	19,00	76,00
Pacote de gaze	1	35,00	35,00
Embalagens plásticas para kits	3 pacotes com 100 U	4,80	14,40
Testes rápidos para HIV	350	-	-
Testes rápidos para sífilis	350	-	-
Testes rápidos para hepatite B	350	-	-
Testes rápidos para hepatite C	350	-	-
Apólices de seguro para entrevistadores	19	22,50	427,50
TOTAL:			3.577,50

Figura 2: Orçamento.

Os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C foram fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Os demais itens do orçamento foram custeados pela autora da pesquisa.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde, **Lista Nacional de Notificação Compulsória**, Portaria nº 204, 17 fev. 2016. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>.
Acesso em: 04 set. 2018.

4 Artigo original

5 Considerações finais

Considerações finais

Esta dissertação de mestrado foi construída a partir de um estudo transversal de base de serviço realizado em um hospital público de um município do sul do Brasil. Seu objetivo principal foi avaliar a ocorrência e a sorodiscordância das infecções por HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis nas mulheres internadas na unidade materno-infantil e em seus companheiros.

Dentre os principais resultados, a análise encontrou prevalências superiores de HIV tanto em mulheres (2,0%), quanto em parceiros sexuais (1,4%), quando comparadas a dados de populações semelhantes. Em parte, isto poderia ser explicado pelo fato de a instituição ser referência no atendimento e parto de gestantes HIV positivas da região de Pelotas e municípios vizinhos. Em relação à sífilis, quando incluídos os casos diagnosticados durante o pré-natal, a análise demonstrou que essa amostra apresentou uma prevalência semelhante à que pode ser calculada ao se analisarem os números relativos às notificações compulsórias da doença no município.

Houve apenas um teste reagente para hepatite B, relativo a um homem portador crônico da doença. Este resultado é condizente com a tendência de queda na prevalência da doença referida pelos boletins brasileiros. Embora não tenha sido evidenciado exame positivo para hepatite C em mulheres, este teste foi positivo em 1,4% dos homens, configurando 1,5% de sorodiscordância entre os casais em relação a essa enfermidade.

Dezenove casais apresentavam algum indivíduo com teste positivo. A maior prevalência de sorodiscordância no presente estudo foi para sífilis (3,2%), seguida de hepatite C (1,5%), HIV (0,7%) e hepatite B (0,4%). Com exceção do HIV, não foram encontrados na literatura estudos brasileiros que mensuraram essa taxa entre gestantes e parceiros sexuais. Dessa forma, essa análise pode ser considerada de grande utilidade no planejamento de estratégias de prevenção dessas doenças, principalmente nas discussões sobre a importância da testagem masculina durante o pré-natal a fim de colaborar na diminuição da infecção do cônjuge negativo e, consequentemente, da transmissão vertical de infecções sexualmente transmissíveis.

Com exceção de três casais soroconcordantes para HIV, todos os demais pares em que algum dos indivíduos possuía teste reagente para alguma infecção

eram sorodiscordantes. Ao se restringir a análise para estes 19 casais, pode-se constatar taxas de sorodiscordância ainda maiores, com 40% de sorodiscordância para HIV e 100% para as outras infecções. Esses resultados podem contribuir na elaboração de recomendações que reforcem as práticas de sexo seguro entre casais em relacionamento sexual estável.

Não foi possível localizar todos os companheiros, uma vez que eles não permaneciam todo o tempo de internação junto de sua companheira. Mesmo assim, 85,4% deles foram localizados, um número considerado muito satisfatório em comparação a estudos com metodologia semelhante.

Quase 96,0% dos homens entrevistados consentiram em realizar os testes rápidos. A excelente aceitação masculina em realizar a testagem no momento da internação da companheira demonstra claramente a possibilidade de se aproveitar este momento, em que a maioria dos companheiros geralmente comparecem ao hospital, para intensificar a testagem entre os casais.

Com base nessas breves considerações sobre os principais resultados, é possível concluir que este estudo tem condições de colaborar no entendimento da infecção por estes agravos entre os casais nos quais a mulher é gestante na região de Pelotas e municípios vizinhos.