



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MS/FIOCRUZ/CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA
DEANE
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**PREVALÊNCIA DE HIV E SÍFILIS EM PARTURIENTES
ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA
NA CIDADE DE MARABÁ/PARÁ.**

HILDEMAR DIAS FERNANDES

BELÉM - PARÁ

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS MS/FIOCRUZ/CENTRO DE
PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

HILDEMAR DIAS FERNANDES

**PREVALÊNCIA DE HIV E SÍFILIS EM PARTURIENTES
ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA
NA CIDADE DE MARABÁ/PARÁ.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFPA/UFAM/MS/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Karla T. S. Ribeiro
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Eliete C. Araújo

BELÉM - PARÁ

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Biblioteca do HUIBB/UFGA

Fernandes, Hildemar Dias.

Prevalência de HIV e Sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade de referência na cidade de Marabá/Pará. [dissertação] / Hildemar Dias Fernandes; Co-orientadora, Eliete C. Araújo; Orientadora, Karla T. S. Ribeiro. Belém, PA, 2012.

70 p.: il., tabs.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas, MS/FIOCRUZ/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Belém, 2012.

1. Prevalência. 2. Parturiente. 3. Gestante. 4. HIV. 5. Sífilis congênita. 6. Pré-natal. I. Ribeiro, Karla T.S. II. Universidade Federal do Pará. III. Título.

HILDEMAR DIAS FERNANDES

**PREVALÊNCIA DE HIV E SÍFILIS EM PARTURIENTES ATENDIDAS
EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE
MARABÁ/PARÁ**

Dissertação apresentada ao Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFPA/UFAM/MS/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Karla Tereza da Silva Ribeiro, Presidente
Universidade federal do Para - UFPA

Prof^a. Dr^a Maria de Fátima Pinheiro Carrera, Membro
Universidade do Estado do Para - UEPA

Prof^a. Dr^a Rosimar Neris Martins, Membro
Universidade federal do Para - UFPA

Prof^a. Dr^a Rita de Cássia Mousinho, Membro
Universidade federal do Para - UFPA

Dra Charliana Aragão Damasceno Casal, Membro
Instituto de Assistência a Saúde do Servidor Público - IASEP

A meu Deus

A meus pais,

Aos meus irmãos e irmãs,

Aos meus familiares e amigos pelo incentivo e apoio

Incondicional durante a realização deste curso.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pois ele é quem conduz meus passos e sem ele para guiar-me não conseguiria chegar nunca a lugar algum.

À minha família e amigos pelo incentivo;

À minha orientadora pelo apoio e incentivo e compartilhamento de seus conhecimentos na elaboração e conclusão deste trabalho;

À minha co-orientadora pelo apoio desde escolha do tema e tenacidade nas madrugadas revendo detalhes infinitos. Foi maravilhoso compartilhar com a Sra. esses meses de aprendizado;

À toda equipe do HMI do município de Marabá(PA), em especial ao meu amigo Belchior Silva Farmacêutico/Bioquímico que não mediu esforços para a execução e conclusão da pesquisa de campo na maternidade.

*“....Quando a gente muda,
O mundo muda com a gente,
Agente muda o mundo na mudança da mente,
Na mudança de atitude não há mal que não se mude nem doença sem cura,
Na mudança de postura a gente fica mais seguro,
Na mudança do presente a gente molda o futuro!...”*

Gabriel o pensador

RESUMO

O crescimento de casos de AIDS nas mulheres trouxe como consequência a verticalização da epidemia pelo HIV que pode ocorrer antes, durante e depois do nascimento. A sífilis, infecção causada pelo *Treponema pallidum*, também pode ser transmitida verticalmente e a mulher grávida, infectada pode transmitir a doença ao concepto em qualquer momento da gestação. A Transmissão Vertical (TV) do HIV e Sífilis são considerados um importante problema de saúde pública no mundo. Com o intuito de estudar a prevalência do HIV e Sífilis nas parturientes do Hospital Materno Infantil de Marabá-Pará (HMI), cobertura dos testes de HIV e Sífilis na gestação e parto, dados sociodemográficos e registro do atendimento prestado às gestantes no período pré-natal, foram coletados dados registrados no cartão pré-natal e prontuários das parturientes internadas, no período proposto para a realização do estudo por meio da aplicação de um formulário (Protocolo de Monitoramento das Informações relacionadas aos testes de HIV e de Sífilis na gestação e no parto do Ministério da Saúde). Trata-se de um estudo transversal, descritivo realizado no (HMI). O processo de amostragem foi aleatório e foram selecionadas 480 parturientes. A taxa de prevalência do HIV e da Sífilis foi estimada entre as parturientes que realizaram o teste no momento do parto. A cobertura laboratorial dos exames para o diagnóstico da Sífilis e HIV foi estimada entre as parturientes que realizaram dois testes no período da gestação e um na hora do parto. Na análise dos dados foi utilizado o teste χ^2 - Quadrado de independência, considerando um nível de significância de 5%, através do *Software* SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para a formação do banco de dados e o programa da Microsoft Excel versão 2010 para o cálculo da prevalência e para a formação e formalização das tabelas. Observou-se que 84,79% da população estudada estavam na faixa etária de 13 a 29 anos; 44,57% possuíam apenas o ensino fundamental incompleto; e 66,67%, corresponde o percentual da faixa etária das parturientes que apresentaram VDRL reagente no momento do parto que ficou entre 20 e 29 anos. E 50% das soropositivas para o HIV entre 20 e 24 anos e 50% acima de 34 anos. Verificou-se, ainda que 99,37% das parturientes frequentaram o programa pré-natal, mas 42,08% iniciaram o pré-natal somente no segundo trimestre; 78,33% realizou o pré-natal em Marabá município de residência. O percentual de gestantes que apresentaram o resultado do 1º teste de HIV preenchido no cartão do pré-natal foi de 57,43% e de 51,66% o resultado do 1º VDRL, mas, somente 25,49% realizaram o 2º VDRL e entre as mulheres com seis ou mais consultas a cobertura foi de 37,62%. Com relação ao teste HIV 13,11% fizeram o 2º teste e entre as mulheres com seis ou mais consultas a cobertura foi de 12,86% e apenas, 11,3% apresentaram o resultado dos dois testes para o HIV e 25,06% os dois VDRL no cartão; Destaca-se que apenas, 23,96% das parturientes realizaram dois testes VDRL no pré-natal e um no parto e 10,63% cumpriram todas as etapas para o diagnóstico da infecção para o HIV, durante o pré-natal e momento do parto; 66,66% das parturientes que apresentaram VDRL reagente no momento do parto tiveram resultado positivo para Sífilis durante o pré-natal; entre as gestantes que tiveram assistência pré-natal, 0,42% conheceu seu *status* sorológico somente na hora do parto; 0,42% das parturientes não tinham o resultado do VDRL registrado no prontuário; 1,67% não tinha o registro do resultado do exame para o HIV ou termo de recusa documentado no respectivo prontuário. Os resultados aqui apresentados indicam a necessidade de realização do 1º e 2º teste de HIV e VDRL no período do pré-natal, assim como no momento do parto visando o manejo adequado das gestantes no pré-natal e parto com vistas ao adequado controle da transmissão vertical do HIV e Sífilis.

Palavras-chave: Prevalência. Parturiente. Gestante. HIV. Sífilis congênita. Pré-natal.

ABSTRACT

The growth of AIDS cases in women consequently brought the vertical HIV epidemics that can occur before, during and after birth. Syphilis, caused by *Treponema pallidum* infection, can also be transmitted vertically and pregnant women infected can transmit the disease to the fetus at any stage of pregnancy. The Child Transmission (TV) HIV and syphilis are considered an important public health problem worldwide. In order to study the prevalence of HIV and syphilis in pregnant women of the Children's Hospital of Marabá, Pará (HMI), coverage of HIV testing and syphilis during pregnancy and childbirth, sociodemographic data and record of care provided to pregnant women in the pre-natal recorded data were collected at antenatal card and medical records of pregnant women hospitalized in the period proposed for the study through the application of a form (Protocol Monitoring Information related to HIV testing and syphilis during pregnancy and delivery of the Ministry of Health). This is a descriptive study, conducted in (HMI). The sampling was random and 480 pregnant women were selected. The prevalence rate of HIV and syphilis among pregnant women was estimated that performed the test at delivery. The coverage of laboratory tests for the diagnosis of HIV and syphilis among pregnant women was estimated that performed two tests during pregnancy and at delivery. In the data analysis test was used χ^2 - Independence Square, considering a significance level of 5%, through the SPSS 17.0 software (Statistical Package for the Social Sciences) for the formation of the database and the program Microsoft Excel version 2010 to calculate the prevalence and the formation and formalization of the tables. It was observed that 84.79% of the study population were aged 13-29 years, 44.57% had only elementary school, and 66.67% is the percentage of the age group of mothers who had positive VDRL at delivery that was between 20 and 29 years. And 50% of HIV-positive between 20 and 24 years and 50% over 34 years. There was, though 99.37% of pregnant women attended prenatal program, but 42.08% initiated prenatal care only in the second quarter; held 78.33% in the prenatal Marabá municipality of residence; The percentage of pregnant women who presented the results of the 1st HIV test completed in the antenatal card was 57.43% and 51.66% of the result of the 1st VDRL, but only 25.49% held the 2nd and between VDRL women with six or more appointments coverage was 37.62%, with respect to HIV testing 13.11% did the 2nd test and among women with six or more appointments coverage was 12.86% and only 11, 3% were the result of two tests for HIV and 25.06% in the two VDRL card; highlight that only 23.96% of the pregnant women underwent two tests VDRL prenatal and childbirth and 10, 63% completed all steps for the diagnosis of HIV infection during the prenatal and childbirth; 66.66% of pregnant women who had positive VDRL at birth tested positive for syphilis during antenatal care; among women whose prenatal care, 0.42% knew their HIV status only in childbirth, 0.42% of the mothers were not the result of VDRL recorded in the medical record, 1.67% had no record of the outcome the test for HIV or term refusal documented in their medical records. The results presented here indicate the need for the 1st and 2nd test for HIV and syphilis during prenatal care, as well as at delivery targeting the proper management of pregnant women in prenatal care and childbirth aiming the appropriate transmission control of HIV and Syphilis

Keywords: Prevalence. Parturient. Pregnant. HIV. Syphilis. Congenital. Prenatal care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição das parturientes segundo a faixa etária atendidas, em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	39
TABELA 2	Distribuição das parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo grau de escolaridade (em anos de estudos concluídos) no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	39
TABELA 3	Distribuição das parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo a raça/cor no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	40
TABELA 4	Distribuição das parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo local de residência no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	40
TABELA 5	Distribuição segundo o trimestre de início do pré-natal nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	41
TABELA 6	Distribuição segundo a realização e registro no cartão da gestante do teste de HIV realizado durante o pré-natal nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	41
TABELA 7	Cobertura dos testes de HIV na gestação por número de consultas pré-natal, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	42
TABELA 8	Distribuição segundo o resultado do teste de HIV para os dois testes no pré-natal, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	42
TABELA 9	Distribuição segundo o local onde foi realizado o pré-natal, das parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	42
TABELA 10	Distribuição segundo o resultado do segundo teste de HIV realizado no pré-natal ou parto de acordo com o resultado do primeiro teste, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	43
TABELA 11	Distribuição segundo a realização e registro no cartão da gestante do teste de Sífilis no pré-natal nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	43

TABELA 12	Cobertura dos testes de Sífilis na gestação por número de consultas pré-natal, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	44
TABELA 13	Resultados dos exames de Sífilis (VDRL) no pré-natal das parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	44
TABELA 14	Comparação do resultado do VDRL realizado no momento do parto de acordo com o primeiro teste realizado no pré-natal, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	44
TABELA 15	Faixa etária das parturientes com VDRL reagente realizado no momento do parto, em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	45
TABELA 16	Faixa etária das parturientes HIV positiva diagnosticados no momento do parto, em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	45
TABELA 17	Caso de parturientes HIV- positivo diagnosticadas no momento do parto em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo grau de escolaridade (em anos de estudos concluídos) no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	46
TABELA 18	Casos de parturientes com VDRL reagente no momento do parto em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo grau de escolaridade (em anos de estudos concluídos) no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	46
TABELA 19	Cobertura dos testes de Sífilis no pré-natal e no parto nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	47
TABELA 20	Cobertura dos testes de HIV no pré-natal e no parto nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	47
TABELA 21	Distribuição segundo o desfecho da gestação, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	48
TABELA 22	Estimativa das taxas de prevalência do HIV entre parturientes em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	48
TABELA 23	Estimativa da taxa de prevalência da Sífilis entre parturientes em	

	uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	48
TABELA 24	Associação entre variáveis demográficas materna e dados do pré-natal com a infecção pelo HIV e positividade ao teste VDRL, em parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.....	49

LISTA DE SIGLAS

ACTG	AIDS Clinical Trial Group
AIDS	Síndrome Imuno Deficiência Adquirida
AIH	Autorização Internação Hospitalar
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMI	Hospital Materno Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICTV	International Committee of Viral Taxonomy
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
PNDST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
RN	Recém-Nascido
RNA	Ácido Ribonucléico
SC	Sífilis Congênita
SAME	Setor de Arquivo Médico
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SP	São Paulo
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM	Sistema de Controle e Logística de Medicamentos

SUS	Sistema Único de Saúde
TRD	Teste Rápido Diagnóstico
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UDI	Usuários de Drogas Intravenosas
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	OBJETIVOS.....	18
1.1.1	Objetivo Geral.....	18
1.1.2	Objetivos Específicos.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	UMA BREVE ABORDAGEM SOBRE O HIV/AIDS.....	19
2.1.2	Transmissão vertical do HIV.....	19
2.2	SÍFILIS	20
2.2.1	Manifestações Clínicas.....	21
2.2.1.2	Sífilis adquirida.....	21
2.2.1.3	Sífilis congênita.....	21
2.3	POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA PARA O CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E SÍFILIS.....	22
2.4	EPIDEMIOLOGIA DA AIDS E SÍFILIS.....	23
2.4.1	AIDS: dados mundiais.....	23
2.4.2	AIDS: dados nacionais	23
2.4.3	AIDS: dados do estado do Pará.....	25
2.4.4	AIDS: dados do município de Marabá (PA).....	26
2.4.5	Gestante HIV positiva - dados nacionais.....	27
2.4.6	Gestante HIV positiva: dados do estado Pará e município de Marabá (PA).....	28
2.4.7	Sífilis em gestante - dados nacionais	29
2.4.8	Sífilis em gestante - dados do estado Pará e município de Marabá (PA).....	29
2.4.9	Sífilis congênita - dados nacionais.....	30
2.4.10	Sífilis congênita dados do estado Pará e do município de Marabá(PA).....	30
2.5	MUNICÍPIO DE MARABÁ/PARÁ: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA.....	31
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	TIPO DO ESTUDO.....	32
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	32
3.3	TAMANHO DA AMOSTRA.....	33
3.3.1	Cálculo do tamanho da amostra.....	33
3.3.2	Critérios de Inclusão.....	33
3.3.3	Critérios de Exclusão.....	34
3.3.4	Seleção.....	34
3.4	VARIÁVEIS.....	34
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	34
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.7	RISCOS.....	35
3.8	QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	36
4	RESULTADOS.....	37
4.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	37
4.2	DADOS COMPLEMENTARES.....	38
4.2.1	Início do Pré-Natal.....	38
4.2.2	Dados Complementares Pré-Natal e Parto referentes ao HIV.....	39
4.2.3	Dados Complementares Pré-Natal e Parto referentes à Sífilis.....	41
4.2.4	Dados do Parto.....	43
4.2.5	Taxa de Prevalência do HIV e Sífilis entre as parturientes do HMI no período estudado.....	46
5	DISCUSSÃO.....	48
6	CONCLUSÕES.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICES.....	59
	ANEXOS.....	64

1 – INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, apesar de inicialmente concentrada em populações vulneráveis, têm apresentado taxas de incidência crescente entre as mulheres devido o aumento de casos por transmissão heterossexual. O número de casos de AIDS é maior entre homens do que entre mulheres, entretanto, essa relação vem diminuindo ao longo dos anos (BRASIL, 2009).

A probabilidade de transmissão vertical (TV) do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) já está estabelecida, sendo evidenciado que a maioria dos casos ocorre durante a gestação, trabalho de parto, e no parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou na amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada) (BRASIL, 2007).

A partir de 1994, com a publicação dos resultados do protocolo *AIDS Clinical Trial Group* (ACTG 076), surgiu a possibilidade de se estruturar intervenções eficazes e específicas para a redução da TV do HIV, com recomendações para o uso da Zidovudina (AZT) no binômio mãe/filho. A literatura relata uma redução da taxa de TV para 1 a 2% com a aplicação de todas as intervenções preconizadas, entretanto, quando não realizadas, ocorre em cerca de 25% das gestações das mulheres infectadas (BRASIL, 2007).

A Sociedade Brasileira de Pediatria conduziu um estudo multicêntrico para estimar a taxa de TV do HIV no Brasil em 2004, que em média foi 8,5%, variando entre 13,8% na região norte e 3,5% na região Centro-Oeste (BRASIL, 2007).

Outra doença de TV de expressiva relevância epidemiológica é a Sífilis, doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual e vertical, que pode produzir, respectivamente, a forma adquirida e congênita da doença (BRASIL, 2007). É o exemplo de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que pode ser controlada com sucesso por meio da aplicabilidade/garantia das políticas públicas existente na assistência direta junto à rede SUS-Sistema Único de Saúde, como por exemplo, testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. No entanto, continua como sério problema de saúde pública no Brasil. Conforme o Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) deve ser realizado como rotina no primeiro trimestre da gestação, preferencialmente na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto.

Segundo Szwarcwald *et al.*, (2007), no estudo Sentinela-Parturiente 2006 do Ministério da Saúde a baixa cobertura do segundo teste de Sífilis no pré-natal indica que as recomendações do Ministério da Saúde não estão sendo seguidas rotineiramente. E para o controle adequado da TV é necessário à realização do segundo teste de Sífilis no pré-natal.

Considerando as falhas operacionais, ainda existentes no pré-natal em novembro de 2002, através da Portaria GM/MS Nº. 2.104, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto Nascer-Maternidade como estratégia para ampliar o acesso das gestantes ao diagnóstico da infecção pelo HIV, visando definir ações de controle da TV do HIV e da Sífilis e melhorar a qualidade da assistência perinatal no país.

“O Projeto Nascer – Maternidade atuará em maternidades do SUS (próprias e conveniadas) localizadas em municípios considerados prioritários e que atendam mais de 500 partos por ano. Os critérios adotados para a seleção das maternidades foram: a) notificação de mais de 2 casos de AIDS por TV em 1999; b) notificação de mais de 5 casos entre 1995 e 1998; c) crescimento igual ou maior que 100% quando comparados os casos de AIDS por TV notificados entre 1991/1994 e 1995/1998. Para as Unidades Federadas que não apresentaram municípios capazes de cumprir esses critérios, foram incluídas as maternidades do SUS que realizam maior número de partos por ano. Ao todo, foram pré-selecionadas 446 maternidades candidatas a participarem desta iniciativa” (BRASIL, 2003).

No estado do Pará, o Projeto Nascer foi implantado em 2004, em 17 maternidades selecionadas conforme os critérios adotados pela Portaria GM/MS Nº. 2.104 de 2002. Atualmente possui 30 (trinta) maternidades com o projeto implantado. Os critérios de implantação para a região Norte foram alterados, pois foram levadas em consideração as peculiaridades da região, como por exemplo, a grande extensão territorial favorecendo a dificuldade de acesso, seja ele fluvial ou por rodovias intrafegáveis (viagens com mais de 12 horas) ou mesmo deslocamento aéreo (SESPA, 2011).

Segundo o protocolo de monitoramento das informações relacionadas aos testes de HIV e de Sífilis na gestação e no parto, no estudo Sentinela Parturiente realizado em 2004, foi observado que a taxa de prevalência do HIV na população de 15 a 49 anos de idade foi de 0,41%, correspondendo a aproximadamente 594 mil infectados, cerca de 209 mil mulheres e 385 mil homens. Em relação à Sífilis, a taxa de prevalência foi de 1,6%, o que corresponde a cerca de 56 mil gestantes infectadas (BRASIL, 2008).

Szwarcwald *et al.*(2007), demonstraram os resultados do Estudo Sentinela-Parturiente 2006 do Ministério da Saúde, onde foi possível observar que houve redução da taxa de prevalência da Sífilis de 1,6% em 2004 para 1,1% em 2006.” “...Várias explicações são plausíveis para esse achado...” Com relação à prevalência do HIV, sua taxa foi igual à calculada em 2004, ou seja, de 0,41%.

Nesse contexto, a falha na detecção precoce da infecção pelo HIV e/ou pelo *Treponema pallidum*, durante o pré-natal, representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, contribuindo para o aumento da incidência da AIDS pediátrica e da sífilis congênita.

1.1 – OBJETIVOS

1.1.1 - Objetivo Geral

Estudar a epidemiologia da infecção pelo HIV e *Treponema pallidum* em parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-Pará.

1.1.2 - Objetivos Específicos

- Conhecer a situação sociodemográfica das parturientes;
- Verificar a prevalência da infecção pelo HIV nas parturientes atendidas no HMI de Marabá;
- Verificar a prevalência da infecção por *Treponema pallidum* nas parturientes atendidas no HMI de Marabá;
- Verificar a cobertura laboratorial do teste para o diagnóstico da Sífilis na gestação e parto nas parturientes atendidas no HMI de Marabá;
- Verificar a cobertura laboratorial do teste para o diagnóstico do HIV na gestação e parto nas parturientes atendidas no HMI de Marabá;
- Registrar dados da assistência pré-natal oferecida às parturientes atendidas no HMI de Marabá.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – UMA BREVE ABORDAGEM SOBRE O HIV/AIDS

O HIV é classificado como um vírus da família *Retroviridae*, gênero *Lentivirus*. Retrovírus são vírus capazes de copiar seu genoma de RNA em uma dupla fita e integrar-se ao genoma da célula hospedeira, através da enzima DNA - polimerase RNA - dependente (transcriptase reversa RT) (VERONESI *et al.*, 1999).

O vírus HIV-1 tem aproximadamente 100 a 120 nm de diâmetro, formato esférico e um envelope de natureza lipoproteica, oriundo da membrana externa da célula do hospedeiro, contendo duas glicoproteínas codificadas pelo vírus: glicoproteína gp120 de superfície e gp41 a glicoproteína transmembranar, além dessas existem, outras que também são originadas da membrana da célula hospedeira durante o processo de saída do vírus na célula, que são antígenos do Complexo Principal de Histocompatibilidade (MHC), actina e ubiquitina (ARTHUR *et al.*, 1999, TURNER *et al.*, 1999).

No interior de envoltório encontra-se um segundo envoltório, a matriz estrutural a qual é formada pela proteína p17. O capsídeo é formado pela proteína p24 do nucleocapsídeo (p7), a qual envolve as duas cópias do genoma viral e p6 (FREED, 2002).

O nucleocapsídeo possui, além do RNA e da transcriptase reversa, proteínas denominadas p15, p17 e p24, associadas à estrutura viral (VERONESI *et al.*, 1999; LEÃO *et al.*, 1997).

Os primeiros casos de AIDS foram reportados no início da década de 80, em homossexuais masculinos nos Estados Unidos, com quadros de imunodeficiência, associados à *Pneumocystis carinii* (atualmente conhecido como *Pneumocystis jiroveci*) (LEE *et al.*, 2009) e formas severas de sarcoma de kaposi, seguidos pelos hemofílicos, hemotransfundidos, usuários de drogas, heterossexuais e por TV. O Brasil teve seus primeiros casos registrados no início da década de 80, na região Sudeste (em São Paulo e no Rio de Janeiro) (VERONESI *et al.*, 1999; LEÃO *et al.*, 1997).

O HIV pode ser transmitido pela via sexual, parenteral, a qual pode ocorrer pelo compartilhamento de seringas ou agulhas contaminadas pelo vírus, assim como devido a utilização de hemoderivados contaminados, e pela via vertical (VERONESI *et al.*, 1999)

2.1.2 - Transmissão vertical do HIV

O crescimento da epidemia da AIDS no Brasil afetou de maneira especial as mulheres e trouxe como novo desafio a ser enfrentado, o controle da TV no HIV (BRASIL, 2010).

Segundo Macedo *et al.*(2009), estudos têm mostrado que está ocorrendo uma diminuição do número de casos de TV do HIV, principalmente a partir da aplicação do Protocolo 076 do *AIDS Clinical Trials Group* (ACTG 076) e do acesso à terapia medicamentosa.

A literatura mostra uma redução dessa taxa para níveis entre 1 a 2% com a aplicação de todas as intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com Miranda *et al.*(2009), a falha na detecção precoce da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil, ou seja a qualidade da assistência à gestante iniciada no pré-natal e continuada no momento do parto é um determinante da redução da TV do HIV.

2.2 – SÍFILIS

Segundo Leão *et al.*(1997), a Sífilis é uma doença causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria pertencente a família *Spirochaetaceae*. É uma espiroqueta anaeróbica, flagelada, habitualmente crônica e transmissível pelo ato sexual, sendo sua distribuição mundial, comprometendo pele, mucosas, e outros órgãos. A doença não tem predileção por sexo ou raça, ocorre principalmente entre a segunda e a quarta década de vida, onde é mais intensa a atividade sexual. O período de incubação dura em média três semanas. Em 1943, com o advento da penicilina as taxas de incidência da doença diminuíram levando-se a pensar que a doença seria erradicada em pouco tempo, fato que não ocorreu e nos dias atuais as taxas de incidência e prevalência continuam crescendo. Em 95% dos casos a doença é adquirida através do ato sexual e a lesão inicial é de localização genital. Outro tipo de transmissão ocorre por transfusão de sangue contaminado com a espiroqueta, atualmente pouco observada em virtude da triagem sorológica nos hemocentros. E uma transmissão de elevada importância é a por via transplacentária. Ressalta-se que tanto a forma congênita, como a adquirida, apresentam-se como doença sistêmica desde o início, podendo atingir todos os tecidos, órgãos e sistemas.

A Sífilis adquirida é classificada como: recente (menos de um ano de evolução) e tardia (com mais de um ano de evolução). A Sífilis adquirida recente, apresenta as formas primária, secundária e latente recente e a Sífilis adquirida tardia as forma latente tardia e terciária. (BRASIL, 2007). A classificação pode ser visualizada na FIGURA-1.

A Sífilis congênita é classificada da seguinte forma: precoce ou recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida) e tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida) (BRASIL, 2007).

2.2.1 - Manifestações Clínicas

2.2.1.2 - Sífilis adquirida

- **Sífilis Primária:** Caracteriza-se pelo aparecimento de uma adenopatia satélite (30 a 40 dias) não supurativa, móvel e indolor, lesão erosada ou ulcerada, geralmente única e indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante denominada cancro duro a qual aparece entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. A localização no homem geralmente é na glândula e sulco bálano - prepucial. Na mulher pode passar despercebida e geralmente aparecem nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. É uma lesão caracteristicamente rica em treponemas (BRASIL, 2007).
- **Sífilis Secundária:** Geralmente manifesta-se 6 a 8 semanas após o desaparecimento espontâneo do cancro duro. As manifestações mais comuns são: poliadenopatia generalizada; artralgias, febrícula, cefaléia e adinamia; roséolas, podendo formar exantema morbiliforme; pápulas cutâneas, denominadas sífilides papulosas. Sua localização nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico do secundarismo da sífilis, dentre outras (BRASIL, 2007).
- **Sífilis Latente (recente e tardia):** Fase de duração variável em que os sinais e sintomas clínicos não são observados, sendo o diagnóstico exclusivo por meio de exames sorológicos (BRASIL, 2007).
- **Sífilis Tardia:** Os sinais e sintomas surgem em um período que pode variar de 3 a 12 anos, ou mais, do contágio. As lesões nos órgãos afetados são pobres em treponemas. As manifestações clínicas mais comuns são lesões cutâneo-mucosas, que se apresentam como tubérculos ou gomas; demência; doença cardiovascular sob a forma de aneurisma aórtico e comprometimento articular (artropatia de Charcot) (BRASIL, 2007).

As manifestações clínicas, conforme a classificação da Sífilis podem ser visualizadas na FIGURA-1.

2.2.1.3 - Sífilis congênita

A Sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada, para o seu conceito por via

transplacentária, sendo ainda um importante problema de saúde pública em vários países do mundo. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença. A taxa da TV dessa espiroqueta em mulheres não tratadas é de 70 a 100% nas fases primária e secundária, reduzindo-se para aproximadamente 30% na sífilis tardia. Se houver lesões genitais maternas é possível que ocorra a transmissão direta da bactéria por meio do contato da criança pelo canal de parto. Durante o aleitamento, haverá transmissão apenas se existirem lesões nas mamas. Em aproximadamente 40% dos casos de gestantes infectadas ocorre aborto espontâneo, natimortalidade ou morte perinatal (BRASIL, 2007). O esquema mostrando a chance de TV da Sífilis, conforme a história natural da Sífilis adquirida está representado na FIGURA-2.

A maioria das crianças portadoras de Sífilis congênita nasce assintomática (mais de 50%). Esse fato confirma a importância da realização da triagem sorológica da parturiente na maternidade (BRASIL, 2007).

Acreditava-se que a infecção do feto a partir da mãe com sífilis não ocorresse antes do quarto mês de gestação, entretanto, já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos, a partir da nona semana. As alterações fisiopatogênicas observadas na gestante são as mesmas que ocorrem em não gestante (BRASIL, 2006).

A Sífilis congênita é classificada em dois estágios: precoce (diagnóstico até o segundo ano de vida) e tardia (após segundo ano de vida). O neonato infectado pode apresentar, além da prematuridade, o seguinte: baixo peso, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo sífilítico, condilomas planos anogenitais, petéquias, púrpura, fissura peribucal), periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Entretanto, a maioria dos casos de Sífilis congênita precoce é assintomática (cerca de 50%) (BRASIL, 2007).

A síndrome clínica da Sífilis congênita tardia surge após o segundo ano de vida. As principais características dessa síndrome incluem: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado. Da mesma forma que a Sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, deve-se atentar na investigação para a possibilidade da criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual. O

tratamento para Sífilis congênita é realizado com penicilina conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

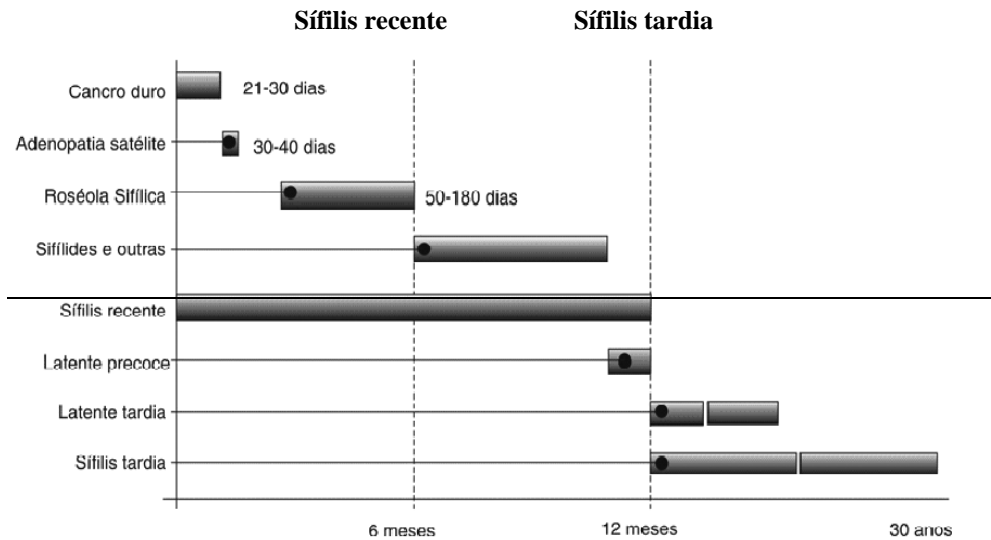


FIGURA 1: Fases clínicas da Sífilis Adquirida e sua classificação: Sífilis recente Sífilis tardia.

Fonte: Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis (Brasil, 2007).



FIGURA 2: História Natural da Sífilis Adquirida e “risco” ou “chance” de transmissão vertical

Fonte: Coleção DST. AIDS - Série Manuais 78 - 3ª Edição (BRASIL, 2007).

2.3 – POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA PARA O CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E SÍFILIS.

Segundo Ferreira *et al.*, (2007), o Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em fevereiro de 2006, fortalece a gestão compartilhada entre as diversas esferas de governo. E um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, o qual aponta a redução da mortalidade materna e infantil, sendo a redução das taxas de TV do HIV e da Sífilis um dos componentes básico para a execução dessa prioridade. E para que o Brasil avance nesse propósito, o Ministério da Saúde lançou, em 24 de outubro, o Plano Operacional para Redução da TV do HIV e da Sífilis, tendo como meta principal reduzir as taxas de TV de forma regionalizada (BRASIL, 2007).

Em outubro de 2009, a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), lançou o Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no Estado do Pará, o qual tem como objetivo reduzir a Sífilis congênita para níveis inferiores a um caso para cada mil nascidos vivos, até dezembro de 2013 (SESPA, 2009).

Desde 1986, a Sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória por meio da Portaria Nº 542 de 22 de dezembro de 1986. A investigação de Sífilis congênita deve ser realizada em todas as crianças nascidas de mãe com Sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial) durante a gestação, parto ou puerpério e nos indivíduos com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de Sífilis congênita.

Em 2000, por meio da Portaria nº 993/GM de 04 de setembro, foi implantada a notificação universal e obrigatória das gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV, sendo estes agravos incluídos entre as doenças de notificação compulsória do país.

A Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005, incluiu a Sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória, objetivando controlar a TV do *T. pallidum* e acompanhar, adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle. Segundo critérios de vigilância epidemiológica, gestante com Sífilis é aquela que apresenta durante o pré-natal evidência clínica e/ou sorológica não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

De acordo com Szwarcwald *et al.*, (2007), o Estudo Sentinela- Parturiente, 2006, estimou a taxa de prevalência do HIV, igual à calculada em 2004 que foi de 0,41%. A pesquisa teve, ainda, a finalidade de apresentar uma proposta metodológica para estimar a prevalência do HIV e Sífilis em parturientes com base em dados secundários, nos estados e

municípios mediante a sistematização de informações que são coletadas rotineiramente nas maternidades do SUS.

2.4 - EPIDEMIOLOGIA DA AIDS E SÍFILIS

2.4.1 – AIDS: dados mundiais

Segundo dados do UNAIDS (2010), aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com HIV em todo o mundo, deste total quase 16 milhões são mulheres, o que indica o aumento de casos no sexo feminino, as quais já representam metade das pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, com números crescentes em muitos países.

Em 2009, 2,6 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, sendo que 370.000 eram crianças (menores de 15 anos). Neste mesmo ano 1,8 milhões de pessoas morreram em decorrência da AIDS, sendo que 260.000 eram crianças (menores de 15 anos) (UNAIDS, 2010).

A África Sub-Saariana continua sendo a região do mundo que apresenta o maior número de casos de AIDS, pois registrou em 2008, 22,5 milhões de casos e o número de pessoas infectadas neste mesmo ano foi de 1,9 milhões. Ressalta-se que a mortalidade na região é bastante elevada e em 2008 1,9 milhões de pessoas (adultos e crianças) morreram em decorrência do agravo. Em contrapartida, a Oceania é a região que registra o menor número de pessoas vivendo com AIDS no mundo que é de aproximadamente 57.000. (WHO/UNAIDS, 2009).

2.4.2 – AIDS: dados nacionais

Segundo dados do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, no período de 1980 a junho de 2011, foram registrados no SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação, declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade –SIM, registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais -SISCEL e Sistema de Controle e Logística de Medicamentos -SICLON, 608.230 casos de AIDS acumulados, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino. O maior número de casos está concentrado na região Sudeste 56,4%, seguida pela região Sul 20,2%, região Nordeste 12,9%, região Centro-Oeste 5,8% e região Norte 4,7% (BRASIL, 2012).

Em 2010, foram notificados 34.218 novos casos de AIDS. Observa-se, que a razão por sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, a razão era 26 homens infectados para cada mulher. Em 2010, essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres. Com

relação aos números absolutos por regiões do país foi observado que o Pará registrou o maior número de casos na região Norte (12.532); na região Nordeste, a Bahia (19.290); na região Sudeste, São Paulo (207.077); região Sul o Rio Grande do Sul (60.512) e na região Centro-Oeste o estado de Goiás (12.588). A análise por região da taxa de incidência demonstrou 14,3/100.000 habitantes na região Sul, 12,8 na Norte, 9,2 na Sudeste, 7,9 na Centro-Oeste, e 6,9 na Nordeste. (BRASIL, 2012).

Com relação à faixa etária 24,8% dos casos notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM em 2010, encontravam-se entre 40 e 49 anos de idade. A faixa etária que exibiu a maior taxa de incidência do país foi a de 35 a 39 anos de idade (38,1 casos/100.000 hab.). Entre 1998 e 2010, foi registrado um aumento da taxa de incidência de casos de AIDS nas faixas etárias de 05 a 12, de 50 a 59, e de 60 anos e mais (BRASIL, 2012).

Os casos de AIDS registrados em menores de cinco anos no período de 1980 a junho de 2011 foi de 14.127 casos. Em 2010, foram registrados 482 casos que correspondem a uma taxa de incidência de 3,5/100.000 habitantes. No ano de 1998, o número de casos nessa faixa etária foi de 947, com taxa de incidência de 5,9/100.000 habitantes, ou seja, houve no período uma redução de 49,1% no número absoluto de casos e de 40,7% na taxa de incidência. Porém foi observado que, no mesmo período, a taxa de incidência em menores de cinco anos aumentou nas regiões Norte e Nordeste, enquanto reduziu nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2012).

Segundo categoria de exposição dos casos de AIDS notificados no SINAN em menores de 13 anos de idade, do total de 15.775 casos notificados, no período de 1980 a junho de 2011, 85,8% a exposição foi por via vertical. E na faixa etária de 13 anos de idade ou mais, da totalidade de 15.026 casos no sexo masculino notificados no SINAN, no ano de 2010, 22,0% são homossexuais, 7,7% bissexuais, 42,4% heterossexuais, 5,0% UDI, 0,6% TV e 22,1% ignorados. Com relação ao sexo feminino, do total de 8.210 no mesmo período 83,1% são heterossexuais, 2,2% UDI, 0,9% TV e 13,8% ignorados. Segundo a categoria de exposição raça/cor no ano de 2010, 49,6% dos casos notificados no SINAN são brancos, 38,6%, pardos; 10,8%, pretos; 8,1%, amarelos; 0,4%, indígenas e 0,5%, ignorados. Quanto à escolaridade, em 2010, 14,2% do total de indivíduos notificados tinham até a quarta série do ensino fundamental, completa ou incompleta (5,9% com quarta série completa); 27,4% entre a quinta e a oitava série do ensino fundamental, completa ou incompleta (9,8% com ensino fundamental completo); 20,1% ensino médio, completo ou incompleto (13,3% completo); e 8,2% ensino superior, completo ou incompleto (5,3% completo); 2,4% analfabetos; e em 26,5% dos casos o dado foi ignorado (BRASIL, 2012).

Entre 1980 a 2010, no Brasil, ocorreram 241.469 óbitos tendo como causa básica a AIDS. Em 2010 ocorreram 11.965 óbitos, com coeficiente bruto de mortalidade de 6,3/100.000 habitantes. Foi observada uma redução de 11,1% na mortalidade por AIDS no Brasil, mas a análise por região demonstrou que a mortalidade aumentou no Norte, Nordeste, Sul, diminuiu no Sudeste, e estabilizou no Centro-Oeste do país (BRASIL, 2012).

2.4.3 – AIDS: dados do estado do Pará

Segundo dados do SINAN/DST/AIDS-SESPA, desde o primeiro caso notificado em 1985, registrou-se até junho de 2009, 9.428 casos de AIDS, sendo 5.860 casos masculinos (62%) e 3.225 casos femininos (34%), as crianças somaram 342 casos (3,6%). Esses casos estão distribuídos nos 144 municípios do estado. Observa-se que a taxa de incidência aumentou, pois em 1985 foi de 0,02 por 100.000/hab., valor quase insignificante. Na década de 1990, passou para 0,73 por 100.000/hab., dado este que não evidencia a variação real da epidemia, e sim a melhoria da qualidade dos serviços e a captação precoce do portador (SESPA, 2009).

A evolução das taxas de incidência pode ser observada em 2000 quando a epidemia cresceu para 4,78 por 100.000 hab., elevando-se em 2008 para 17,25 por 100.000 hab. Em menores de cinco anos, a incidência também aumentou em 2008 (4,07 por 100.000 hab.), diferente da taxa de incidência do país, apesar das ações de TV desenvolvidas, o que pode ser devido ao aumento do número de casos de AIDS em mulheres com dados sugerindo uma equidade entre homens e mulheres; baixa oferta de teste diagnóstico da infecção pelo HIV durante o pré-natal; poucas maternidades cadastradas no Projeto Nascer Maternidades, dentre outros fatores (SESPA, 2009).

Na análise da distribuição por sexo, verifica-se o aumento da incidência de AIDS no grupo feminino. A incidência entre mulheres em 2008 ficou em torno de 14,07 e a incidência masculina foi de 20,36 por 100.000 hab. Verifica-se a diminuição da razão de taxas homem/mulher (1,5 homem para cada mulher), mas é evidente o aumento do risco da doença entre ambos os sexos. Nota-se que apesar do aumento no número de casos em mulheres ao longo dos anos, os casos masculinos ainda são predominantes (SESPA, 2009).

Os casos de AIDS identificados, segundo faixa etária e sexo entre 1985 e 2009, demonstram que do total identificado em homens, 92% estão na faixa etária entre 20 a 59 anos. Com relação às mulheres, essa proporção corresponde a 90% e estão na faixa etária de 25 a 59 anos. No acompanhamento dos anos o que se observa é um incremento na faixa etária de maiores de 50 anos, 10% do total de casos masculinos e 8% do total de casos femininos. Não

foi verificado o crescimento da epidemia entre os adolescentes. As mulheres correspondem a 3%, enquanto que os homens a 2%. Observa-se que a categoria de exposição de 68,5% dos casos notificados de AIDS, em menores de 13 anos no período de 1989 a 2009, foi por transmissão vertical (SESPA, 2009).

Nos indivíduos com 13 anos de idade ou mais, a categoria de exposição tende a estabilização entre homossexuais (16,7%), bissexuais (10,8%), crescimento da categoria heterossexual (27,7%), redução dos usuários de drogas injetáveis (4%) no sexo masculino, e no sexo feminino predomina a heterossexual (59%), seguida de 37,6% de casos sem informação. Segundo a escolaridade, a maior proporção dos casos está na população com 4 a 7 anos de estudo (19,6%), seguida de 8 a 11 anos de estudo (14%), e de 1 a 3 anos de estudo (10,7%) (SESPA, 2009).

Segundo dados do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais em 2008, o coeficiente de mortalidade por AIDS foi de 6,1 por 100.000 hab. e no período de 1980 a 2008 foram declarados no Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS (SIM) 217.091 óbitos por AIDS, sendo 6.407 (3%) na região Norte (BRASIL, 2010).

No Pará, os óbitos por AIDS declarados no SIM, no período de 1985 a 2009, foram 3.702 óbitos, o que representa quase 58% do total de óbitos da região Norte, desses, 70% são do sexo masculino e 30% do sexo feminino. Em 2008 o coeficiente de mortalidade foi de 6,7 no sexo masculino e aproximadamente 4,0 no feminino. Observa-se que o coeficiente de mortalidade vem crescendo, visto que em 2000 era de 2,4 para 100.000 hab. passando para 5,0 por 100.000 hab. em 2008 (SESPA, 2009).

2.4.4 – AIDS: dados do município de Marabá/Pará

De acordo com dados do SINAN/DST/AIDS-SESPA, o acumulado de casos de AIDS em Marabá desde o primeiro caso notificado em 1996 até 30/06/2010 foi de 118 casos. Analisando o período de 2008 a 2010 o qual registrou 51 casos de AIDS. Destes 50 casos são em adultos, 29(56%) ocorreram no sexo masculino e 21(42%) no sexo feminino, e apenas 01 (2%) caso em criança (SESPA, 2011).

Em 2008, a taxa de incidência da AIDS era 12,50 (por 100.000 hab.) e em 2009 diminuiu para 11,33 (por 100.000 hab.). A incidência por sexo demonstra que o número de mulheres infectadas é superior ao de homens tendo uma taxa de 14,11 (por 100.000 hab.), enquanto que os homens ficaram com 10,92 (por 100.000 hab.). Em 2009, a razão de sexo (M:F) foi de 2,1. A categoria de exposição no período de 2008 a 2010 que mais se destacou foi a heterossexual, sendo 68,2% mulheres e 55,2% homens. A categoria perinatal representa

2% do total de casos registrados. Foi ainda observado que 80,4% dos casos estão na faixa etária entre 20 a 49 anos (masculino 75,8%; feminino 86,4%), havendo um incremento na faixa etária de 50 anos e mais (masculino 17,2% e feminino 13,6%) (SESPA, 2011).

A maior proporção dos casos, segundo escolaridade, é observada no ensino fundamental em ambos os sexos (masculino 79,3% e feminino 95,4%). Os óbitos analisados são do período de 2008 a 2010, onde foram registrados no SIM 58 óbitos, sendo (masculino: 36 e feminino: 22), mostrando que em 2008 o coeficiente de mortalidade era 8,00 por 100.000 hab., em 2009 observa-se um salto para 12,8 por 100.000 hab., chegando em 2010 com 7,88 por 100.000 hab. Com relação aos coeficientes de mortalidades entre os sexos observa-se que tanto homens como mulheres tiveram oscilações ao longo da série histórica estudada. Em 2009, o coeficiente de mortalidade no sexo masculino foi de 15,65/100.000 hab. e no sexo feminino foi de 9,92/100.000 hab. (SESPA, 2011).

2.4.5 - Gestantes HIV Positiva - dados nacionais

No Brasil foram notificados entre 2000 e junho de 2011 um total de 61.789 casos de infecção pelo HIV em gestantes, dos quais 26.772 (43,3%) na região Sudeste, 19.625 (31,8%) na região Sul, 8.493 (13,7%) na região Nordeste, 3.485 (5,6%) na região Centro-Oeste, e 3.378 (5,5%) na região Norte. Segundo o Boletim Epidemiológico 2012, foi possível estimar que persiste uma brecha importante, de aproximadamente 50%, na cobertura da testagem do HIV nessa população. Em 2010, o número de casos notificados no Brasil foi de 5.666, sendo 37,7% na região Sudeste, 31,3% na região Sul, 16,0% na região Nordeste, 8,8% na Região Norte, e 6,1% na Região Centro-Oeste. A taxa de detecção de casos de HIV em gestantes no Brasil em 2010 correspondeu a 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos. A região sul foi à única região que obteve uma taxa de detecção superior à média nacional que foi de 4,8 casos por 1.000 nascidos vivos. Os estados com as maiores taxas de detecção em 2010 foram o Rio Grande do Sul (7,3/1.000 nascidos vivos), Santa Catarina (5,6), Amazonas (2,4), Rio de Janeiro (2,4), Espírito Santo (2,3), Paraná (2,2) e Mato Grosso (2,2) (BRASIL, 2012).

As maiores proporções de gestantes, infectadas pelo HIV estão concentradas na faixa etária de 20 a 29 anos (51,4%), em duas faixas de escolaridade distintas - da 5ª à 8ª série incompleta (26,9%) e do ensino médio completo (12,8%) e na raça/cor branca (42,7%) e parda (37,3%) (BRASIL, 2012).

2.4.6 - Gestante HIV Positiva: dados do estado do Pará e município de Marabá/Pará

De acordo com dados do SINAN/DST/AIDS-SESPA, apesar da notificação de gestante HIV-positiva ter sido implantada no ano de 2000, no banco de dados do SINAN/Pará só há registro a partir do ano de 2007. De 2000 a junho de 2009, foram registrados 1.261 gestantes HIV+ no SINAN. Observa-se que coeficiente de detecção no ano de 2008 foi de 1,04 para 1.000 nascidos vivos, verificou-se ainda que em média, 87% dos casos notificados estão entre as gestantes de 15 a 39 anos, e com relação à escolaridade, 15% das gestantes têm, no máximo, quatro anos de estudo e 34% não completaram o ensino fundamental. Quanto à variável raça/cor, 82% e 9% dos casos foram classificados, respectivamente, como pardos e brancos. A informação sobre raça/cor tem melhorado nos últimos anos, refletindo uma diminuição dos casos com informação ignorada.

Observa-se também um aumento proporcional no número de casos de gestantes que realizaram pré-natal (88%); 66% receberam a profilaxia durante a gestação; e 16% são casos com informação ignorada ou em branco em relação ao uso da profilaxia. Registra-se também o aumento de parturientes que receberam todas as intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde para prevenção da TV do HIV no momento do parto (55%). Observa-se, ainda que, 60% das crianças expostas ao HIV receberam profilaxia em tempo hábil, mas 36% destas estão com informação ignorada o que dificulta o seguimento ambulatorial que deve ser até dezoito meses, período em que o caso é fechado pelo sistema de vigilância epidemiológica (SESPA, 2009).

O município de Marabá registrou 48 de casos de 2006 a junho de 2010. Analisou-se o período de 2008 a 2010 onde foram notificados 31 casos de gestantes HIV positivas. Em 2008, houve registro de 15 casos, sendo o coeficiente de detecção de 2,92 por 1.000 nascidos vivos. Em 2009 o coeficiente por 1.000 nascidos vivos foi de 1,51, e em 2010 também foi de 1,51 (o parâmetro para cálculo do coeficiente de 2010 foi usado o mesmo número de nascidos vivos de 2009, conforme DATASUS). Verifica-se também que no período analisado, 81,2% dos casos notificados estão na faixa etária de 15 a 39 anos. Com relação à escolaridade 50% possuem o ensino fundamental. Observa-se ainda que 74,2% fizeram pré-natal; 61,3% tiveram evidência laboratorial durante o pré-natal; 19,4% durante o parto, 29,5% receberam profilaxia, mas 45,2% não têm registro de informação sobre esse dado, o que prejudica a análise dessa variável (SESPA, 2011).

Com relação às informações sobre o parto 43,8% das crianças receberam profilaxia no momento do parto; 37,5% estão com informação em branco; e apenas 56,3% das crianças receberam profilaxia em tempo hábil. É grande o número de registros em branco o que

prejudica a ação de prevenção e a quebra da cadeia de TV do HIV. Com relação ao tipo de parto, 25,0% foram partos vaginais; 18,8% cesáreas e 37,5% não têm informação. (SESPA, 2011).

2.4.7 - Sífilis em Gestante- dados nacionais

Segundo dados do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais entre 2005 e junho de 2011, foram notificados no SINAN, 41.258 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas regiões Sudeste 14.099 (34,2%) e Nordeste, com 10.905 (26,4%). Em 2010, o número de casos notificados foi de 10.084, sendo 4.028 (36,9%) na região Sudeste, 2.459 (24,4%) na região Nordeste, 1.412 (14,0%) na região Norte, 1.183 (11,7%) na região Centro-Oeste, e 1.002 (9,9%) na região Sul. Com relação à taxa de detecção no Brasil, em 2010 foi observado uma taxa de 3,5 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas Regiões Centro-Oeste (5,4), Norte (4,5) e Sudeste (3,6). Quanto aos estados, as taxas mais elevadas foram observadas no Mato Grosso do Sul (12,5) e Amapá (9,6). Concernente a faixa etária de modo geral, as maiores proporções encontram-se na faixa etária entre 20 e 29 anos (52,5%), em duas faixas de escolaridade distintas - da 5ª à 8ª série incompleta (21,7%) e do ensino médio completo (10,5%). Concernente a raça/cor, 29,7% na raça/cor branca e 47,3% parda (BRASIL, 2012).

2.4.8 - Sífilis em Gestante: dados do estado do Pará e município de Marabá/Pará

Segundo dados do SINAN/DST/AIDS-SESPA a notificação de Sífilis em gestante foi implantada no ano de 2005. No Pará foram notificados 2.118 casos de Sífilis em gestantes, no período de 2006 a 2009, o que representa 30,4% do total de casos notificados em 2008 no país, o que denota grande subnotificação. Verifica-se que o coeficiente de detecção desse agravo em 2008 foi de 2,65 por 1.000 nascidos vivos. Quanto às características dos casos de gestantes com Sífilis, observa-se que do total de casos, 83% estão na faixa etária de 15 a 29 anos. Quanto à variável raça/cor, observa-se que 78% das gestantes são pardas. A escolaridade da mãe, com maior proporção de casos foi a de 1ª a 8ª série incompleta (57%), seguido do ensino fundamental completo (SESPA, 2009).

O município de Marabá notificou 264 casos de Sífilis em gestantes de 2007 a junho de 2010. A análise refere-se ao período de 2008 a 2010, onde foram registrados 170 casos. O coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos foi de 13,06 em 2008, 9,04 em 2009 e 10,36 em 2010 (para cálculo do parâmetro de 2010 foi usado o número de nascidos vivos de 2009, DATASUS).

De acordo com as informações registradas no banco de dados, do total de casos notificados no período de 2008 a 2010, 97,6% estão na faixa etária de 15 a 39 anos; quanto à escolaridade da mãe, a maior proporção de casos foi no ensino fundamental completo com 67%, seguido do ensino médio incompleto 15,9%, e 14,7% registros sem informação. Foi também observado que 97,1% tiveram evidência laboratorial (VDRL positivo) durante o pré-natal 81,8% tiveram diagnóstico clínico de Sífilis primária e 72,9% receberam tratamento com Penicilina G Benzantina (SESPA, 2011).

2.4.9 - Sífilis Congênita - dados nacionais

No período entre 1988 e junho de 2011 no Brasil, foram notificados no SINAN 62.881 casos de Sífilis congênita em menores de um ano de idade. A região Sudeste registrou 28.724 (45,7%); a Nordeste, 19.815 (31,6%); a Norte, 5.910 (9,4%); a Sul, 4.622 (7,3%); e a Centro-Oeste, 3.810 (6,0%). Em 2010, registrou-se 6.677 novos casos em menores de um ano de idade, sendo 42,4% na região Sudeste, 33,8% na região Nordeste, 9,6% na região Sul, 9,3% na região Norte, e 4,8% na Região Centro-Oeste. Com relação à taxa de detecção de Sífilis congênita no Brasil, em 2010 foi observada uma taxa de 2,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas, respectivamente 2,6 e 2,5. As demais unidades que apresentaram as maiores taxas de detecção foram: Rio de Janeiro (6,1 por 1.000 nascidos vivos), Roraima (5,4), Amapá (5,2), Ceará (4,9), Sergipe (4,6) e o Rio Grande do Norte (4,1) (BRASIL, 2012).

A oferta da assistência pré-natal adequada a toda gestante é uma das medidas mais relevantes para o controle da Sífilis congênita. O Ministério da Saúde preconiza a realização de três exames VDRL, sendo dois durante o pré-natal e um no momento do parto. No último Estudo Sentinela-Parturiente, realizado em 2006, a cobertura da testagem de Sífilis no pré-natal (dois testes) foi de apenas 17% (BRASIL, 2010).

2.4.10 - Sífilis Congênita: dados do estado do Pará e município de Marabá/Pará

Segundo dados do SINAN/DST/AIDS-SESPA, os casos de Sífilis congênita registrados em menores de um ano de idade no Pará, no período de 2000 a 2009 foram 2.216 casos. Observa-se que a taxa de incidência na série histórica apresentada foi de 1,31 por 1.000 nascidos vivos em 2008. Foi verificado nos casos notificados de Sífilis congênita, segundo características dos casos ao longo dos anos, que a maior proporção 85,6% das gestantes fizeram pré-natal, 76% tiveram diagnóstico durante o pré-natal, e somente 42% dos parceiros foram tratados, assim, percebe-se que é alarmante a falta de informação. Quanto às

características maternas, verifica-se que a maior proporção dos casos ocorreu em crianças cujas mães tinham entre 15 a 34 anos de idade (90%), com quatro a oito anos de estudo (62%); quanto à variável raça/cor, 47% são pardas, 19% são brancas e 15% são pretas. Nota-se que há uma grande proporção das variáveis sem informação (19%) (SESPA, 2009).

O município de Marabá notificou no período de 2008 a 2010, 74 casos com uma taxa de incidência em 2008 de 1,57 por 1.000 nascidos vivos. Ocorreu um crescimento em 2009 de 5,88 por 1.000 nascidos vivos (o número de nascidos vivos de 2008 foi usado como parâmetro para cálculo do coeficiente), valor que está acima do apresentado no Boletim do Departamento de DST/AIDS (ano VII n.º 1, 27^a a 52^a semanas epidemiológicas julho a dezembro de 2009 e semanas epidemiológicas de 01^a a 26^a de janeiro a junho de 2010) que é de 1,7 para o país e 2,1 para a região Norte. Observa-se que a maior proporção dos casos ocorreu em crianças cujas mães tinham entre 15 e 34 anos de idade (92%) e com ensino fundamental incompleto (42%). Verificou-se que 82,4% fizeram pré-natal, 97,3% tiveram evidência laboratorial durante o pré-natal, 82,4% no momento do parto/curetagem, 81,1% receberam tratamento adequado e 82,3% tiveram seus parceiros tratados (SESPA, 2011).

2.5 - MUNICÍPIO DE MARABÁ/PARÁ: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

O município de Marabá, situado no interior do estado do Pará, ocupa uma área de 15.092,268 km². A área urbana do município corresponde aproximadamente 6,9% da área total do mesmo ou 1.041,365 km². Pertence à mesorregião do sudeste paraense, a 485 Km da capital paraense. Limita-se com os municípios de: Itupiranga, Jacundá e Rondon do Pará (ao Norte); São Geraldo do Araguaia, Curionópolis, Parauapebas e São Félix do Xingu (ao Sul); Bom Jesus do Tocantins e São João do Araguaia (ao Leste); e Senador José Porfírio (ao Oeste). A localização tem como referência, o ponto de encontro entre os rios, Tocantins e Itacaiunas, formando uma espécie de "y" no seio da cidade, vista de cima (PORTAL da Prefeitura de Marabá, 2011).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo 2010, a população estimada de Marabá correspondeu a 224.014 habitantes (duzentos e vinte e quatro mil e quatorze habitantes) (IBGE, 2010).

O município foi fundado em 5 de abril de 1913, e só recebeu o título de cidade em 27 de outubro de 1923 através da Lei N.º 2207. Possui uma população bastante miscigenada, praticamente todos os estados brasileiros estão representados em Marabá, com maior volume de maranhenses, goianos e piauienses. Entretanto, baianos, paulistas e pernambucanos

também vieram tentar a sorte e acabaram fixando moradia no município (PORTAL da Prefeitura de Marabá, 2011).

Em 1969, com a abertura da PA-70 (atualmente um trecho da BR-222), Marabá foi ligada à rodovia Belém-Brasília. A implantação de infraestrutura rodoviária fez parte da estratégia do governo federal de integrar a região norte ao resto do país.

O município de Marabá vivenciou vários ciclos econômicos. Até o início da década de 1980 a economia era baseada no extrativismo vegetal. Após o ciclo da borracha, a castanha-do-pará fez de Marabá o maior produtor mundial de amêndoa. Aos poucos o extrativismo cedeu lugar à agropecuária e exploração da madeira. No início de 1980, descobre-se ouro na fazenda Três Barras, entre o município de Marabá e a Serra dos Carajás a qual veio a ser chamada de Serra Pelada (PORTAL da Prefeitura de Marabá, 2011).

Concernente à saúde municipal, a rede ambulatorial cadastrada no SIA/SUS-2009 é a seguinte: Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde (12); Central de Regulação de Serviços de Saúde (3); Clínica/ambulatório especializado (40); Consultório isolado (39); Farmácia (1); Hospital Especializado (2); Hospital Geral (4); Policlínica (3); Posto de Saúde (8); Pronto Socorro Geral (2); Secretaria de Saúde (15); Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (15); Unidade de Vigilância em Saúde (02); Unidade Móvel Terrestre (02) (PORTAL da Prefeitura de Marabá, 2011).

De acordo com o DATASUS, o número de leitos registrados por habitantes em 2009 foi: leitos hospitalares 319; leitos/ambulatoriais 25; leitos de urgência 23, totalizando 367 leitos, ou seja, 1,81 leitos/mil habitantes.

3 – METODOLOGIA

3.1 - TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo transversal, realizado no período de 28 de novembro 2011 a 31 de janeiro de 2012.

3.2 - LOCAL DO ESTUDO

Na maternidade do HMI, no município de Marabá, estado do Pará, a qual presta assistência integral às gestantes e recém-nascidos. É referência para as regiões Sul e Sudeste do estado na Atenção à Saúde da Mulher, pois presta cuidado ambulatorial e de internação clínico cirúrgica nas especialidades obstétrica e ginecológica.

3.3 - TAMANHO DA AMOSTRA:

O tamanho da amostra calculado para estimar a proporção de infecção pelo HIV e Sífilis dentro de um intervalo de confiança de 95% com uma margem de erro de 5% na maternidade HMI de Marabá(PA), foi de aproximadamente 372 parturientes, selecionadas de forma aleatória, no momento da internação para o parto. Justifica-se que foi levada em consideração apenas a taxa de prevalência para o HIV de 0,41% e não a da Sífilis que é 1,6% (BRASIL, 2006). No entanto, a amostra final desse trabalho ficou em 480 parturientes, pois no período em que foi realizada a pesquisa a demanda na maternidade superou a média de partos realizados mensalmente.

3.3.1 - Cálculo do Tamanho da Amostra

- Fórmula para o cálculo do tamanho da amostra
- Média de partos nos três primeiros meses de 2011: 400 partos
- Proporção considerada: 0,41%

Fórmula para calcular o tamanho da amostra com uma estimativa confiável da proporção populacional (p)

$$n_0 = \frac{Z^2 \times p \times q}{E^2}$$

n= número de indivíduos da amostra

z^2 = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado

p= proporção da população de indivíduos que pertence à categoria que estamos interessados em estudar

q= proporção da população de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessado em estudar (p-1)=q

E= margem de erro (5%)

$$n_0 = \frac{Z^2 \times p \times q}{E^2} = \frac{1,96^2 \times 0,41 \times 0,59}{0,05^2} = 372 \text{ parturientes}$$

3.3.2- Critérios de Inclusão

Parturientes atendidas na Maternidade do Hospital Materno-Infantil no município de Marabá-Pará no período do estudo, que concordaram em participar da pesquisa, e estavam na

faixa etária de 13 a 49 anos. Ressalta-se que as parturientes menores de 18 anos de idade, tiveram sua participação autorizada por seus pais ou responsáveis.

3.3.3 - Critérios de Exclusão

Parturientes que não estavam dentro da faixa etária de 13 a 49 anos e/ou não concordaram em participar do estudo.

3.3.4 - Seleção

A seleção foi aleatória. Foram selecionadas as parturientes que estavam em leitos de número ímpar, até o período estimado para conclusão da pesquisa.

3.4 - VARIÁVEIS

- Sociodemográficos: faixa etária, grau de escolaridade, raça/cor, local de residência.
- Pré-natal: realizou o pré-natal, apresentação do cartão do pré-natal, número de consultas no pré-natal; data da 1ª consulta; trimestre do início do pré-natal; teste 1 de HIV; teste 2 de HIV; teste 1 VDRL; teste 2 VDRL; teste 3 VDRL.
- Parto: epidemiológicas e obstétricas: natimorto ou neomorto ou aborto em gestações anteriores; RN com Sífilis ou expostos ao HIV.
- Desfecho: parturientes HIV positiva e parturientes com Sífilis.

3.5 - PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado o protocolo de monitoramento das informações do Ministério da Saúde relacionadas aos testes de HIV e de Sífilis na gestação e no parto, no período de novembro 2011 a janeiro de 2012. A coleta de dados foi diretamente dos prontuários com exceção dos dados dos blocos A e B do formulário (identificação e dados sociodemográficos) que foram fornecidos diretamente pelas parturientes, no período da internação para o parto (ANEXO C).

As demais informações do formulário (blocos C e D) foram coletadas do cartão de pré-natal (dados do pré-natal), ressaltando que na maternidade do HMI, as parturientes entregam o documento no momento da internação para o parto os quais ficam anexados ao prontuário até o momento da alta, além das informações sobre o parto registrado no prontuário.

As parturientes que não levaram o cartão pré-natal responderam exclusivamente as questões do Bloco C do item C1 ao C2. As demais informações referentes a este bloco

ficaram em branco, pois um dos pré-requisitos para a aplicação do formulário em anexo (ANEXO C) é que a coleta seja exclusivamente a partir dos dados registrados no cartão pré-natal.

3.6 - ANÁLISE DOS DADOS

Para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma análise descritiva a qual teve como objetivo fazer a descrição dos dados através de tabelas e, visando relatar as características do estudo de uma amostra de 480 parturientes.

Foi realizado um teste inferencial, para a produção de informações mais consistentes sobre algumas variáveis. Com isso pretendeu-se saber se há associação entre as infecções pelo HIV e Sífilis desenvolvida pelas parturientes e as variáveis em estudo. De maneira que, por se tratarem de variáveis qualitativas, utilizou-se o teste χ^2 - Quadrado de independência, considerando um nível de significância de 0,05 (5%) sendo indicado com (*) as diferenças estatisticamente significativas. Como hipóteses do teste, a primeira é de que não há associação entre as infecções e as variáveis em estudo, a segunda é o contrário (dependência). (APENDICE C).

Por fim, buscou-se conhecer a prevalência da infecção do HIV e Sífilis entre as parturientes no município de Marabá-PA, através da fórmula utilizada para o cálculo da taxa de prevalência, ou seja, o número de caso de pessoas que apresentaram a doença de interesse durante um período de tempo, dividido pela população no período em risco de ter a doença (MEDRONHO, 2006). A taxa de prevalência da infecção pelo HIV e Sífilis entre as parturientes atendidas na maternidade do HMI de Marabá (PA), foi calculada de acordo com o APÊNDICE D.

O *Software* SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) pacote estatístico de apoio a tomada de decisões (PENHA, 2002), foi utilizado para a elaboração de um banco de dados que e realização do teste χ^2 -Quadrado. O programa da Microsoft Excel versão 2010 foi utilizado no cálculo da prevalência, formação e formalização das tabelas e gráficos.

3.7 - RISCOS

Não houve risco às pacientes que participaram do estudo, pois não ocorreu nenhum procedimento invasivo. Os dados foram trabalhados em conjunto, ficando garantido o sigilo das informações. Ressalta-se ainda que, a coleta foi a partir de dados secundários (formulário padrão no anexo A).

3.8 - QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Magalhães Barata da UEPA, em 16.11.2011, sob o protocolo CAAE: 0057.0.321.000- 11 (ANEXO B). Seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do CNS), observando os princípios de autonomia, não maleficência.

4 - RESULTADOS

4.1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por ocasião da internação para o parto, foram selecionadas aleatoriamente 480 parturientes. Observou-se que 407/480 (84,79%) delas estavam na faixa etária de 13 a 29 anos, sendo que 137/480 (28,54%) eram adolescentes. A média de idade ficou em torno de 23 anos com desvio padrão de 6 anos (Tabela 1).

TABELA 1: Distribuição das parturientes segundo a faixa etária atendidas, em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

FAIXA ETARIA (ANOS)	Nº	%
13 a 19 anos	137	28,54
20 a 24 anos	159	33,12
25 a 29 anos	111	23,13
30 a 34 anos	51	10,63
35 a 39 anos	17	3,54
40 a 49 anos	5	1,04
TOTAL	480	100

Fonte: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Em relação ao grau de instrução 7/480 (1,46%) eram analfabetas/menos de 1 ano de escolaridade e 214/480 (44,57%) com o ensino fundamental incompleto (4ª a 7ª série) (Tabela 2).

TABELA 2: Distribuição das parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo grau de escolaridade (em anos de estudos concluídos) no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

GRAU DE ESCOLARIDADE (em anos de estudos)	Nº	%
Analfabeto/menos de 1 ano de instrução	7	1,46
Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	45	9,38
Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	169	35,19
Fundamental completo e ensino médio incompleto	139	28,96
Ensino médio completo e superior incompleto	111	23,13
Superior completo ou mais	9	1,88
TOTAL	480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA.

Com relação à raça – cor registrou que 210/480 (43,75%) eram da cor parda, 161/480 (33,54%) eram negras e 104/480 (21,67%) brancas (Tabela 3).

TABELA 3: Distribuição das parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo a raça/cor no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

RAÇA/COR	Nº	%
Parda	210	43,75
Negra	161	33,54
Branca	104	21,67
Amarela	2	0,42
Indígena	3	0,62
TOTAL	480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Com relação ao município de residência 376/480 (78,33%) residem no município de Marabá e 104 (21,67%) em outros municípios (Tabela 4).

TABELA 4: Distribuição das parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo local de residência no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

LOCAL DE RESIDENCIA	Nº	%
Marabá	376	78,33
Outros municípios	104	21,67
TOTAL	480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

4.2 - DADOS COMPLEMENTARES

4.2.1 - Início pré-natal

Na análise do trimestre de início do pré-natal observa-se que 217/480 (45,22%) das parturientes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação e 202/480 (42,08%) no 2º trimestre (Tabela 5).

TABELA 5: Distribuição segundo o trimestre de início do pré-natal nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

TRIMESTRE DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL	Nº	%
1º trimestre	217	45,22
2º trimestre	202	42,08
3º trimestre	28	5,83
Não preenchido	4	0,83
Sem informação	29	6,04
TOTAL	480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

4.2.2– Dados Complementares do pré-natal e parto referente ao HIV

Na tabela 6, pode-se observar que 477/480 (99,37%), das gestantes realizou o pré-natal; 26/480 (5,42%) não portavam o cartão do pré-natal no momento da internação para o parto e apenas 10,63% tinham o cartão com o registro dos resultados dos dois testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV, realizado no pré-natal (Tabela 6).

TABELA 6: Distribuição segundo a realização e registro no cartão da gestante do teste de HIV realizado durante o pré-natal nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

REALIZACAO DO TESTE DE HIV NO PRÉ-NATAL	Nº	%
Não fez pré-natal	3	0,63
Fez pré-natal, mas não trouxe o cartão	24	5,00
Fez pré-natal, mas não tem cartão	2	0,42
Tem o cartão, mas o resultado não está registrado	141	29,38
Tem o cartão com apenas o resultado do 1º teste preenchido	259	53,94
Tem o cartão e o resultado do 1º e 2º teste registrado	51	10,63
TOTAL	480	100,00

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Na tabela 7, observa-se que 259/451 (57,43%) realizaram somente um teste de HIV no pré-natal e das 210/451 (46,55%) parturientes que realizaram seis ou mais consultas no pré-natal, apenas (27/210) 12,86% fizeram dois testes para HIV.

TABELA 7: Cobertura dos testes de HIV na gestação por número de consultas pré-natal, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

NUMERO DE CONSULTAS	COBERTURA DOS TESTES DE HIV NO PRÉ-NATAL			TOTAL	%
	Nenhum	Somente um teste	Dois testes		
1 a 5	104 (43,15%)	113 (46,85%)	24(10,00%)	241	53,45
6+	37 (17,62%)	146(69,52 %)	27(12,86%)	210	46,55
TOTAL	141(31,26%)	259(57,43%)	51(11,30%)	451	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Comparando o resultado dos dois testes de HIV realizado no pré-natal, observa-se que 100% das parturientes tiveram resultado negativo no 1º teste 305/351 (86,89%) e somente 46/351(13,11%) fizeram o 2º exame sendo o resultado também negativo (Tabela 8).

TABELA 8: Distribuição segundo o resultado do teste de HIV para os dois testes no pré-natal, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

RESULTADO DO TESTE	TESTE PARA HIV		
	Primeiro teste HIV	Segundo teste HIV	Total
Positivo	-	-	-
Negativo	305(100%)	46(100%)	351
TOTAL	305 (86,89%)	46 (13,11%)	351

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Na tabela 9, registra-se que 376/480 (78,33%) das parturientes realizaram o pré-natal no município de Marabá.

TABELA 9: Distribuição segundo o local onde foi realizado o pré-natal, das parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

LOCAL DO PRÉ-NATAL	Nº	%
Marabá	376	78,33
Outros municípios	94	19,59
Não registrado	10	2,08
TOTAL	480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Na tabela 10, observa-se que das 303/305 (99,34%), parturientes com sorologia negativa no primeiro teste permaneceram negativas, e 2/305 (0,66%) apresentaram o resultado positivo no teste realizado no momento do parto.

TABELA 10: Distribuição segundo o resultado do segundo teste de HIV realizado no pré-natal ou parto de acordo com o resultado do primeiro teste, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

RESULTADO DO PRIMEIRO TESTE DE HIV	RESULTADO DO SEGUNDO TESTE DE HIV		TOTAL	%
	Negativo	Positivo		
Negativo	303	-	303	99,34
Positivo	-	2	2	0,66
TOTAL	303(99,34%)	2 (0,66%)	305	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

4.2.3 – Dados Complementares do pré-natal e parto referentes à Sífilis

Na Tabela 11, pode-se observar que 477/480 (99,37%), das gestantes realizaram o pré-natal; 26/480 (5,42%) não portavam o cartão do pré-natal no momento da internação para o parto e apenas 22,71% tinham o cartão com o registro dos resultados dos dois testes VDRL realizados no pré-natal.

TABELA 11: Distribuição segundo a realização e registro no cartão da gestante do teste de Sífilis no pré-natal nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá - PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

REALIZAÇÃO DO TESTE DE SIFILIS NO PRÉ-NATAL.	Nº	%
Não fez pré-natal	3	0,63
Fez pré-natal, mas não trouxe o cartão	24	5,00
Fez pré-natal, mas não tem cartão	2	0,42
Tem o cartão, mas o resultado não está registrado	125	26,03
Tem o cartão e com apenas o resultado do 1º teste preenchido	217	45,21
Tem o cartão e o resultado do 1º e 2º teste registrado	109	22,71
TOTAL	480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Verifica-se na Tabela 12, que das 210/451 (46,56%) parturientes que realizaram seis ou mais consultas no pré-natal, apenas 79/210 (37,62%) fizeram os dois testes de Sífilis.

TABELA 12: Cobertura dos testes de Sífilis na gestação por número de consultas pré-natal, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá, PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

NUMERO DE CONSULTAS	COBERTURA DOS TESTES DE SIFILIS NO PRÉ-NATAL			TOTAL	%
	Nenhum	Somente um teste	Dois testes		
1 a 5	85 (35,27%)	122(50,62%)	34(14,10%)	241	53,44
6+	20 (9,52%)	111(52,86%)	79(37,62%)	210	46,56
TOTAL	105(23,28%)	233 (51,66%)	113(25,06%)	451	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Na Tabela 13, registra-se a baixa cobertura do 2º teste VDRL, pois apenas 115/451(25,49%) parturientes o realizaram no pré-natal.

TABELA 13: Resultados dos exames de Sífilis (VDRL) no pré-natal das parturientes atendidas em uma maternidade de referência, no município de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

RESULTADO DO TESTE	EXAMES- VDRL		
	Teste 1	Teste 2	Teste 3
Positivo	7 (2,03%)	3 (2,61%)	-
Negativo	337 (97,96%)	112 (97,39%)	7 (100%)
TOTAL	344 (100%)	115(100%)	7 (100%)

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Na tabela 14, observa-se que das 7/344 (2,04%) parturientes diagnosticadas para Sífilis no pré-natal em apenas 1/334 (14,24%) o VDRL realizado no momento do parto foi não reagente. E em 2/344 (0,59%) o resultado não foi registrado no prontuário da parturiente.

TABELA 14- Comparação do resultado do VDRL realizado no momento do parto de acordo com o primeiro teste realizado no pré-natal, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

RESULTADO DO PRIMEIRO TESTE DE SIFILIS	VDRL NO MOMENTO DO PARTO			TOTAL	%
	Negativo	Positivo	Não preenchido		
Negativo	333(98,82%)	2(0,59%)	2(0,59%)	337	97,96
Positivo	1(14,29%)	6(85,71%)	-	7	2,04
TOTAL	334 (97,09%)	8 (2,33%)	2(0,59%)	344	100,00

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

4.2.4 - Dados do parto

Na tabela 15, registra-se que 6/9 (66,67%) parturientes que apresentaram VDRL reagente no momento do parto estavam na faixa etária entre 20 e 29 anos.

TABELA 15: Faixa etária das parturientes com VDRL reagente realizado no momento do parto, em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

FAIXA ETARIA (ANOS)	VDRL REAGENTE	%
13 a 19 anos	1	11,11
20 a 24 anos	3	33,34
25 a 29 anos	3	33,33
30 a 34 anos	1	11,11
35 a 39 anos	1	11,11
40 a 49 anos	0	00,00
TOTAL	9	100

Fonte: Maternidade do HMI de Marabá-Pa

Com relação à faixa etária das parturientes com resultado positivo para o HIV 1/2 (50%) encontrava se na faixa entre 20 a 24 anos e 1/2 (50%) entre 35 a 39 anos (Tabela 16).

TABELA 16: Faixa etária das parturientes HIV positiva diagnosticados no momento do parto, em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

FAIXA ETARIA (ANOS)	Parturiente HIV +	%
13 a 19 anos	0	00,00
20 a 24 anos	1	50,00
25 a 29 anos	0	00,00
30 a 34 anos	0	00,00
35 a 39 anos	1	50,00
40 a 49 anos	0	00,00
TOTAL	2	100

Fonte: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Na Tabela 17, observa-se que com relação à escolaridade das parturientes HIV-positivas diagnosticadas no momento do parto 1/2 (50%) tinha o nível fundamental incompleto e 1/2 (50%) o ensino médio incompleto.

TABELA 17: Caso de parturientes HIV- positivo diagnosticadas no momento do parto em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo grau de escolaridade (em anos de estudos concluídos) no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

GRAU DE ESCOLARIDADE (em anos de estudos)	Nº	%
Analfabeto/menos de 1 ano de instrução	0	00,00
Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	0	00,00
Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	1	50,00
Fundamental completo e ensino médio incompleto	1	50,00
Ensino médio completo e superior incompleto	0	00,00
Superior completo ou mais	0	00,00
TOTAL	2	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Segundo o grau de escolaridade das parturientes com VDRL reagente no momento do parto registra-se que 4/9 (44,44%) possuíam o nível fundamental incompleto (Tabela 18).

TABELA 18: Casos de parturientes com VDRL reagente no momento do parto em uma maternidade de referência do SUS no município de Marabá-PA, segundo grau de escolaridade (em anos de estudos concluídos) no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

GRAU DE ESCOLARIDADE (em anos de estudos)	Nº	%
Analfabeto/menos de 1 ano de instrução	0	00,00
Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	1	11,11
Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	3	33,33
Fundamental completo e ensino médio incompleto	3	33,33
Ensino médio completo e superior incompleto	1	11,11
Superior completo ou mais	1	11,11
TOTAL	9	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Observa-se na tabela 19, que das parturientes que realizaram o pré-natal e portavam o cartão somente 115/480 (23,96%) fizeram dois testes durante o pré-natal e um no momento do

parto, 229/480 (47,7%) realizaram apenas um teste no pré-natal e um na hora parto. Destaca-se que 130/480 (27,08%) realizaram o exame somente no momento do parto.

TABELA 19: Cobertura dos testes de Sífilis no pré-natal e no parto nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

Fez e tem o cartão pré-natal	PRÉ-NATAL		PARTO	TOTAL	
	1 Teste	2 Testes		n	%
Sim	Sim	Sim	Sim	115	23,96
Sim	Sim	Sim	Não	0	00,00
Sim	Sim	Não	Sim	229	47,71
Sim	Sim	Não	Não	2	0,42
Sim	Não	Não	Sim	130	27,08
Sim	Não	Não	Não	1	0,21
Não			Sim	3	0,63
Não			Não	-	-
TOTAL				480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Observa-se na tabela 20, que das parturientes que realizaram o pré-natal e portavam o cartão somente 51/480 (10,63%) fizeram dois testes para o HIV durante o pré-natal e 255/480 (53,13%) realizaram apenas um teste no pré-natal e um na hora parto.

TABELA 20: Cobertura dos testes de HIV no pré-natal e no parto nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

Fez e tem o cartão pré-natal	PRÉ-NATAL		PARTO	TOTAL	
	1 Teste	2 Teste		n	%
Sim	Sim	Sim	Sim	51	10,63
Sim	Sim	Sim	Não	0	00,00
Sim	Sim	Não	Sim	255	53,13
Sim	Sim	Não	Não	4	0,83
Sim	Não	Não	Sim	164	34,17
Sim	Não	Não	Não	3	0,63
Não			Sim	2	0,42
Não			Não	1	0,21
TOTAL				480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Segundo a situação do recém-nascido, registrou-se 6 (1,25%) natimortos e 474 (98,75%) nascidos vivos (Tabela 21). Observa-se que dos casos de natimortaliade 5 parturientes apresentaram resultado sorológico negativo para Sífilis no prontuário e em 01 parturiente o resultado não estava registrado.

TABELA 21: Distribuição segundo o desfecho da gestação, nas parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

RECÉM-NASCIDO	Nº	%
Vivos	474	98,75
Natimortos	6	1,25
TOTAL	480	100

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

4.2. 5 - Taxa de prevalência do HIV e Sífilis entre as parturientes do HMI de Marabá no período do estudo

A taxa de prevalência encontrada para o HIV e Sífilis entre as parturientes na maternidade do HMI de Marabá foi de 0,42% para HIV. Em relação à Sífilis a taxa de prevalência encontrada foi de 1,88% (Tabela 22 e 23).

TABELA 22: Estimativa das taxas de prevalência do HIV entre parturientes em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

LOCAL	Casos positivos/HIV*	Taxa de Prevalência HIV
Maternidade do HMI	2	0,42
Total	480	

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

* Vírus da imunodeficiência Humana

TABELA 23: Estimativa da taxa de prevalência da Sífilis entre parturientes em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

LOCAL	VDRL* reagente	Taxa de Prevalência Sífilis
Maternidade do HMI	9	1,88
Total	480	

FONTE: Maternidade do HMI de Marabá-PA

* VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

Observa-se na tabela abaixo que a variável fez pré-natal e número de consultas realizadas exerceram influencia estatisticamente significante nos resultados positivos da infecção pelo HIV e VDRL: com p -valor de 0,021 para HIV e p -valor de 0,032 e 0,014 para VDRL, ou seja, há uma associação entre esses agravos e as variáveis mencionadas (Tabela 24).

TABELA 24: Associação entre variáveis demográfica materna e dados do pré-natal com a infecção pelo HIV e positividade ao teste VDRL, em parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

VARIÁVEIS	*p-valor para HIV	*p-valor para VDRL
Variáveis demográficas		
Faixa etária	0,013	0,009
Escolaridade	0,037	0,023
Raça	0,920	0,540
Município de residência	0,999	0,932
Variáveis auxiliares do estudo		
Fez pré-natal	0,021*	0,032*
Tem cartão pré-natal	0,957	0,911
Número de consultas	0,021*	0,014*
Por trimestre gestacional	0,011*	0,017*
Recém-nascido	0,957	0,247
Vivo	0,018	0,021
Natimorto	0,022	0,032

Teste de Hipótese:

H0 = Não há associação entre as infecções e as variáveis em estudo.

H1 = há associação entre as infecções e as variáveis em estudo.

5 - DISCUSSÃO

No presente estudo foi identificado que a maioria das parturientes selecionadas era jovem (84,79%), observando que 28% foram classificadas como adolescentes. Com relação à escolaridade 44,57% tinham o ensino fundamental incompleto. Concernente à variável raça/cor verificou-se predomínio da cor parda (43,75%).

Com relação aos dados das parturientes que apresentaram VDRL reagente no momento do parto verificou-se que a faixa etária predominante das parturientes ficou entre 20 e 29 anos (66,67%). A faixa etária das parturientes HIV- positivas identificadas somente na hora do parto ficou entre 20 a 24 anos e acima dos 34 anos. Com relação ao nível de escolaridade foi observado que acima de 40% possuíam o nível fundamental incompleto. A faixa etária das parturientes com Sífilis é similar à encontrada no estudo de prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS (GURGEL *et al.*, 2005). No estudo de CARVALHO *et al.* (2004) a média da idade foi de 24,8 anos e 64,4% tinham o primeiro grau incompleto. LEMOS *et al.* (2005), identificaram a baixa escolaridade no estudo realizado.

Comparando os dados encontrados neste estudo com os divulgados no último Boletim Epidemiológico de AIDS-DST-MS, verifica-se que os relacionados à faixa etária e escolaridade das parturientes atendidas na maternidade do HMI são similares aos dados epidemiológicos nacionais, diferenciando apenas com relação à faixa etária das parturientes HIV - positivas, pois 50% estavam acima dos 34 anos de idade. No boletim divulgado as maiores proporções nacionais de gestantes infectadas pelo HIV e Sífilis estão concentradas na faixa etária de 20 a 29 anos em duas faixas de escolaridade distintas, isto é da 5ª à 8ª série incompleta acima de 20% e do ensino médio completo superior a 10% (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que a população de baixa escolaridade é cada vez mais atingida na epidemia de AIDS a qual vem apresentando um padrão de disseminação heterossexual e equivalência na razão entre os sexos. Em face disto a TV do HIV e Sífilis tornou-se um problema cada vez mais importante na saúde pública do país (BRASIL, 2007).

Foi verificado que mais de 90% das parturientes realizaram o pré-natal, sendo que 42,08% deram início somente no 2º trimestre da gestação, rotina que favorece a não realização dos exames VDRL e HIV durante o pré-natal; retardo no início das intervenções profiláticas e conhecimento do *status* sorológico antes do parto, conforme preconizado pelo Protocolo do MS para a prevenção da TV do HIV e Sífilis (BRASIL, 2007). Dados semelhantes ao verificado no estudo nacional desenvolvido por JUNIOR *et al.* (2004), em que foi verificado que 95,5% das parturientes realizaram o pré-natal, mas somente 58,6%

iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Similar também no estudo Teste Rápido para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes (CARVALHO *et al.*, 2004). Esses dados são superiores aos observados no estudo de SCHETINI *et al.* (2005), pois apenas cerca de 60% das gestantes realizaram o pré-natal o que foi considerado um indicador da falta de qualidade na assistência médica pré-natal. E no estudo de ARAUJO *et al.* (2006), identificaram que apenas 78,3% das mães tinham realizado o pré-natal. De acordo com estes autores (2006, p.3) “a realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas representa importante fator para explicar os diversos casos de sífilis congênita”.

Seguindo a análise dos dados do cartão do pré-natal verificou-se que apesar de quase a totalidade das parturientes terem realizado o pré-natal, a cobertura dos exames VDRL e HIV foi considerada baixa, pois 57,43% realizaram o 1º teste para HIV e 51,66% o 1º VDRL. Com relação ao segundo teste evidenciou-se a baixa cobertura, pois apenas 25,49% realizaram o 2º VDRL e entre as mulheres com seis ou mais consultas a cobertura foi de 37,62%, com relação ao teste HIV somente 13,11% fizeram o 2º teste e entre as mulheres com seis ou mais consultas a cobertura foi de 12,86%, indicando, portanto baixa cobertura de exames para o diagnóstico do HIV e Sífilis no pré-natal. Ressalta-se que apenas 23,96% cumpriram todas as etapas para o VDRL e 10,63% para o diagnóstico da infecção para o HIV.

No estudo de ARAÚJO *et al.* (2006), identificaram que 55,6% fizeram o VDRL e somente 13,9% repetiram o teste no 3º trimestre. CARVALHO *et al.* (2004), verificaram que 30,5% das parturientes não apresentavam resultado disponível para o HIV no momento do parto. No estudo conduzido por JUNIOR *et al.* (2004) a cobertura de sorologia efetiva para o HIV foi estimada em 52% e com relação as parturientes que cumpriram todas as recomendações do MS, a cobertura foi de apenas 27%. Em outro estudo nacional, foi verificado que, a cobertura do segundo teste de Sífilis no pré-natal, também foi baixa, pois não atingiu 20%, e entre as mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal, a cobertura foi de apenas 26,2% (SZWARCOWALD *et al.*, 2007).

Os dados acima citados indicam que a execução de todas as etapas que visem à redução e o controle da TV do HIV e Sífilis não está sendo realizada na rotina dos serviços da rede de assistência ao pré-natal e parto (BRASIL, 2007). Vale ressaltar que mais de 70% das parturientes realizaram o pré-natal no município de Marabá.

No estudo foi significativo o percentual de parturientes que frequentaram o pré-natal com diagnóstico para Sífilis, mas no momento do parto apresentaram VDRL reagente,

sinalizando a baixa qualidade da assistência pré-natal oferecida para o efetivo controle da TV da Sífilis.

Destaca-se que 27,08% (Tabela 19) das parturientes tiveram a oportunidade de fazer o teste para Sífilis somente no momento do parto, apesar de terem sido inscritas no pré-natal, indicando mais uma vez que as recomendações do MS não estão sendo seguidas na rotina dos serviços da rede de atenção básica (BRASIL, 2007). E quanto mais tardio for o diagnóstico e o tratamento da infecção materna, maior será a dificuldade de concluir o tratamento no tempo necessário, a fim de que ocorra a prevenção da TV para o recém-nascido, pois tratamento inadequado é uma causa frequente de Sífilis congênita- SC (SCHETINI *et al.*, 2005).

Os dados acima podem indicar falha na assistência pré-natal, pois em conformidade com a Resolução SS-SP Nº 41 de 24/03/2005, deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, no início do pré-natal e no terceiro trimestre (SES/SP, 2009).

Ressalta-se que as parturientes que foram diagnosticadas no momento do parto para o HIV, realizaram o pré-natal, entretanto não tiveram a oportunidade de conhecer sua soropositividade ainda, no período gestacional e iniciar a profilaxia com ARV, conforme o preconizado pelo MS (BRASIL, 2010). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de “Manejo Clínico da Gestante com HIV Positivo nas Maternidades de Referência da Região do Cariri”, pois apesar de todas terem realizado o pré-natal, e tendo em média de quatro a seis consultas, 9,1% não tiveram a oportunidade de realizar a profilaxia na gestação, pelo fato de não terem sido identificadas para o HIV antes do parto (LIMA *et al.*, 2010). E os resultados foram inferiores ao encontrado no Estudo Sentinela-Parturiente 2006, a partir de dados secundários em que foi observado que cerca de 60% das gestantes do país realizaram mais de seis consultas de pré-natal e 62,3% o teste anti-HIV (BRASIL, 2010).

No estudo de AMARAL *et al.* (2007) foi observado que houve uma redução significativa da TV do HIV durante a década de 1990 ou seja entre 1990 e 1994 (32,3%); 1995 a 1996 (25,7%); 1997 a 1998 (2,2%) e de 1999 a 2000 (2,9%). O componente significativo para a redução da TV foi a introdução do AZT no intraparto, seguido da utilização progressiva da terapia múltipla no período gestacional. Ressaltando, portanto a importância do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV no período gestacional, visando à diminuição da TV.

A oferta universal do teste anti-HIV no pré-natal, é preconizada desde 1997 no Brasil, entretanto, apesar dos avanços, observa-se que ainda não é uma rotina da rede de assistência

ao pré-natal e a maioria das gestantes é diagnosticada apenas na hora do parto (CAVALCANTE *et al.*, 2004).

A Portaria Nº 151, de 14 de outubro de 2009, normatizou o algoritmo para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando exclusivamente Teste Rápido Diagnóstico - TRD. A elaboração foi fundamentada na realização dos estudos de validação dos testes rápidos e na extensa discussão com diversos segmentos da comunidade científica e instituições governamentais. E ainda traz a possibilidade da gestante conhecer o *status* sorológico da infecção pelo HIV em uma única consulta, eliminando a necessidade do retorno da mesma à Unidade Básica de Saúde - UBS. Adicionalmente, possibilita a acolhida imediata no SUS das gestantes que vivem com HIV. Além disso, esses testes não demandam uma estrutura laboratorial ou pessoal especializada, além de fornecer o resultado em um tempo inferior a 30 minutos (BRASIL, 2010).

Com relação à qualidade da assistência prestada no parto na maternidade do HMI, foi observado que 0,42% das parturientes, não tinham o registro da realização do VDRL realizado no momento do parto no respectivo prontuário e 0,21% não tinham o resultado do exame anotado em nenhum momento seja no pré-natal ou no parto (Tabela 19). E 1,67% das parturientes não tinham o registro do resultado do exame para o HIV ou informado a recusa da realização do mesmo nos respectivos prontuários (Tabela 20).

Os dados acima indicam falha na assistência prestada às parturientes no momento do parto, pois de acordo com a Portaria Nº 766 de 21 de Dezembro de 2004 GM/MS, os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, devem realizar o exame VDRL em todas as parturientes internadas e registrar obrigatoriamente o procedimento nas AIH (Autorização de Internação Hospitalar) de partos e anexar os resultados nos respectivos prontuários das pacientes (BRASIL, 2004).

A taxa de prevalência de infecção pelo HIV, estimada nas parturientes atendidas no HMI do município de Marabá-Pará, foi de 0,42%. Cifra semelhante à média nacional encontrada nos estudos de 2004 e 2006, conduzido pelo então Programa Nacional de DST e AIDS, que foi de 0,41% (BRASIL, 2010). Comparando com outros estudos observa-se que a taxa encontrada foi mais elevada que a encontrada no estudo realizado por BOTELHO *et al.* (2008). Inferior a verificada no estudo realizado na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas por FILHO *et al.* (2010) que foi de 0,6%, no estudo de GUIMARÃES *et al.* (2008), de MIRANDA *et al.* (2009) e o de “Prevalência da Soropositividade para Sífilis e HIV em Gestantes de um Hospital de Referência Materno Infantil do Estado do Pará”, em que foi identificada uma prevalência de 0,7% positivas no teste rápido para o HIV (SANZ *et al.*,

2008). Observa-se que a taxa verificada é semelhante ao estudo “Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS” realizada por Lemos *et al.* (2005).

Com relação à Sífilis verificou-se uma prevalência de 1,88% maior que a estimada nos estudos nacionais supramencionados os quais em 2004 relataram uma taxa nacional de 1,6% de VDRL positivo, e em 2006, a mesma decresceu para 1,1%. Entretanto, a taxa por grande região no estudo de 2006, destacou que a região Norte obteve a maior taxa de prevalência de Sífilis no parto que foi de 1,5%, e a região Sul a menor 0,6% (SZWARCOWALD *et al.*, 2007).

Estudo realizado por FILHO *et al.* (2010) evidenciaram uma prevalência de Sífilis de 1%. No estudo Prevalência dos Agravos Triados no Programa de Proteção à gestante do estado de Mato Grosso do Sul a prevalência encontrada foi de 26,91% (BOTELHO *et al.*, 2005). Verifica-se, ainda que a prevalência no HMI de Marabá (PA) é menor que a estimada no estudo conduzido por SANZ *et al.* (2008), em um Hospital de Referência Materno Infantil do Estado do Pará que foi de 3,8% para VDRL positivo e maior que a encontrada no estudo Prevalência de Sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo estimada em 0,4% (MIRANDA *et al.*, 2009).

Registra-se, portanto que a prevalência de Sífilis encontrada entre as parturientes no HMI de Marabá no período do estudo foi cerca de quatro vezes e meia maior que a infecção pelo HIV. No estudo nacional 2004, a prevalência de Sífilis estimada em gestantes foi de 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV (BRASIL, 2012).

Considera-se que os resultados obtidos, foram satisfatórios, pois apesar de não ter sido confirmada a primeira hipótese de que a prevalência de HIV seria maior que a nacional, estimada no estudo “Sentinela Parturiente do MS” de 2004 (0,41%) confirmou-se a segunda hipótese ao verificar uma prevalência para Sífilis de 1,88% superior a do HIV nas parturientes atendidas no HMI de Marabá (PA).

Na análise da qualidade da assistência pré-natal prestada os dados aqui apresentados corroboram com os trabalhos supracitados, destacando que as mulheres frequentam o pré-natal, entretanto, o que deve ser reavaliado pelas políticas de saúde pública da região é a qualidade da assistência prestada, pois acesso a assistência pré-natal, ao diagnóstico precoce de HIV e Sífilis em gestantes, e ao tratamento adequado das duas doenças são fundamentais para o controle da transmissão vertical do HIV e da Sífilis.

6 - CONCLUSÕES

- Neste estudo foi observado que a maioria das parturientes frequentou o pré-natal, estavam na faixa etária de 13 a 29 anos e quase a metade possuía apenas o ensino fundamental incompleto. Ressalta-se que o município de Marabá (PA), corresponde ao município registrado no cartão da maioria das parturientes em que foi feito o pré-natal;
- A prevalência do HIV estimada às parturientes do HMI de Marabá neste estudo foi de 0.42%, similar a encontrada em estudo nacional para o HIV que foi de 0,41%;
- A taxa estimada para a Sífilis entre as parturientes no período do estudo foi de 1.88%, superior a nacional, estimada para Sífilis que foi de 1,6%, em 2004 e 1,1%, em 2006;
- Verificou-se que a cobertura laboratorial dos exames para o HIV e Sífilis é baixa, indicando falha na qualidade da assistência ao pré-natal e parto.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E.; GOMES, F. A.; MILANEZ, H.; CECATTI, J. G.; VILELA, M. M.; SILVA, J. L. P. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem sucedida. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**; v.21, n.6, 2007

ARTHUR, L. O.; BESS, J. W.; SOWDER, R. C. I.; BENVENISTE, R. E.; MANN, D. L.; CHERMANN, J. C.; HENDERSON, L. E. Cellular proteins bound to immunodeficiency virus: implications for pathogenesis and vaccines. **Science**, **258**: 1935-1938, 1992.

ARAÚJO, E.C; COSTA, K.G.S; SILVA, R.S; AZEVEDO, V.N.G; LIMA, F.A.S. Importância do Pré-Natal na Prevenção da Sífilis Congênita. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 1, janeiro – março, 2006.

ARMIM MATHIS. Serra Pelada. Paper do NAEA 50. Dezembro, 1995. Disponível em: http://www.ufpa.br/naea/gerencia/ler_publicacao.php?id=11. Acesso em: 15/10/2011.

BOTELHO, C.A.O et al .Prevalência dos agravos triados no programa de proteção à gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. **Revista de patologia tropical**; v. 37, n.4, p. 341-353, 2008.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica-Fundação Nacional de Saúde**. 5ªed. Brasília: MS/FUNASA, 2002. 842p.

_____. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Brasília: MS/SVS, 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 766, de 21 de Dezembro de 2004**. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/>. Acesso em: 30/08/2012

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: MS/SVS, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da Sífilis congênita - Manual de Bolso**. 2ª ed. Brasília: MS/SVS, 2006.

_____. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano IV-nº1-27ª-52ª- semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006; Ano IV- nº1- 01ª- 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007 - Secretaria de Vigilância em Saúde - **Programa Nacional de DST e AIDS**. Brasília: MS/SVS, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov/>. Acesso em: 10/01/2011.

_____. Ministério da Saúde. Plano Operacional - Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Brasília: MS/SVS, 2007.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo de Monitoramento das Informações Relacionadas aos Testes de HIV e de Sífilis na Gestação e no parto**. Brasília: MS/SVS, 2008.

_____. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano VI - nº1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008; Ano VI - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009 - Secretaria de Vigilância em Saúde - **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais**. Brasília: MS/SVS, 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov>. Acesso em: 02/05/2011.

_____. Curso básico de vigilância epidemiológica em Sífilis congênita, Sífilis em gestante, **infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Coleção DST.AIDS - Série manuais 78 - 3ª Edição. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009.

_____. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano VII-nº1-27ª-52ª- semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009; Ano VII- nº1- 01ª- 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010 - Secretaria de Vigilância em Saúde - **Departamento de DST e AIDS e Hepatites virais**. Brasília: MS/SVS, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov/>. Acesso em: 29/08/2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Manual de Bolso. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Brasília: MS/SVS, 2010.

_____. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 06/05/2011.

_____. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano VIII-nº1-27ª-52ª- semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010; Ano VIII- nº1- 01ª- 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011 - Secretaria de Vigilância em Saúde - **Departamento de DST e Aids e Hepatites virais**. Brasília: MS/SVS, 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov/>. Acesso em: 07/07/2012

CARVALHO, R.L; KRAHE, C; FARINA, G; OLIVEIRA, P.D; RICHETTI, N; CROSSET, T. Teste Rápido para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**; v.26, n.4, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000400010>. Acesso em: 07/07/2012.

CAVALCANTE, M.S; RAMOS JUNIOR, A.N; SILVA, T.M.J; PONTES, L.R.S.K. Transmissão Vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a Situação epidemiológica em uma Capital do Nordeste. **RBGO**. v. 26, n.2, 2004.

ESTATÍSTICA Municipal de Marabá. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças. Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/georeferenciamento/maraba.pdf>. Acesso em: 04/05/2011.

FREED, E. O. HIV-1 replication. **Somatic Cell and Molecular Genetics**, 26: 13-33, 2002

FERREIRA, C et al. O Desafio da Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. **J Bras Doenças Sex Transm.**; v. 19, n. 3-4, p. 184-186, 2007.

FONTELLES, M. J. **Bioestatística aplicada à pesquisa experimental**. Belém: Mauro Fontelles, 2010.

GUIMARÃES, M.D.C.; CAMPOS, L.N.; MELO, A.P. S.; MACHADO, C.J. For the pessoas Project Network Group Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. **Rev Bras Psiquiatr**; v. 31, n. 1, p. 43-7, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade – 1980-2050. Revisão 2008. Estudos e Pesquisas. **Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.24, Rio de Janeiro, 2008.

_____. **CENSO 2010**. Portal do Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 06/05/2011.

LEÃO, R.N.Q. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Enfoque Amazônico**. Belém: Cejup: UEPA: Instituto Evandro Chagas, 1997, p. 886.

LEMO, L.M.D; GURGEL, R.Q; FABBRO, A.L.D. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.27, n.1, p. 32-6, 2005.

LEE, J. C.; BELL, D. C.; GUINNESS, R. M.; AHMAD, T. Pneumocystis jiroveci pneumonia and pneumomediastinum in an anti-TNF α naive patient with ulcerative colitis. **World Journal of Gastroenterology**, **15(15)**: 1897-1900, 2009.

LIMA, C.T.D; OLIVEIRA, D.R; ROCHA, E.G; PEREIRA, M.L.D. Manejo clínico da gestante com hiv positivo nas maternidades de referência da região do cariri.; **Esc Anna Nery**; v. 14, n. 3, p. 468-476, 2010.

MACEDO, V.C; FALANGOLA, A; BEZERRA, B; FRIAS, P.G; ANDRADE, C.L.T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1679-1692, 2009.

MACHADO FILHO, A.C et al. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de Sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. **Rev Bras Ginecol Obstet**; v. 32, n. 4, p.176-8, 2010.

MEDRONHO, R.A; CARVALHO. D.M.; BLOCH. K.V.; LUIZ. R.R.; WERNECK. G.L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MIRANDA, A.E et al. Prevalência de Sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**; v. 42, n. 4, p. 386-391, 2009.

MIRANDA, A.E.; ALVES, M.C; NETO, R.L; AREAL, K.R, GERBASE, A.C. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in Vitória, Brasil. **Sex Transm Dis**; v. 28, n. 12, p. 710-713, 2001.

PORTAL da Prefeitura de Marabá. Disponível em: <<http://www.maraba.pa.gov.br>>. Acesso em 04/05/2011.

SANZ, S.M; GUINSBURG, R. Prevalência da Soropositividade Para Sífilis e HIV Em Gestantes de Um Hospital de Referência Materno Infantil do Estado do Pará. **Rev.Pará. med.** v. 22, n. 3, 2008.

SARACENI, V; GUIMARÃES, M.H.F.S; THEME FILHA, M.M; LEAL, M.C Mortalidade perinatal por Sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção a mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 21, n. 4, p.1244-1250, 2005.

SCHETINI, J; FERREIRA, D.C; PASSOS, M.R.L; SALLES, E.B; SANTOS, D.D.G; RAPOZO, D.C.M. Estudo da Prevalência de Sífilis Congênita em um Hospital da Rede SUS de Niterói – RJ. **DST – J Bras Doenças Sex Transm.**, v.17, n.1, p.18-23, 2005.

SCHIRMER, J et al. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico/equipe de elaboração. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, Brasília, 2000.66p.

SECRETARIA de Estado da Saúde SES-SP. Sífilis congênita e Sífilis na gestação - Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD;–**Rev Saúde Pública**; v.42, n.4, p.768-72, 2008.

SESPA. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. **Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no Estado do Pará**. Out, 2009.

_____. **Coordenação Estadual DST/AIDS - SINAN/ SIM/ SINASC - 2000/2009/2011**.

SILVA, F.F.A. **Sífilis e HIV na gestação**: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, 2007/ 2008. 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/>. Acesso em: 18/04/2012.

SOUZA JÚNIOR, P.R.B; SZWARCOWALD, C.L; BARBOSA JÚNIOR, A; CARVALHO, M.F; CASTILHO, E.A. HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Project, Brazil, 2002. **Rev. Saúde Pública**; v. 38, n. 6, p. 764-72, 2004.

SZWARCOWALD, C.L; BARBOSA JUNIOR, A; MIRANDA, A.E; PAZ, L.C. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da Sífilis congênita no Brasil. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, 2007.

TURNER, B.G; SUMMERS, M.F. Structural biology of HIV. **Journal of Molecular Biology**; v.285, p. 1-32, 1999.

UNAIDS. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil**. 2010. Disponível em: www.unaids.org.br. Acesso em: 30/08/2012.

VERONESI, R; FOCACCIA, R; LOMAR, V. **HIV/AIDS**: Etiologia, patogenia e patologia clínica - Tratamento e Prevenção. São Paulo: Atheneu, 1999.

WORLD Health Organization, United Nations Children's Fund, UNAIDS. **Towards universal access**: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Geneva, World Health Organization, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução Nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa como voluntária e sua participação não é obrigatória. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. **Esclarecemos que em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: “Prevalência de HIV e Sífilis em Parturientes Atendidas em uma Maternidade de Referência na Cidade de Marabá/Pará”, desenvolvida pela aluna **Hildemar Dias Fernandes** do Curso de Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará/ Universidade Federal do Amazonas e FIOCRUZ.

Para que eu decida em participar ou não da pesquisa me foram prestadas as seguintes informações:

- **O título do projeto:** Prevalência de HIV e Sífilis em Parturientes Atendidas em uma Maternidade de Referência na Cidade de Marabá/Pará.
- **O objetivo da pesquisa:** Estudar a epidemiologia da infecção pelo HIV e Sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-Pará.
- Será necessário responder algumas perguntas dos Blocos “A” e “B”, do formulário padrão. (Identificação e dados sociodemográficos).
- Essa pesquisa não oferece riscos, porque não será coletada amostra biológica (a coleta será de dados secundários).
- Ninguém é obrigado a participar da pesquisa, assim como poderá deixar a pesquisa no momento que quiser, pois não haverá prejuízo pessoal por esta causa.
- Não haverá nenhum tipo de despesas para participação da pesquisa, assim como não haverá nenhuma forma de pagamento para participação.
- O grande benefício desta pesquisa para todos que participam, é possibilitar um melhor entendimento sobre a epidemiologia do HIV e Sífilis no município de Marabá, PA.
- A participação na pesquisa é sigilosa, isto significa que, somente os pesquisadores ficarão sabendo de sua participação. Os dados utilizados na pesquisa terão uso exclusivo neste trabalho, sem a identificação individual da participante.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados para o estudo.

_____, _____ / _____ / _____
Local e Data

Assinatura da Participante

Dados da pesquisadora:

Nome: Hildemar Dias Fernandes.

e-mail: hildefernands@gmail.com

Telefone: 91-32284118/99858722

**APÊNDICE B: AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE
MENORES DE 18 ANOS E/OU INCAPAZES NA PESQUISA**

Identificação da Parturiente:

Eu, _____ responsável pela menor acima identificada, autorizo sua participação, como voluntária no projeto de pesquisa: “**Prevalência de HIV e Sífilis em Parturientes Atendidas em uma Maternidade de Referência na Cidade de Marabá/Pará**”, desenvolvida pela aluna **Hildemar Dias Fernandes** do Curso de Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará/ Universidade Federal do Amazonas e FIOCRUZ. Discuti com a pesquisadora responsável sobre a minha decisão em autorizar a sua participação e declaro que li as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios.

_____,

____ / ____ / ____

Local e Data

Assinatura do (a) responsável

APÊNDICE C: Associação entre variáveis demográficas maternas e dados do Pré-Natal com a infecção pelo HIV e positividade ao teste VDRL, utilizando o teste do Qui-quadrado com nível de significância de 5% em parturientes atendidas em uma maternidade de referência no município de Marabá-PA, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

VARIÁVEIS	*p-valor para HIV	*p-valor para VDRL
VARIAVEIS DEMOGRÁFICAS		
Faixa etária	0,013	0,009
Escolaridade	0,037	0,023
Raça	0,920	0,540
Município de residência	0,999	0,932
VARIAVEIS AUXILIARES DO ESTUDO		
Fez pré-natal	0,021*	0,032*
Tem cartão pré-natal	0,957	0,911
Número de consultas	0,021*	0,014*
Por trimestre gestacional	0,011*	0,017*
Recém-nascido	0,957	0,247
Vivo	0,018	0,021
Natimorto	0,022	0,032

Teste de Hipótese:

H0 = Não há associação entre as infecções e as variáveis em estudo.

H1 = há associação entre as infecções e as variáveis em estudo.

APÊNDICE D: CÁLCULO DA PREVALÊNCIA DO HIV E SÍFILIS NO HMI

Resultado dos testes de HIV e VDRL realizado no momento do parto nas parturientes atendidas, em uma maternidade de referência do SUS na cidade de Marabá-PA no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

Resultado de HIV e VDRL	Casos positivos	Prevalência no HMI
HIV	2	0.42
VDRL	9	1.88
Total de parturientes	480	-

Fonte: Maternidade do HMI de Marabá-PA

Cálculo da prevalência para HIV

$$Prevalência\ HIV = \frac{2}{480} = 0.0042 \times 100 = 0.42\%$$

Cálculo da prevalência para Sífilis

$$Prevalência\ sífilis = \frac{9}{480} = 0.01875 \times 100 = 1.88\%$$

ANEXOS

**ANEXO A: FORMULÁRIO-PADRÃO PARA PREENCHIMENTO DAS
INFORMAÇÕES DAS PARTURIENTES**

Bloco A – Identificação			
A1.	Nome da Parturiente		Nº da ficha
A2.	Número do prontuário		
A3.	Número da DN		
Bloco B – Dados sóciodemográficos			
B1.	Idade	_____ anos	
B2.	Grau de escolaridade (anos de estudos concluídos)	1. () Analfabeta/menos de 1 ano de instrução	
		2. () Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	
		3. () Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	
		4. () Fundamental completo e ensino médio incompleto	
		5. () Ensino médio completo e superior incompleto	
		6. () Superior completo ou mais	
B3.	Raça/Cor	1. () Branca	4. () Parda
		2. () Negra	5. () Indígena
		3. () Amarela	6. () Ignorada
B4.	Município e UF de residência	Município	UF
Bloco C – Dados do pré-natal (ver cartão do pré-natal)			
C1.	Fez pré-natal?	1. () Sim	2. () Não
C2.	Tem cartão do pré-natal?	1. () Tem e trouxe	
		2. () Tem, mas não trouxe.	
		3. () Não tem	
C3.	Nº de consultas de pré-natal	_____	9. () Não preenchido
C4.	Data da 1ª consulta	____/____/____	9. () Não preenchido

C5.	Trimestre de início do pré-natal	1. () 1º trimestre	2. () 2º trimestre		
		3. () 3º trimestre	4. () 4º trimestre		
C6.	Teste 1 de HIV	Data __/__/__	Resultado:		
		9. () Não preenchido	1. () Negativo	2. () Positivo	9. () Não preenchido
C7.	Teste 2 de HIV(conforme o novo algoritimo)	Data __/__/__	Resultado:		
		9. () Não preenchido	1. () Negativo	2. () Positivo	9. () Não preenchido
C8.	Teste 1 de VDRL	Data __/__/__	Resultado:		
		9. () Não preenchido	1. () Negativo	2. () Positivo	9. () Não preenchido
C9.	Teste 2 de VDRL	Data __/__/__	Resultado:		
		9. () Não preenchido	1. () Negativo	2. () Positivo	9. () Não preenchido
C9.	Teste 3 de VDRL	Data __/__/__	Resultado:		
		9. () Não preenchido	1. () Negativo	2. () Positivo	9. () Não preenchido
Bloco D – Informações sobre o parto (ver prontuário)					
D1.	Data do parto	____/____/____			
D2.	Recém-nascido	1. () Vivo		2. () Morto	
D3.	Resultados do HIV	1. () Negativo	2. () Positivo		9. () Não preenchido
D4.	Resultados do VDRL	1. () Negativo	2. () Positivo		9. () Não preenchido

ANEXO B: TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CAMPUS IV
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/Campus IV/CCBS / UEPA
End. Av. José Bonifácio, 1289 CEP: 66063-010 Fone: (091) 3249-0236 Fax: (091) 3249-4671 Ramal: 208, Email: cep@uepa.br / cep@uepa.br

Parecer Final

Tr. (a). Pesquisador (a).

O projeto de protocolo (CAAE): 0057.0.321.000-11, cujo título é: **Prevalência de HIV e sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade de referência na cidade de Marabá/Pará, incluída no projeto nascer-maternidade**. Sob a responsabilidade da pesquisadora **Prof.ª Karla Tereza Silva Ribeiro e Orientanda Hildemar Dias Fernandes**. Foi **APROVADO** pelo CEP em 16/11/2011.

Informamos que o pesquisador ao submeter o projeto ao CEP de acordo com a Resolução 196/96 se compromete a:

- Informar qualquer tipo de mudança nos procedimentos, caso ocorram, ao CEP para que possa ser novamente analisado.
- Comunicar imediatamente a interrupção da pesquisa, com justificativa.
- Enviar periodicamente relatório ao CEP sobre o andamento da pesquisa.
- Comunicar imediatamente, qualquer reação adversa no curso da pesquisa.

Belém, 16 de Novembro de 2011.

Prof. Msc. Carmen Lúcia da Miranda da Silva
Belo Dep.º. Enf. Hospitalar
CCBS / UEPA
COREN-PA nº 36832

ipf Prof. MSc. Carmen Lúcia da Miranda da Silva
Coordenadora do Comitê de Ética/ENF/UEPA

COREN-PA 26516
Prof. Msc. Carmen Lúcia da Miranda da Silva
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa-Enfermagem/UEPA
COREN/PA: 26516