

Universidade do Estado do Pará
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências Naturais e Tecnologia
Pós-Graduação em Ciências Ambientais – Mestrado



Bruna Lorena Rodrigues Henderson

**Condições ecoepidemiológicas da prevalência da
infecção pelo vírus HIV e Sífilis entre puérperas em
maternidade pública de referência**

Belém
2015

Bruna Lorena Rodrigues Henderson

**Condições ecoepidemiológicas da prevalência da infecção
pelo vírus HIV e sífilis entre puérperas em maternidade
pública de Referência**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências Ambientais no Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais.

Universidade do Estado do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Cléa Nazaré Carneiro Bichara

Co-orientador: Prof. Dr. Altem Nascimento Pontes

Belém
2015

Bruna Lorena Rodrigues Henderson

**Condições ecoepidemiológicas da prevalência da infecção
pelo vírus HIV e sífilis entre puérperas em maternidade
pública de Referência**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências Ambientais no Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais.
Universidade do Estado do Pará.

Data da aprovação: 10/02/2015

Banca Examinadora

_____ – Orientadora

Profa. Cléa Nazaré Carneiro Bichara

Doutora em Biologia dos Agentes Infecciosos e Parasitários, ICB/UFPA
Universidade do Estado do Pará

_____ – Avaliadora

Profa. Maria de Fátima Pinheiro Carrera

Doutora em Enfermagem, UFRJ
Universidade do Estado do Pará

_____ – Avaliador

Prof. Robson José de Souza Domingues

Doutor em Ciências Biológicas, UNESP
Universidade do Estado do Pará

_____ – Avaliadora

Profa. Sônia Claudia Almeida Pinto

Doutora em Doenças Tropicais, NMT/UFPA
Universidade do Estado do Pará

_____ – Avaliadora (Suplente)

Profa. Mariane Cordeiro Alves Franco

Doutora em Doenças Tropicais, NMT/UFPA
Universidade do Estado do Pará

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP),
Biblioteca do Centro de Ciências Naturais e Tecnologia, UEPA, Belém - PA.

H496c Henderson, Bruna Lorena Rodrigues

Condições ecopidemiológicas da prevalência da infecção pelo vírus HIV e sífilis entre puérperas em maternidade pública de referência / Bruna Lorena Rodrigues Henderson; Orientador Cléa Nazaré Carneiro Bichara; Coorientador Altem Nascimento Pontes. -- Belém, 2015.

50 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais) – Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Naturais e Tecnologia, Belém, 2015.

1. Epidemiologia. 2. Saúde pública - Belém. 3. Doenças sexualmente transmissíveis. 4. Puerpério. I. Bichara, Cléa Nazaré Carneiro. II. Pontes, Altem Nascimento. III. Título.

CDD 614.4

A Deus, que me ama primeiro, e com sua infinita misericórdia conduz meu caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me proporcionado a oportunidade de aprendizado durante esses anos de estudo. Este mestrado é uma das provas do amor e cuidado de Deus por mim. Louvo e bendigo ao Senhor por sua providência constante em minha vida.

Aos meus pais, Hermes e Conceição Henderson, que me apoiaram e me apoiam sempre a buscar, primeiramente, o conhecimento. Sem o apoio de vocês não seria possível finalizar esta dissertação. Parafraseando Santa Teresinha: Louvo a Deus por ter me dado pais mais dignos do céu do que da terra.

Deus é tão bom que me presenteia com pessoas maravilhosas como minha Orientadora Cléa Bichara. Cléa, posso ver você refletir a presença de Deus por onde passa, você é sal e luz neste mundo. Exerce perfeitamente seu trabalho de orientar e sua vocação de ensinar, há amor no que fazes, e o amor leva a perfeição. Obrigada por todos os ensinamentos!

Altem, meu co-orientador, comigo desde antes de eu imaginar fazer qualquer seleção de mestrado, incentivador e amigo. Muito obrigada pelo apoio e presença incondicional. Nunca terei palavras suficientes para agradecer por tudo que fez e fazes por mim. A ti muitas bênçãos de Deus e sucesso. Obrigada!

Amigos, família que eu escolhi e que me escolheu por graça divina. Sarah Batalha, irmã, obrigada por não deixar eu desistir, por 'ver estradas onde eu vejo o fim', por suavizar meu perfeccionismo, por chorar e rir comigo, por tudo... Te amo!

Família São Tomé que me faz ser amiga de Deus a cada dia, obrigada pelas orações e apoio. Obrigada por me ajudar ser sal e luz no mundo. Minha pastora, Paula Valéria, obrigada por ser instrumento de Deus em minha vida.

Família Matos e família Monteiro, obrigada pelo apoio financeiro quando a CAPES não podia ser minha financiadora (risos). Mais que isso, obrigada pelo acolhimento de pais para comigo. Daiana, minha irmã e futura afilhada obrigada pelo carinho. Davi, obrigada pelas intercessões no céu e alegrias e ensinamentos na terra.

Suricatos do mestrado, obrigada pelo acolhimento, apoio, parceria e amizade. Minha turma, "os mais amados" (risos), muito obrigada pela cumplicidade, pela força e amizade. Vocês me ajudaram a ser uma futura mestra melhor (risos).

Ao programa de Mestrado em Ciências Ambientais pela oportunidade de me formar interdisciplinar e a CAPES pela concessão da bolsa.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho e para a minha formação.

Muito Obrigada!

RESUMO

O estado de saúde de uma população tem influência direta de fatores tanto dos agentes infecciosos como das relações socioeconômicas, culturais e geográficas nos diversos ecossistemas de convivência humana. A Sífilis e a infecção pelo HIV são agravos de grande importância social pois estão correlacionados à transmissão sexual. Além disso, há elevada prevalência na morbidade e qualidade de vida entre os infectados, sobretudo quando está no contexto de transmissão vertical envolvendo o binômio mãe-filho. Existem poucas informações epidemiológicas quanto à prevalência destes agravos em grávidas e principalmente no Estado do Pará, motivo deste estudo. Assim, realizou-se um estudo retrospectivo de corte transversal, analítico-descritivo, envolvendo 444 puérperas em maternidade de referência em Belém-PA. Através de análise de prontuário, obteve-se dados sorológicos de VDRL e determine e/ou ELISA para HIV coletados no momento do parto ou durante o pré-natal. Observou-se que 4,8% das parturientes estavam infectadas pelo HIV e 2,8% por Sífilis. As variáveis relacionadas a esta infecção ($p < 0,05$) foram: DST prévia, ser chefe de família e viver com menos de três salários mínimos. Observou-se também que a maioria iniciou a coitarca antes dos 18 anos, pré-natal após o primeiro trimestre, com mais de quatro consultas, em união estável e sem uso de preservativos. Esta prevalência é uma das mais altas do país, mostrando a necessidade de intensificação das políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Estado do Pará.

Palavras-chave: Gestantes. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Saúde e Ambiente.

ABSTRACT

The health status of a population has a direct influence factors of both infectious agents such as socioeconomic, cultural and geographical relations in the various ecosystems of human coexistence. Syphilis and HIV infection are diseases of great social importance because they are related to sexual transmission. In addition, there high prevalence of morbidity and quality of life among those infected, especially when in the context of vertical transmission involving the mother and child. There are few epidemiological information on the prevalence of these diseases in pregnant women and especially in the State of Pará, subject of this study. Thus, there was a retrospective study of cross sectional analytical-descriptive court involving 444 mothers in reference hospital in Belém, Pará. Through chart analysis, we obtained serological data VDRL and determine and / or ELISA for HIV collected at delivery or during prenatal care. It was observed that 4.8% of pregnant women were infected with HIV and Syphilis by 2.8%. Variables related to this infection ($p < 0.05$) were previous STD, be head of household and living on less than three minimum wages. It was also observed that most started first sexual intercourse before 18 age, prenatal after the first quarter, with more than four consultations, in a stable relationship and without condoms. This prevalence is one of the highest in the country, showing the need for strengthening public policies for women's health in the state of Pará.

Keywords: Pregnant Women. Sexually Transmitted Diseases. Environmental Health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Prevalência de casos de HIV e Sífilis nas puérperas atendidas na maternidade de referência do Pará
- Tabela 2 Perfil sociodemográfico das puérperas portadoras do vírus HIV atendidas na maternidade de referência do Pará
- Tabela 3 Perfil sociodemográfico das puérperas com Sífilis atendidas na maternidade de referência do Pará
- Tabela 4 Condições do pré-natal das puérperas atendidas na maternidade de referência do Pará

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AIDS | Acquired Immunodeficiency Syndrome |
| ASE | Abordagem da Saúde dos Ecossistemas |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus |
| MS | Ministério da Saúde |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| RMB | Região Metropolitana de Belém |
| SC | Sífilis Congênita |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNAIDS | United Nations & AIDS |
| WHO | World Health Organization |
| ELISA | Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay |
| VDRL | Venereal Disease Research Laboratory |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO (GERAL) | 12 |
| 1.2 | REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO (GERAL) | 19 |
| 2 | ARTIGO – <i>Formatado de acordo com as normas dos Cadernos de Saúde Pública</i> | |
| | PREVALÊNCIA E CONDIÇÕES ECOEPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV E SÍFILIS ENTRE PARTURIENTES EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA, BELÉM-PA | |
| | RESUMO | 24 |
| | ABSTRACT | 24 |
| 2.1 | INTRODUÇÃO | 25 |
| 2.2 | MATERIAL E MÉTODOS | 27 |
| 2.3 | RESULTADOS | 27 |
| 2.5 | DISCUSSÃO | 30 |
| 2.4 | CONCLUSÃO | 35 |
| | REFERÊNCIAS | 36 |
| 3 | CONCLUSÕES (GERAIS) | 40 |
| | ANEXO | 41 |
| | APÊNDICES | 46 |

1. INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas são marcadores de processos ecológicos e seu comportamento tem mudado em todo o mundo (PIGNATTI, 2004). Continuam sendo um problema de saúde pública no país, embora a mortalidade causada por elas tenha reduzido nas últimas seis décadas (BARRETO et al, 2011; FONTE et al, 2012). Entretanto, hoje se enfrenta um novo contexto com vistas a relação entre o processo do adoecimento e o meio ambiente, com suas interfaces ecoepidemiológicas envolvendo, entre outros aspectos, as questões culturais, de moradia, aglomerações e de comportamento.

Estudos epidemiológicos buscam a compreensão do processo saúde-doença através da desigualdade, estimulando o interesse em entender as relações socioeconômicas, culturais e geográficas com o acometimento de doenças na população (GRANGEIRO et al, 2010), fatores estes contidos nos determinantes sociais do processo de adoecimento (SOBRAL; FREITAS, 2010)

Os efeitos mediados sobre a saúde resultam de múltiplas interações combinadas em diferentes escalas espaciais e temporais, abrangendo mudanças ambientais que modificam o comportamento e a distribuição de vetores e hospedeiros até amplas mudanças socioambientais (OPAS, 2010). Segundo a Abordagem da Saúde dos Ecossistemas (ASE), uma população humana saudável é característica de um ecossistema saudável capaz de sustentar esta população. Desta forma, a saúde humana pode ser uma medida que traduz a saúde do ecossistema (OPAS, 2009).

Essa estreita relação de saúde e ambiente já é reconhecida pelos tomadores de decisões globais e regionais (BOISCHIO et al, 2009). Infelizmente, a utilização do meio ambiente ainda é baseada na lucratividade e acúmulo de capital, contribuindo para o aumento do desequilíbrio ecológico e das desigualdades sociais (GALLO; SETTI, 2012).

O processo de industrialização não só proporcionou benefícios à qualidade de vida da população, mas também trouxe mudanças comportamentais e favoreceu para a emergência e disseminação de doenças infecciosas, e entre estas as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (LUNA, 2002; SOARES, J. et al, 2004).

A população brasileira está 80% concentrada em áreas urbanas, onde a qualidade ecológica passa a ser também um ponto importante na qualidade de vida do ser humano (SALDIVA et al, 2010). O inchaço populacional em áreas sem qualquer

infraestrutura e planejamento urbano-ambiental aumenta a vulnerabilidade populacional aos impactos negativos de ordem social e ambiental (SOARES, M. et al, 2014)

Os desequilíbrios socioambientais aumentam os riscos de saúde, em especial na população mais pobre que, pela sua situação econômica, apresenta limitações quanto à capacidade de utilizar medidas adequadas e responsáveis para a prevenção e cuidado de doenças, tornando a pobreza um dos principais determinantes do adoecimento (BOISCHIO et al, 2009).

Correlacionando a ocorrência de DST com o contexto socioeconômico da população, Bastos e Szwarcwald (2000) constatam que não resta dúvida de que as DST são mais comuns entre os segmentos populacionais mais pobres. Desta maneira, as características sociodemográficas e comportamentais são consideradas fatores de risco para estas, entre as quais HIV e Sífilis (GIANVECCHIO; GOLDBERG, 2005; MIRANDA et al, 2009).

A Sífilis e a infecção pelo HIV são agravos infecciosos cuja atual magnitude reflete as importantes mudanças de comportamento na sociedade, sobretudo por estarem vinculadas à transmissão sexual, além de apresentarem grande impacto na morbidade e qualidade de vida entre as mulheres em idade reprodutiva e por conseguinte na infância (GONÇALVEZ et al, 2010; FILHO et al, 2010).

A Sífilis traz consigo o estigma de ser uma doença causada pela influência dos fatores sócio morais, pobreza, baixa educação e a permissividade sexual (CARRARA, 1996). Hoje ela possui tratamento de baixo custo e elevada eficácia, contudo ainda é considerada um grave problema de saúde pública, ainda mais quando acomete mulheres em idade reprodutiva (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Cerca de 305 mil mortes fetais e neonatais anualmente são causadas por sífilis, além de deixar 215 mil crianças com risco de morte por prematuridade, baixo peso ao nascer e doença congênita (WHO, 2013). Muitas mulheres ainda são infectadas pelo *Treponema pallidum* por possuírem acesso limitado aos serviços de saúde, falta de informação sobre DST e educação sexual, além de estarem em baixo nível socioeconômico, ter liberdade sexual precoce, uso de drogas e por desconhecerem seu *status* sorológico e de seu parceiro(os) que muitas vezes são assintomáticos e também não se submetem ao tratamento (PIRES et al, 2014; DUARTE, 2012).

No que se refere ao HIV, as transformações epidemiológicas ao longo do tempo identificaram uma elevada taxa da infecção entre os heterossexuais e, em

consequência disso, o aumento da doença em mulheres, especialmente as em idade reprodutiva (MENEZES et al, 2012). As mulheres representam 50% de todos os adultos que vivem com o HIV no mundo (UNAIDS, 2014).

A feminização da epidemia aumenta o risco de transmissão vertical (transmissão de mãe para filho), e desta forma as grávidas tornaram-se importante grupo epidemiológico de risco desta infecção uma vez que a maioria das mulheres grávidas em áreas remotas não conhecem o seu estado sorológico e podem ter acesso ao pré-natal de qualidade inferior (MENEZES et al, 2012; SOUZA et al, 2012; SOUSA et al, 2012).

Para Souza Júnior et al (2004), as mulheres, particularmente as de menor nível socioeconômico, frequentemente se deparam com a falta de acesso às ações preventivas apropriadas, e com as dificuldades adicionais para sustentar essas ações ao longo do tempo, implicando na sua maior vulnerabilidade e na de sua prole.

Quando se trata da região amazônica, observa-se que esta apresenta características geográficas e socioeconômicas bem distintas das demais regiões, favorecendo a ocorrência de várias doenças infecciosas (LEÃO et al, 2013). O Estado do Pará apresenta altas taxas de prevalência da infecção pelo HIV na gravidez (MENEZEZ et al, 2012). Quanto a Sífilis, o Pará foi responsável por 4.450 casos em gestantes entre 2005 e 2012, com uma incidência de 436 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos em 2011 (BRASIL, 2012a).

Mesmo com os avanços na disponibilidade dos testes e tratamentos para combater a transmissão vertical de infecções, HIV e Sífilis continuam sendo um importante caso de saúde pública, necessitando de meios para combinar as intervenções médicas com modificações comportamentais da população (NÓBREGA et al, 2013).

O pré-natal é considerado o momento ideal para que medidas sejam implementadas com a intenção de reduzir a transmissão de infecções da mãe para o feto. Para que seja eficiente, deve cobrir todas as gestantes, ter início precoce e um número mínimo de seis consultas (GODIM et al, 2010)

HIV/AIDS

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV – sigla em inglês) é um Retrovírus da família *Retroviridae*, pertencente ao gênero *Lentivírus*, classificado em dois tipos HIV-1

e HIV-2. Sendo o HIV-1 o mais prevalente, encontrado em todos os continentes (SABINO et al, 2009; LEÃO et al, 2013).

O HIV é o responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS – sigla em inglês) que causa níveis variáveis de imunodeficiência propiciando o aparecimento de diversas doenças oportunistas e neoplasias malignas (LEÃO et al, 2013).

Os primeiros casos da doença no mundo ocorreram nos Estados Unidos, Haiti e África Central, nos anos de 1977 e 1978; sendo o primeiro caso brasileiro reconhecido em 1980 no Estado de São Paulo e, em 1986, foram realizados os primeiros diagnósticos na Região Norte (LEÃO et al, 2013).

Este vírus tem maior transmissão pela via sexual, seguida pela transmissão por via sanguínea e vertical. A presença das DST, em especial as ulcerativas, como sífilis, herpes genital e o cancro mole, associa-se ao aumento do risco de infecção pelo HIV, em torno de 8 a 18 vezes (PEDROSA et al, 2011; RIBEIRO et al, 2009).

Desde o início da epidemia, cerca de 78 milhões de pessoas foram contaminadas com o HIV e 39 milhões já morreram de doenças relacionadas à AIDS (WHO, 2014). A pandemia da AIDS é um grande problema de saúde pública e continua se expandindo de forma dinâmica. Estima-se que em 2013, das 35,3 milhões de pessoas que viviam no mundo com HIV, 19 milhões não sabiam que estavam infectadas e 1,5 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS.

O Brasil, com 2,0% dos infectados do mundo, está entre os quinze países responsáveis por mais de 75,0% dos 2,1 milhões de novas infecções por HIV que ocorreram em 2013 (UNAIDS, 2014). É o país com maior notificação de casos da América Latina com taxa de novas infecções aumentada em 11,0% (UNAIDS, 2014). Em 2012, estimou-se que viviam cerca de 718 mil pessoas com HIV/AIDS no Brasil, com uma taxa de prevalência de 0,4% na população geral, dos quais aproximadamente 574 mil (80,0%) tenham sido diagnosticados. Desde o início da infecção, até junho de 2013, dos 686.478 casos de AIDS notificados, 445.197 (64,9%) eram do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino (BRASIL, 2013).

Quanto aos casos regionais notificados, no mesmo período (1980 – Junho de 2013), a Região Norte apresentou 35.100 (5,1%) casos, sendo que o Pará contribuiu com 15.226 casos; 379.045 (55,2%) na Região Sudeste; 137.126 (20,0%) na Região Sul; 95.516 (13,9%) na Região Nordeste e 39.691 (5,8%) na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2013).

A estratificação dos casos entre puérperas mostra que, no Brasil, a prevalência da infecção em menores de 24 anos apresentou um aumento de 0,26%, em 2006, para 0,31%, em 2010 (BRASIL, 2012b). Dos 8.622 casos de SIDA no sexo feminino notificados em 2012, 87,9% são em heterossexuais e dos 297 casos notificados em menores de 13 anos de idade, 276 casos (99,6%) ocorreram por transmissão vertical e 1 caso (menos de 1,0%) por transmissão sexual (BRASIL, 2013).

A transmissão vertical é de 20,0% quando não há tratamento materno, e menos de 1,0% com tratamento e diagnóstico precoce. As chances da transmissão intra-útero são de 35,0%, mesmo com a barreira placentária. Durante o trabalho de parto, esta probabilidade é elevada para 60,0 a 70,0%, já no aleitamento materno há risco adicional de transmissão de 7,0 a 22,0% (BRASIL, 2007).

SÍFILIS

A sífilis é conhecida por Doença de Lues, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta anaeróbia, flagelada. Apresenta evolução crônica, podendo atingir todos os tecidos, órgãos e sistemas, tanto na forma congênita, como na adquirida. Sua transmissão é predominantemente sexual (sífilis adquirida) e vertical (da mãe para o filho por via transplacentária ou hematogênica) (TALHARI; CORTEZ, 2009; 2013; TALHARI, 2013; BRASIL, 2013).

A doença é classificada em duas fases: a fase recente e a fase tardia. A fase recente dura cerca de um ano, compreendendo as manifestações primárias, secundárias e o início da latência. A fase tardia é caracterizada pela latência tardia e a fase terciária (TALHARI; CORTEZ, 2009). Quanto mais recente for a infecção materna mais grave serão as consequências na criança, podendo haver abortamento, nascimentos prematuros ou nascimentos seguidos de morte (COSTA et al, 2010).

Apesar de não ocupar espaço importante na mortalidade materna, este agravo é destacado pela prevalência e facilidade de transmissão vertical (SILVA, 2010). A criança com Sífilis Congênita (SC), ao nascer, pode apresentar lesões bolhosas, ricas em treponemas, na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus. A doença pode manter-se latente e essas características podem vir a se expressar em algum momento durante a infância ou em sua fase adulta (BRASIL, 2010).

Foram notificados no Brasil 57.700 casos de sífilis em gestantes entre 2005 e junho de 2012. Para o mesmo período e grupo, a Região Norte apresentou 8.238 casos e o Pará 4.450 casos de sífilis em gestantes (BRASIL, 2012a).

Quanto a SC, as maiores proporções de casos ocorrem em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade correspondendo a 52,7%. Entre 1998 e 2012 foram notificados 80.041 casos de SC no Brasil e incidência de 3,3 casos por mil nascido vivos, em 2011. Na Região Norte foram notificados 6.971 (8,7%) casos entre 1998 e 2012, com incidência, em 2011, de 2,6 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2012a).

Apesar de possuir tratamento disponível e de baixo custo, e de estar incluída em diversas políticas públicas para seu controle, a SC é responsável por muitos óbitos perinatais (SILVA, 2010). Segundo o Boletim Epidemiológico sobre Sífilis (BRASIL, 2012a), em 2011 o coeficiente de mortalidade no Brasil foi de 3,9 por 100.000 nascidos vivos (112 óbitos). Isto se dá devido aos problemas na realização de ações simples como a prevenção da transmissão vertical, mesmo entre as gestantes que visitam regularmente a unidade de saúde para consultas de pré-natal (SILVA, 2010).

Com base nesses dados, Pires et al (2014) constatam que as redes de serviços públicos necessitam de uma estruturação eficaz, voltadas para o rastreamento, prevenção e tratamento deste agravo, contribuindo assim para a redução da morbidade no país, em especial nas regiões mais pobres.

O monitoramento das taxas de prevalência é um dado muito importante para a vigilância das infecções sexualmente transmissíveis (FILHO et al, 2010). Dessa forma, em função da elevada incidência de doenças de transmissão vertical, no Brasil e no Estado do Pará, pretendeu-se com esta pesquisa compreender as relações sociodemográficas no contexto ecoepidemiológico de ocorrência da Sífilis e infecção pelo HIV entre as puérperas de uma maternidade pública em Belém, Pará.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar a prevalência da Sífilis e infecção pelo HIV em parturientes de maternidade de referência em Belém-PA.

Específicos

- Identificar os fatores socioeconômicos, demográficos e ambientais associados à prevalência de Sífilis e HIV em puérperas atendidas em maternidade de referência, Belém - PA.
- Identificar as condições de pré-natal das puérperas atendidas em maternidade de referência, Belém - PA.

1.2 REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** Anais Brasileiro de Dermatologia, v. 81, nº.2, Rio de Janeiro, 2006
- BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, G. M.; BASTOS, F. I.; XIMENES, R. A. A.; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. **Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa.** The Lancet, p.47-60. London,2011.
- BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. **AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, 2000.
- BOISCHIO, A.; SANCHEZ, A., OROSZ, Z; CHARRON, D. **Saúde e desenvolvimento sustentável: desafios e oportunidades dos enfoques ecossistêmicos na prevenção e controle do dengue e da doença de Chagas.** Cadernos de Saúde Pública. v. 25, sup. 1, Rio de Janeiro 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis.** Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano I, nº 01, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV–Aids.** Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano 1, nº1 até a semana epidemiológica 52ª, Dez, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico-AIDS e DST.** Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano II, nº1 até a semana epidemiológica 26ª, Dez, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil.** Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Série TELELAB Brasília, 2010.
- CARRARA, S. **A geopolítica simbólica as Sífilis: um ensaio de antropologia histórica.** História, Ciência, Saúde-Manguinhos. v. 3, nº.3, Rio de Janeiro, 1996
- COSTA, C. M.; DEMARCH, B. E.; AZULAY, R. D.; PÉRISSÉ, S. R. A.; DIAS, G. R. F. M., NERY COSTA, A. J. **Doenças sexualmente transmissíveis a gestação: uma síntese de particularidades.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 86, nº.6, Rio de Janeiro, 2010
- DUARTE, G. **Sífilis e gravidez... e a história continua.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 34, nº.2, 2012

FILHO, A. C. M.; SARDINHA, J. F. J.; PONTE, R. L.; COSTA, E. P.; SILVA, S. S.; MARTINEZ-ESPINOSA, F. E. **Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v. 32, nº 4. Rio de Janeiro, 2010.

FONTE, V. R. F.; SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C.; FRANCISCO, M. T. R.; CLOS, A. C.; PINTO, R. C. **Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS.** Revista Enfermagem UERJ, v. 20, nº 4, Rio de Janeiro, 2012.

GALLO, E.; SETTI, A. F. F. **Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 17, nº 6. Rio de Janeiro, 2012.

GIANVECCHIO, R. P.; GOLDBERG, T. B. L. **Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1.** Cadernos de Saúde Pública, v.21, nº.2, Rio de Janeiro, 2005.

GONDIM, A. N. C.; OLIVEIRA, A. S.; CHAGAS, A. C. M. A.; LESSA, P. R. A. L.; BARBOSA, B. N.; DAMASCENO, A. K. C. **Fast HIVsreening test for parturientes: a qualitative study.** Online Brazilian Journal of Nursing, v. 9, nº 2, 2010.

GONÇALVES, M. A. S.; MATOS, C. C. B.; SPEGIORIN, L. C. J. F.; VAZ-OLIANI, D. C.; OLIANI, A. H.; MATTOS, L. C. **Seropositivity rates for toxoplasmosis, rubella, syphilis, cytomegalovirus, hepatitis and HIV among pregnant women receiving care at a public health service, São Paulo state, Brazil.** Brazilian Journal of Infectious Diseases, v.14, nº.6, Salvador, 2010.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. **A Epidemia de AIDS no Brasil e as Desigualdades Regionais e de Oferta e Serviço.** Cadernos de Saúde Pública, v. 26, Dez, Rio de Janeiro, 2010.

LEÃO, R. N. Q.; LEÃO, A. C. Q.; GERBARDT, J.; MACHADO, L. F. A.; MACEDO, O.; ISHAK, R. AIDS. In: LEÃO, R. N. Q.; BICHARA, C. N. C.; NETO, H. F.; VASCONCELOS, P. F. C. **Medicina Tropical e Infectologia na Amazônia.** 2 volumes. Belém. Samauma Editorial, 2013.

LUNA, E. J. A. **A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v.5, nº3, São Paulo, 2002.

MENEZES, L. S. H.; PALÁCIOS, V. R. C. M.; ALCÂNTARA, M. S. V.; BICHARA, C. N. C. **Prevalência da Infecção por HIV em Grávidas no Norte do Brasil.** DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. v.24, nº4, Rio de Janeiro, 2012.

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, nº.4, Uberaba, 2009.

NÓBREGA, I. et al **Syphilis and HIV-1 among parturient women in Salvador, Brazil: low prevalence of syphilis and high rate of loss to follow-up in HIV-infected women.** The Brazilian Journal of Infectious Diseases. v.17, nº2, Salvador, 2013.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Enfoques ecossistêmicos em saúde – perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina.** Série Saúde Ambiental 2. Brasília, 2009.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil: uma análise através de indicadores.** Série Saúde Ambiental 4. Brasília, 2010.

PEDROSA, V. L.; GALBAN, E.; BENZAKEN, A. S.; VASQUEZ, F. G.; IZAN JR., J. L. **DST e suas determinantes: quatro anos de vigilância em um centro sentinela no Estado do Amazonas.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.23, nº2, Rio de Janeiro, 2011

PIGNATTI, M. G. **Saúde e Ambiente: as doenças emergentes no Brasil.** Ambiente & Sociedade, v.7, nº. 1, Campinas, 2004.

PIRES, A. C S.; OLIVEIRA, D. C.; ROCHA, G. M. N. M.; SANTOS, A. S. **Ocorrência de Sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade – Revisão de literatura.** Revista Uningá Review, v.19, nº.1, 2014

RIBEIRO, A. F.; VERAS, M. A. S. M.; GUERRAS, M. A. T. Infecção por HIV e AIDS: epidemiologia. In: VERONESI – FOCACCIA. **Tratado de Infectologia.** 2 volumes. 4ªed. São Paulo. Ed. Atheneu, 2009.

SABINO, E. C.; BARRETO, C. C.; SENABANI, S. S. Infecção por HIV e AIDS: Etiologia e subtipos do HIV. In: VERONESI – FOCACCIA. **Tratado de Infectologia.** 2 volumes. 4ªed. São Paulo. Ed. Atheneu, 2009.

SALDIVA, P.; VORMITTAG, E. M. P. A. A., 2010 **Meio Ambiente e Saúde: o Desafio das Metrópoles.** Instituto saúde e Sustentabilidade. São Paulo, 2010.

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.** Rio de Janeiro, 2010. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública.2010.

SOARES, J. A. S.; ALENCAR, L. D.; CAVALCANTE, L. P. S; ALENCAR, L. D. **Impactos da urbanização desordenada na saúde pública: leptospirose e infraestrutura urbana.** Polêmica – Questões Contemporâneas, v. 13, nº. 1, 2014

SOARES, M. C. F.; VALEDA, A. A.; CEZAR-VAZ, M. R. **The environment influences and human ecosystem interaction in planning and implementing practices in maternal and child health nursing.** Texto & Contexto – Enfermagem, v. 13, nº 3, Florianópolis, 2004.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. **Modelo de organização de indicadores para a operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 19, nº. 1, 2010.

SOUSA, A. M.; LYRA, A.; ARAÚJO, C. C. F.; PONTES, J. L.; FREIRE, R. C.; PONTES, T. L. **A Política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura.** Journal of Management and Primary Health Care. v. 3, nº 1, 2012.

SOUZA JÚNIOR, P.R.B. et al **Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo Sentinela Parturiente, Brasil, 2002.** Revista de Saúde Pública, v.38, nº.6, São Paulo, 2004.

SOUZA, C. C.; MATA, L. R. F.; AZEVEDO, C.; GOMES, C. R. G.; CRUZ, G. L. C. P.; TOFFANO, S. L. M. **Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: em estudo epidemiológico.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Ano 11, nº 5. 2012.

TALHARI, S.; CORTEZ, C. C. T. Sífilis. In: VERONESI – FOCACCIA. **Tratado de Infectologia.** 2 volumes. 4ªed. São Paulo. Ed. Atheneu, 2009.

TALHARI, S.; TALHARI, A. C. Sífilis. In: LEÃO, R. N. Q.; BICHARA, C. N. C.; NETO, H. F.; VASCONCELOS, P. F. C. **Medicina Tropical e Infectologia na Amazônia.** 2 volumes. Belém. Samauma Editorial, 2013.

UNAIDS. **Gap Report.** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014.

WHO. World Health Organization. **HIV/AIDS.** Fact Sheet n. 360, Novembro, 2014.

WHO. World Health Organization. **Sexually transmitted infections (STIs)** – Fact Sheets, n.110, Novembro, 2013

2. ARTIGO

PREVALÊNCIA E CONDIÇÕES ECOEPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV E SÍFILIS ENTRE PARTURIENTES EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA NO PARÁ

Formatado de acordo com as normas dos Cadernos de Saúde Pública (Anexo1)

Prevalência e condições ecoepidemiológicas da infecção pelo vírus hiv e sífilis entre parturientes em maternidade pública de referência no Pará

Prevalence and conditions of ecoepidemiological infection virus hiv and syphilis among pregnant women in maternity public reference in Pará

Prevalencia y condiciones de eco epidemiológica virus infección por vih y la sífilis en mujeres embarazadas en maternidad públicas de referencia en Pará

Bruna Lorena Rodrigues Henderson¹, Cléa Nazaré Carneiro Bichara², Altem Nascimento Pontes³

¹Universidade do Estado do Pará, Belém, Brasil

²Doutora em Biologia dos Agentes Infecciosos e Parasitários. Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Pará, Belém, Brasil

³Doutor em Ciências, Universidade do Estado do Pará, Belém, Brasil

RESUMO

HIV e Sífilis constituem um grave problema de saúde pública, por apresentarem elevado impacto social, econômico e sanitário, e afetarem mulheres e sua prole. Buscou-se compreender as interações da prevalência desses agravos com as condições socioeconômicas e de assistência pré-natal de puérperas atendidas em uma maternidade pública de referência no Estado do Pará. Foi realizado um estudo de corte transversal, retrospectivo, analítico-descritivo, realizado em 444 parturientes. Através de análise de prontuário obteve-se dados sorológicos de Sífilis e HIV, coletados no momento do parto ou durante o pré-natal, onde 4,8% das parturientes estavam infectadas pelo HIV e 2,8% por Sífilis. As variáveis relacionadas ao HIV ($p < 0,05$) foram idade, renda, ser chefe de família e DST prévia, enquanto para Sífilis apenas DST prévia apresentou associação. Esta prevalência é uma das mais altas do país, mostrando a necessidade de intensificação das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da criança no Estado do Pará.

Palavras-chave: Gravidez. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Saúde da Mulher. Saúde Ambiental.

ABSTRACT

HIV and syphilis constitute a serious public health problem, because they have high social, economic and health impact, and affect women and their offspring. We tried to understand the interactions of the prevalence of these diseases with the socioeconomic conditions and pre-natal care of mothers attended in a public maternity reference in the State of Pará. A cross-sectional, retrospective, analytical-descriptive study, held in 444 pregnant women. Through chart analysis was obtained serological data Syphilis and HIV, collected at delivery or during prenatal care. Where 4.8% of pregnant women were infected with HIV and 2.8% for syphilis. The variables related to HIV ($p < 0.05$) were age, income, being the family head and previous STD, while for STD Syphilis only provided was associated. This prevalence is one of the highest in the country, showing the need for strengthening public policies for the health of women and children in the state of Pará.

Keywords: Pregnancy. Sexually Transmitted Diseases. Women's Health. Environmental Health.

RESUMEN

VIH y la Sífilis son un importante problema de salud pública, debido a que tienen un alto impacto social, económico y de salud, y afectan a las mujeres y sus hijos. Tratamos de entender las interacciones de la prevalencia de estas enfermedades con las condiciones socioeconómicas e la atención prenatal de las

madres atendidas em uma maternidad públicas de referencia en el Estado de Pará. Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, analítico-descriptivo realizado en 444 mujeres embarazadas de esta unidad de referencia. A través de análisis archivos se obtuvo datos serológica de la sífilis y el VIH, recogido en el parto o durante la atención prenatal. Cuando el 4,8% de las mujeres embarazadas estaban infectadas con el VIH y el 2,8% para la sífilis. Las variables relacionadas con el VIH ($p < 0,05$) fueron la edad, el ingreso, siendo la cabeza de la familia y de las ETS anterior, mientras que sólo para ETS sífilis siempre se asoció. Esta prevalencia es uno de los más altos del país, mostrando la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud de la mujer en el estado de Pará.

Palabras clave: Embarazo. Enfermedades de Transmisión Sexual. Salud de la Mujer. Salud Ambiental.

INTRODUÇÃO

Em tempos em que a sustentabilidade socioambiental ganha destaque, a saúde é considerada um dos determinantes mais importantes do desenvolvimento sustentável, por ser uma medida capaz de refletir a saúde do ecossistema e contribuir para a promoção da equidade das gerações presentes e futuras.^{1,2,3}

Ao compreender que ecossistema é a relação entre os seres vivos e o ambiente físico-social, sendo ambiente uma categoria também sociológica, configurada pelo modo de vida das pessoas, percebe-se que toda alteração está intimamente relacionada à deterioração das condições sociais responsáveis pela produção e disseminação de novas doenças. Desta forma, o modo de ocupação de um ambiente reflete toda ação dos seres que o habita, com toda a sua coletividade social e biológica, de modo que é necessário haver a aproximação da saúde e ambiente, destacando-o como um determinante de agravo à saúde, quando se observar o impacto de um sobre o outro.^{4,5}

Os microrganismos causadores de doenças desconhecem as fronteiras geográficas e sua disseminação ocorre em escala global favorecida pelas intensas mudanças na estrutura econômica, reflexo da industrialização, da conectividade e da urbanização.^{6,7,8,9} Destacando assim, a necessidade em melhor compreender o processo do adoecimento considerando o conceito de espaço e sua relação com fatores socioeconômicos e culturais intrínseco a um ecossistema modificado pela ação antrópica com repercussão no *modus vivendis* das pessoas.^{10,11,12}

No Brasil, as doenças infecciosas transmissíveis que afetam gestantes constituem um grave problema de saúde pública, uma vez que podem resultar em anormalidades congênitas ao ser verticalmente transmitidas,¹³ entre estas as Doenças Sexualmente Transmissíveis apresentam ainda elevado impacto social refletido em altos custos para economia do país.¹⁴

A Sífilis e a infecção pelo HIV são agravos infecciosos cuja atual magnitude reflete as importantes mudanças de comportamento na sociedade, sobretudo por estarem vinculadas à transmissão sexual, além de apresentarem grande impacto na morbidade e qualidade de vida

entre as mulheres em idade reprodutiva, e por conseguinte na infância.^{15,16} Esses agravos foram responsáveis nas últimas décadas pela crise epidemiológica, que busca estratégias mais eficientes na compreensão dos mesmos e sua manifestação coletiva.¹⁷

Cerca de 35,3 milhões de pessoas no mundo vivem com HIV, destes 19 milhões desconhecem seu *status* sorológico, sendo o Brasil responsável por 2,0% destes infectados.¹⁸ No que se refere a Sífilis, mais de 12 milhões de pessoas são infectadas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),¹⁹ e no Brasil 57.700 gestantes foram infectadas entre 2005 e junho de 2012.²⁰

Embora os dados nacionais indiquem um aumento de cerca de 2,0% na taxa de detecção de casos de Aids nos últimos 10 anos, observam-se diferenças significativas nas tendências das taxas de detecção de Aids nas macrorregiões do país. Enquanto nas demais regiões, observa-se um lento processo de estabilização, as Regiões Norte e Nordeste ainda apresentam taxas em progressão ascendentes.^{20,21}

É necessário haver intervenções eficazes e acessíveis para prevenção da transmissão materno-infantil de ambas as doenças, reduzindo assim a morbimortalidade neste binômio e assim melhorar a saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens e conseqüentemente a qualidade de vida de seus filhos.²² Uma das estratégias é o atendimento pré-natal, considerado eficiente em detectar problemas graves em tempo hábil de intervenção.²³

Entretanto, apesar de o país apresentar elevada cobertura de pré-natal, os testes de triagem e as condutas adequadas para o tratamento de HIV e Sífilis não são realizados oportunamente.²⁴ A ausência ou a baixa frequência nas consultas pré-natais, assim como o mal atendimento destas grávidas contribuem para este quadro.²⁵

Conhecer o perfil epidemiológico destas infecções em parturientes, contribui para otimizar as ações de intervenções da transmissão vertical, bem como reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e prevenir HIV/AIDS, e outras doenças, as quais fazem parte das metas do Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).²²

Deste modo, este trabalho buscou conhecer o perfil epidemiológico destas infecções em parturientes de maternidade de referência no Estado do Pará e assim compreender as interações sociodemográficas no contexto ecoepidemiológico que as norteiam.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal, retrospectivo. Através da análise dos prontuários de 444 parturientes, atendidas na Maternidade de Referência do Pará, que é referência em saúde materno infantil e onde ocorrem cerca de 400 partos ao mês. As informações foram obtidas em 2011 através de um grande projeto formando um banco de dados, e entre novembro de 2013 a janeiro de 2014 estes dados foram analisados quanto as infecções pelo HIV e Sífilis.

Utilizou-se como critério de inclusão as fichas protocolares de parturientes exclusivamente da Maternidade de Referência do Pará e que tivessem anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, obteve-se informações quanto: condições socioeconômicas, de assistência pré-natal e resultado de exames sorológicos para Sífilis (VDRL) e HIV (Determine e/ou ELISA). Estas informações foram armazenadas em banco de dados através do software Microsoft Excel 2007, com análise pelo programa BioEstat 5.0,²⁶ assumindo o nível alfa de significância com valores iguais ou menores a 0,05 (5,0%) para rejeição da hipótese de nulidade.

Este estudo cumpre as normas de pesquisas do Conselho Nacional de Saúde (Res. CNS 466/12) referente ao envolvimento de seres humanos. Além de possuir aprovação no comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical conforme protocolo nº 010/2011.

RESULTADOS

Tabela 1 – Prevalência de casos de HIV e Sífilis nas puérperas atendidas na maternidade de referência do Pará.

| TESTE PARA HIV | N | % |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Realização de teste | | |
| Não realizado | 07 | 1,6 |
| Realizado | 437 | 98,4 |
| TOTAL | 444 | 100,0 |
| Resultado da Sorologia | | |
| Negativo | 416 | 95,2 |
| Positivo | 21 | 4,8 |
| TOTAL* | 437 | 100,0 |
| TESTE PARA SÍFILIS | N | % |
| Realização de teste | | |
| Não realizado | 90 | 20,3 |
| Realizado | 354 | 79,7 |
| TOTAL | 444 | 100,0 |
| Resultado da Sorologia | | |
| Negativo | 344 | 97,2 |
| Positivo | 10 | 2,8 |
| TOTAL* | 354 | 100,0 |

Fonte: Protocolo de pesquisa

*Total referente as que realizaram sorologia para HIV e Sífilis

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico das puérperas portadoras do vírus HIV atendidas na maternidade de referência do Pará.

| Variáveis | Parturientes** | Parturientes Infectadas pelo HIV (%) | Razão de Prevalência | P* |
|-----------------------------------|----------------|--------------------------------------|----------------------|------------------|
| Idade | | | | |
| ≤ 20 anos | 116 | 3 (1,8) | 0,27 | 0,0352 |
| > 20 anos | 276 | 18(6,5) | | |
| Procedência | | | | |
| Belém e Região Metropolitana | 280 | 12(4,3) | 0,74 | 0,5004 |
| Outros municípios | 155 | 9(5,8) | | |
| Anos de estudo | | | | |
| < 8 | 165 | 6(3,6) | 0,65 | 0,3911 |
| ≥ 8 | 271 | 15(5,5) | | |
| Estado civil | | | | |
| Solteira/Viúva/Separada | 140 | 7(5,0) | 1,06 | 0,9011 |
| Casada/União consensual | 297 | 14(4,7) | | |
| Função de chefe de família | | | | |
| Sim | 28 | 4(14,3) | 4,77 | 0,0107 |
| Não | 204 | 6(3,0) | | |
| Renda familiar | | | | |
| < 1 Salário mínimo | 94 | 10(10,6) | 3,31 | <0,01 |
| ≥ 1 Salário mínimo | 281 | 9(3,2) | | |
| Coitarca | | | | |
| < 18 anos | 335 | 14(4,2) | 0,6 | 0,2746 |
| ≥ 18 | 100 | 7(7,0) | | |
| Uso de Drogas ilícitas | | | | |
| Sim | 17 | - | - | 0,3986 |
| Não | 405 | 17(4,2) | | |
| DST prévia | | | | |
| Sim | 37 | 9(24,3) | 8,1 | <0,001 |
| Não | 378 | 11(3,0) | | |
| Sexo Oral | | | | |
| Sim | 229 | 8(3,5) | 0,76 | 0,0551 |
| Não | 192 | 9(4,6) | | |
| Parceiros sexuais | | | | |
| 1 a 3 | 308 | 11(3,5) | 0,45 | 0,0780 |
| > 3 | 129 | 10(7,7) | | |
| Uso de preservativos | | | | |
| Sim/Sempre | 115 | 4(3,4) | 0,68 | 0,5146 |
| Não/Eventual | 318 | 16(5,0) | | |

Fonte: Protocolo de pesquisa

*Teste Qui-quadrado

**Foram contabilizados apenas os dados válidos para a realização do Qui-quadrado. “Não Informado” e “Não Realizado” não foram considerados dados válidos.

Houve diferença estatística quanto a interferência das variáveis analisadas em ter infecção pelo HIV e Sífilis. No grupo infectado pelo HIV foi significante estatisticamente ($p < 0,05$) a idade, função chefe de família, renda familiar e DST prévia (Tabela 2); enquanto no grupo com Sífilis prevaleceu estatisticamente ($p < 0,05$) a variável ter DST prévia (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil sociodemográfico das puérperas com Sífilis atendidas na maternidade de referência do Pará.

| Variáveis | Parturientes** | Parturientes Infectadas por Sífilis (%) | Razão de Prevalência | P* |
|-----------------------------------|----------------|---|----------------------|--------|
| Idade | | | | |
| ≤ 20 anos | 135 | 5(3,7) | 1,61 | 0,6665 |
| > 20 anos | 219 | 5(2,3) | | |
| Procedência | | | | |
| Belém e Região Metropolitana | 235 | 8(3,4) | 2,00 | 0,5748 |
| Outros municípios | 119 | 2(1,7) | | |
| Anos de estudo | | | | |
| < 8 | 131 | 4(3,0) | 1,11 | 0,8845 |
| ≥ 8 | 222 | 6(2,7) | | |
| Estado civil | | | | |
| Solteira/Viúva/Separada | 111 | 3(2,7) | 0,96 | 0,7991 |
| Casada/União consensual | 243 | 7(2,8) | | |
| Função de chefe de família | | | | |
| Sim | 24 | - | - | 0,9345 |
| Não | 186 | 4(2,1) | | |
| Renda familiar | | | | |
| < 1 Salário mínimo | 72 | 3(4,2) | 1,61 | 0,7855 |
| ≥ 1 Salário mínimo | 232 | 6(2,6) | | |
| Coitarca | | | | |
| < 18 anos | 270 | 10(3,7) | - | 0,2006 |
| ≥ 18 | 76 | - | | |
| Uso de Drogas ilícitas | | | | |
| Sim | 10 | 1(10,0) | 4,17 | 0,6666 |
| Não | 336 | 8(2,4) | | |
| DST prévia | | | | |
| Sim | 31 | 6(19,3) | 14,84 | <0,01 |
| Não | 306 | 4(1,3) | | |
| Sexo Oral | | | | |
| Sim | 203 | 8(4,0) | 5,71 | 0,1367 |
| Não | 144 | 1(0,7) | | |
| Parceiros sexuais | | | | |
| 1 a 3 | 250 | 4(1,6) | 0,28 | 0,0836 |
| > 3 | 104 | 6(5,7) | | |
| Uso de preservativos | | | | |
| Sim/Sempre | 94 | 1(1,1) | 0,31 | 0,4151 |
| Não/Eventual | 259 | 9(3,5) | | |

Fonte: Protocolo de pesquisa

*Teste Qui-quadrado

**Foram contabilizados apenas os dados válidos para a realização do Qui-quadrado. “Não Informado” e “Não Realizado” não foram considerados dados válidos.

Tabela 4 – Condições do pré-natal das puérperas com HIV e Sífilis atendidas na maternidade de referência do Pará.

| PRÉ-NATAL | N | % | HIV** | % | Sífilis** | % |
|--|-----|-------|-------|-------|-----------|-------|
| Realização do pré-natal | | | | | | |
| Não | 24 | 5,4 | 0 | - | 1 | 10,0 |
| Sim | 420 | 94,6 | 21 | 100,0 | 9 | 90,0 |
| TOTAL | 444 | 100,0 | 21 | 100,0 | 10 | 100,0 |
| Recebeu orientação sobre as infecções na gravidez | | | | | | |
| Sim | 206 | 46,4 | 2 | 9,5 | 3 | 30,0 |
| Não | 233 | 52,5 | 19 | 90,5 | 6 | 60,0 |
| Não Informado | 5 | 1,1 | - | - | 1 | 10,0 |
| TOTAL | 444 | 100,0 | 21 | 100,0 | 10 | 100,0 |
| Início do pré-natal | | | | | | |
| 1º Trimestre | 271 | 64,5 | 12 | 57,2 | 4 | 44,4 |
| 2º/3º Trimestre | 149 | 35,5 | 7 | 33,3 | 4 | 44,4 |
| Não Informado | - | - | 2 | 9,5 | 1 | 11,2 |
| TOTAL* | 420 | 100,0 | 21 | 100,0 | 9 | 100,0 |
| Número de consultas do pré-natal | | | | | | |
| < 4 ou nenhuma | 68 | 16,2 | 2 | 9,5 | 3 | 33,3 |
| ≥ 4 | 350 | 83,3 | 19 | 90,5 | 6 | 66,7 |
| Não Informado | 2 | 0,5 | - | - | - | - |
| TOTAL* | 420 | 100,0 | 21 | 100,0 | 9 | 100,0 |

Fonte: Protocolo de pesquisa

*Total referente as puérperas que realizaram o teste do pré-natal

**O teste do Qui-quadrado realizado para cada variável não foi significativo ($p > 0,05$). “Não Informado” e “Não Realizado” não foram considerados dados válidos.

DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se que 4,8% das parturientes estavam infectadas pelo HIV e 2,8% por Sífilis (Tabela 1). Estes dados superam os encontrados em estudos nacionais em parturientes. A taxa de gestantes infectadas por HIV é superior às encontradas nos estudos realizados nos estados do Amazonas (0,6%)¹⁶, no Espírito Santo (0,44%)²⁷ e em Salvador, com 0,8%,²⁸ mostrando que a infecção no Brasil é multifacetada por não apresentar um único perfil epidemiológico.²⁹

A elevada taxa de positividade para HIV encontrada no grupo estudado pode ser respaldada pelo que foi descrito por Grangeiro et al (2010)³⁰, que definem a metrópole de Belém como de grande magnitude para a infecção pelo HIV, e com o que foi observado no estudo longitudinal feito por Menezes et al (2012) com prevalência de 1,8% na mesma maternidade.²¹

Os casos de Sífilis (2,8%) (Tabela 1) também superam as demais publicações nacionais, como o realizado no Amazonas¹⁶, com 1%, no Rio Grande do Sul³¹, com 1,6%, e em Salvador, com 0,5%.²⁸ Ao encontrar taxas elevadas de Sífilis em grávidas, destacam-se falhas dos serviços em saúde, em especial da atenção ao pré-natal, já que o diagnóstico e o tratamento são medidas simples e eficazes na prevenção da doença.³²

As elevadas taxas de incidência para HIV e Sífilis confirmam o que os boletins epidemiológicos vêm constatando: enquanto nas demais regiões do país as taxas estão tendendo ao controle, no Norte essas taxas continuam elevadas, com destaque para o aumento destas entre as mulheres.^{20, 21,33}

Características sociodemográficas e comportamentais, como renda e atividade sexual, são fatores relacionados a qualidade de vida da população, que contribuem para o desenvolvimento socioeconômico e ambiental do país. Estas variáveis são apontadas por vários autores como fatores de risco e vulnerabilidade para HIV e Sífilis,^{34,35} seja pela inserção da mulher no mercado de trabalho, seja pelos fatores relacionados a extensão das epidemias e a resposta social para enfrentá-las.^{36,37,38}

Ao se analisar o perfil sociodemográfico das parturientes (Tabela 2 e 3) envolvidas nesta pesquisa, observou-se que a maioria tem procedência da Região Metropolitana de Belém (RMB). Podendo ser justificada pela facilidade de acesso em detrimento das que residem no interior do estado e possuem dificuldade quanto a transporte, condição financeira e informação.

A RMB é composta por municípios que apresentam características particulares de desenvolvimento, onde na busca por moradia e trabalho geram degradação ambiental e social.³⁹ O modo como o espaço é habitado e modificado pela ação antrópica no ecossistema, gera diferenças intra-urbanas com repercussão nas condições de vida e estado de saúde da população em geral.⁴⁰ Assim como tem relação com o surgimento de fenômenos sociais como a violência e uso de drogas, ambos relacionados com HIV e Sífilis que são agravos em saúde determinados por fatores sociais e nas relações interpessoais.⁴¹

As parturientes infectadas apresentam idade superior a 20 anos de idade, sendo esta uma variável relacionada à infecção por HIV ($p = 0,03$) (Tabela 2), concordando com resultados de outros autores que realizaram trabalhos semelhantes, como Filho et al (2010)¹⁶ que obtiveram média de idade de 23,9 anos. Dados do Ministério da Saúde (MS)⁴² mostram que a faixa etária das parturientes encontra-se em processo de envelhecimento, porém a taxa das que apresentam idade menor que 15 anos mantém-se estabilizada.

Quanto ao fator econômico, possuir renda abaixo de um salário mínimo ($p = 0,03$) e ser chefe de família ($p = 0,01$) mostrou-se significativamente relacionado a infecção pelo HIV (Tabela 2). A baixa renda mostra que o Pará segue a tendência de pauperização da epidemia da AIDS, assim como tem ocorrido no mundo e em outras regiões do país nas últimas décadas.⁴³

A sua baixa condição econômica leva as famílias a uma vulnerabilidade social, pois impossibilita muitas mulheres de ter acesso ao serviço de saúde e educação, à prevenção e ao tratamento, além de interferirem em suas relações afetivas e informativas.^{44,45,46}

Pobreza não está relacionada apenas a rendimentos financeiros, mas também a ausência de serviços sociais e de infraestrutura, de acesso a saúde e educação gerados pela má distribuição de renda e poder.⁴⁷ Desta forma, diferentes classes sociais convivem com a mesma doença, cada uma com suas respectivas vulnerabilidades.⁴⁸

A posição da mulher como cuidadora e guardadora de sua família pode favorecer a uma menor capacidade de cuidar de sua própria saúde, reduzindo a adesão ao tratamento e aumentando as chances de adoecimento. Afinal, a necessidade de prover o sustento da casa, faz com que essas mulheres diminuam o tempo de contato com os filhos, os quais, em família de baixa renda, também se tornam desde cedo responsáveis pelo seu sustento, sendo muitas vezes absorvidos pelo mercado informal, mendicância, criminalidade ou mesmo pela prostituição. Essa condição deixa os jovens vulneráveis, favorecendo a continuidade de ciclo de adoecimento entre as gerações.^{49,50}

Em relação ao estado civil das participantes (Tabelas 2 e 3), em ambos os grupos as parturientes relataram ser casadas ou conviver em união consensual (4,7% - HIV; 2,8% - Sífilis), variável respaldada pelas observações de Miranda et al (2009),³⁵ que envolvem parturientes em Vitória-ES, onde 77,6% das parturientes entrevistadas também eram casadas ou mantinham com seus parceiros união estável. As mulheres casadas ou de união consensual se tornam vulneráveis por acreditarem na fidelidade conjugal e raramente considerarem a possibilidade de infecção pelo seu parceiro, além do que elas não se assumem promíscuas.^{51,52,53} Segundo o último boletim da UNAIDS (2014),¹⁸ houve um aumento de 50,0% na possibilidade de mulheres que sofrem violência conjugal adquirirem HIV.

Quanto ao perfil comportamental, observou-se que as parturientes que apresentam alguma DST são mais vulneráveis a infecção por HIV e/ou Sífilis ($p = < 0,01$) (Tabelas 2 e 3). O papel das DST como fatores de risco centrais à infecção pelo HIV está hoje estabelecido de forma inequívoca.¹⁴ Segundo Rodrigues e Abath (2000),⁵⁴ algumas DST podem aumentar de duas a nove vezes o risco de transmissão do HIV, facilitando sua disseminação.

A maior liberdade sexual entre os jovens está relacionada com a ocorrência cada vez mais precoce da primeira relação sexual das mulheres brasileiras. Nestas parturientes, a coitarca ocorreu antes dos 18 anos (Tabelas 2 e 3), o que está de acordo com o estudo de Hugo et al (2011)⁵³ que realizaram um estudo de base populacional envolvendo jovens de 18 a 24 anos obtendo resultados semelhantes a este. Outro fator que contribui para isto é a falta de privacidade e confidencialidade dos jovens que buscam os órgãos de saúde para aconselhamento e prevenção, poucas são as unidades de atendimento que possuem esse tipo de abordagem,⁵⁵ negando-lhes assim oportunidade de orientação.

Ainda observa-se que as parturientes não fazem uso de contraceptivo ou usam eventualmente (5,0% - HIV; 3,5% - Sífilis) (Tabela 2 e 3). Muitas mulheres acreditam que a promiscuidade dos parceiros possa ser responsável pela sua contaminação e não alguma relação desprotegida.⁴⁴ Muitas ainda acreditam que cabe exclusivamente aos homens a responsabilidade e decisão sobre o uso do preservativo, onde muitas se submetem a escolha do parceiro. Tais dados assinalam a necessidade de ações que possam atender as necessidades dos diferentes grupos estimulando o respeito às suas individualidades⁵⁶.

No que se refere ao número de consultas do pré-natal, realizar adequadamente o pré-natal possibilita identificar riscos em tempo hábil para intervenção adequada.²³ A Portaria nº. 569/2000 do Ministério da Saúde garante o acesso e a realização de exames básicos necessários a um adequado acompanhamento, entre eles, a oferta de testagem anti-HIV e VDRL na primeira consulta pré-natal.²⁴

Neste estudo, 94,6% das gestantes que aderiram ao pré-natal, 64,5% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e destas 83,3% tiveram um número igual ou superior a quatro consultas. Sendo que das pacientes que possuem HIV, todas realizaram o pré-natal, iniciando no primeiro trimestre (57,2%) com mais de quatro consultas (90,5%). Enquanto que das parturientes que possuem Sífilis, apenas uma não realizou o pré-natal (Tabela 4).

Dados semelhantes foram encontrados por Pegoraro et al (2011),⁵⁷ em que 55,0% das parturientes de Tefé, no Amazonas, iniciaram o pré-natal até o quarto mês. São índices semelhantes aos encontrados em Vitória, cuja taxa de assistência pré-natal consiste em aproximadamente 95,0%, sendo que destas, 60,3% iniciaram suas consultas no primeiro trimestre gestacional.²⁷ No Brasil, a média de número de consultas do pré-natal por parto é de 5,45,⁵⁸ situação que condiz com o resultado encontrado neste estudo.

Foi observado, entretanto, que a maioria das entrevistadas relatou não ter recebido informações no pré-natal sobre as formas de contágio do vírus HIV(19) e Sífilis(6) por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento (Tabela 4). Tais orientações profiláticas não causariam nenhum ônus ao sistema de saúde, porém, com certeza traria muitos ganhos a saúde do binômio mãe-filho.

Esta realidade aponta para a necessidade de intensificação das ações socioeducativas a respeito da importância do início do pré-natal no primeiro trimestre como grande estratégia na detecção precoce do *status* imunológico da gestante, proporcionando tempo hábil para a profilaxia e tratamento, evitando ou minimizando os efeitos colaterais das doenças infecciosas da gravidez sobre o conceito em todo o período intra uterino²¹.

Entre as demais variáveis, o fator escolaridade, número de parceiros, uso de preservativos, uso de drogas ilícitas e o sexo oral não foram fatores preponderante para proteção da infecção pelo HIV e Sífilis neste estudo. Embora não tenha ocorrido tal correlação, é interessante comentar que a maioria das infectadas tem mais de 8 anos de estudo, não são usuárias de drogas, apresentam um a três parceiros sexuais e não usam ou usam eventualmente preservativos.

Costa et al (2011)⁵⁹ observaram que o comportamento sexual, social e ambiental está associado à vulnerabilidade de mulheres jovens e contribuem para a disseminação de DST nas áreas mais empobrecidas. Pires et al (2014)⁶⁰ ainda destacam que o baixo nível de escolaridade, somado com a baixa renda, são fatores que impossibilitam o acesso aos serviços de saúde, a utilização ou não de preservativos e a adesão ao pré-natal por falta de educação em saúde.

A elevada taxa desses agravos nesse grupo de mulheres acompanha os dados nacionais da feminização do HIV e o aumento da transmissibilidade heterossexual. O aumento da vulnerabilidade feminina à infecção por HIV e Sífilis submete todo o ambiente familiar, ao risco de transmissão desses agravos, e às discriminações sociais.⁴⁸ Mulheres que apresentam autonomia financeira, alto nível de escolaridade e boas condições de saúde contribuem positivamente na economia e educação das gerações futuras.⁶¹ O acesso dos homens aos exames diagnósticos e tratamento é menor que o das mulheres, tanto para HIV quanto para sífilis, o que aumenta a sua vulnerabilidade, adoecimento e consequentemente transmissão às suas parceiras.⁶²

Assim, apesar dos avanços em termos de tratamento e diagnóstico, ainda se faz necessário o conhecimento de outros fatores que possam contribuir para melhor controle das doenças em especial no que se refere a pobreza, opressão sexual, exclusão social e discriminação de gêneros.^{45, 60}

Com as transformações sociais que acontecem ao longo do tempo, faz-se cada vez mais necessário compreender o espaço físico e o espaço social onde as doenças se manifestam.¹⁷ O intenso processo de urbanização e modernização do ambiente com as mudanças sociais impostas por esse processo, fazem com que o homem gere novos espaços, buscando melhores condições de vida, e isso não significa que as alterações serão equilibradas.

O que pode se observar ao longo de todo esse processo é um uso inapropriado dos serviços em saúde relacionados à ecologia humana, o que pode afetar a eficiência no suporte ao bem-estar⁹. Entretanto, pode-se observar a falta que faz um pré-natal de qualidade onde a educação em saúde seja valorizada

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma elevada prevalência de HIV e Sífilis em parturientes no Estado do Pará, mesmo com políticas para o diagnóstico e o tratamento da infecção, mostrando que as ações não estão sendo suficientes para reverter a situação, e/ou este dado pode estar relacionado ao aumento na taxa de detecção, contudo ainda é necessário haver políticas em saúde, igualitária para toda a população.

Mulheres pobres, de união estável, com DST foram mais suscetíveis as infecções por HIV e Sífilis. Vale ressaltar que a doença não é vinculada ao pobre e sim na situação da pobreza que acarreta ao cidadão dificuldade aos acessos de serviço e informação em saúde, gerando vulnerabilidade social.

Mulheres afetadas com HIV e/ou Sífilis têm grandes probabilidades de transmitir tais infecções aos seus filhos quando não diagnosticadas e tratadas precocemente, favorecendo a transmissão e disseminação destas, além de gerar danos ao feto, como morte ou anomalias congênitas

As consultas do pré-natal se tornam peças chaves para diagnóstico de DST, em especial Sífilis e HIV, proporcionando melhores condições de vida para mãe e filho e contribuindo para o controle dessas infecções. Porém, pode-se inferir neste estudo que ocorrem falhas nesse serviço, podendo ser observadas na ação de orientação sobre os agravos estudados.

Por fim, este trabalho contribui para vigilância epidemiológica melhor identificar os fatores relacionados à prevalência de HIV e Sífilis em parturientes e assim melhor direcionar e implementar as medidas de prevenção e tratamento pactuadas nos programas oficiais do ministério da saúde.

As diferenças de comportamento de prevalência e transmissibilidade dos dois agravos observados entre as macrorregiões do país evidenciam a importância de melhor observar a dinâmica ecossistêmica do processo de adoecimento, onde os espaços e o modo de suas transformações e ocupação, com todas as conotações sociodemográficas inerentes a cada população, pode tanto manter, como controlar ou até agravar a relação entre o homem e os agentes infecciosos.

REFERÊNCIAS

1. Machado JMH, Gallo E, Setti AFF, Buss DF, Magalhães DP, Netto FAF, Buss PM. Sustentabilidade, desenvolvimento e saúde: desafios contemporâneos. *Saúde Debate - Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio +20*, 2012, 36 n°. espe:26-35.
2. Gallo E. Saúde, Desenvolvimento Sustentável e a Defesa da vida. *Saúde Debate - Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio +20*, 2012, 36 n°. espe:13-16,.
3. Valenzuela PM, Matus MS, Araya GI, Paris E. Environmental pediatrics: an emerging issue. *Jornal de Pediatria* 2011; 87(2),
4. Cezar-Vaz MR, Soares MCF, Martins SR, Sena J, Santos LR, Rubira LT, Costa VZ, Lucillo-Baisch AL. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. *Texto & Contexto-enfermagem*. 2005; 14(3):391-397.
5. Castro CE, Marques AR. Espaço, um conceito histórico: desdobramentos da evolução do pensamento, da escola alemã à década de 1950. *Outros Tempos* 2013; 2(2):81-87.
6. Grisotti M. Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15 Suppl. 1: 1095-1104.
7. Soares MCF, Valeda AA, Cezar-Vaz MR. The environment influences and human ecosystem interaction in planning and implementing practices in maternal and child health nursing. *Texto & Contexto-enfermagem* 2004; 13(3).
8. Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; 5(3).
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil: uma análise através de indicadores. *Série Saúde Ambiental* 4. Brasília, 2010
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Enfoques ecossistêmicos em saúde – perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina. *Série Saúde Ambiental* 2. Brasília, 2009.
11. Souza MF, Silva RM, Sousa AFG, Medeiros JO, Pereira ISL, Rebouças MJ, França JP. Saúde e Meio Ambiente: exposição interativa como situação de aprendizagem. *Extensão Sociedade* 2012; 1(5), ano3.
12. Weihs M, Mertens F. Os desafios da geração do conhecimento em saúde ambiental: uma perspectiva ecossistêmica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18 (5):1501-1510.
13. Madi JM, Souza Rda S, Araújo BF, Oliveira Filho PF, Rombaldi RL, Mitchell C, Lorencetti J, Marcon NO. Prevalence of toxoplasmosis, HIV, syphilis and rubella in a population of puerperal women using Whatman 903® filter paper. *Brazilian Journal Infectious Diseases*, Salvador 2010; 14(1):24-29.
14. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2000; 16 Suppl.1:65-76
15. Gonçalves MAS, Matos CCB, Spegiorin LCJF, Vaz-Oliani DC, Oliani AH, Mattos LC. Seropositivity rates for toxoplasmosis, rubella, syphilis, cytomegalovirus, hepatitis and HIV among pregnant women receiving care at a public health service, São Paulo state, Brazil. *Brazilian Journal Infectious Diseases*, Salvador 2010; 14(6):601-605.
16. Filho ACM, Sardinha JFJ, Ponte RL, Costa EP, Silva SS, Martinez-Espinosa FE. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2010; 32(4).
17. Faria RM, Bortolozzi A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da saúde no Brasil. *Revista RA'EGA* 2009; 17:31-41.
18. Unaid. Gap report. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014
19. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 3Ed. Brasília (DF), 2005.

20. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico – Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano I, nº 01, 2012
21. Menezes LSH, Palácios VRCM, Alcântara MSV, Bichara CNC. Prevalência da Infecção por HIV em Grávidas no Norte do Brasil. *DST: Jornal Brasileiro das Doenças Sexualmente Transmissíveis* 2012; 24 (4):167- 170.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno infantil do HIV e da Sífilis congênita. Resolução CD 50/15 EUA, 2010.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2 ed. Brasília, 2012.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de DST/AIDS. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2007
25. Ministério da Saúde (Brasil). Gestaçao de alto risco: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2010.
26. Ayres M, Ayres Jr. M, Ayres DL, Santos AAS. *BioEstat – Aplicação estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas*. Belém, Pará, Brasil, 2007.
27. Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. *Revista de Saúde Pública da USP* 2011; 45(4):644-651.
28. Nóbrega I, Dantas P, Rocha P, Rios I, Abraão M, Netto EM, Brites C. Syphilis and HIV-1 among parturient women in Salvador, Brazil: low prevalence of syphilis and high rate of loss to follow-up in HIV-infected women. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* Salvador 2013; 17(2): 184–193.
29. Sousa AM, Lyra A, Araújo CCF, Pontes JL, Freire RC, Pontes TL. A Política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. *Journal of Management and Primary Health Care* 2012; 3(1).
30. Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. A Epidemia de AIDS no Brasil e as Desigualdades Regionais e de Oferta e Serviço. *Cadernos de Saúde Pública* 2010; 26.
31. Chaves D, Bassani DCH, Ghignatti B, Derlan CB, Koepf J, Possuelo L. Sífilis congênita: análise de m hospital do interior do estado do RS. *Revista AMRIG* 2014; 58 (3):187-192.
32. Goiás (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Estado de Goiás: Boletim epidemiológico. Goiás, 2013
33. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico-AIDS e DST. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano II, nº1 até a sema epidemiológica 26ª - Dez, 2013.
34. Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(2):581-588.
35. Miranda AE, Filho ER, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, França LC, Dietze R. 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* 2009; 42(4):386-391.
36. Ribeiro AF, Veras MASM, Guerras MAT. Infecção por HIV e AIDS: epidemiologia. In: Veronesi – Focaccia. *Tratado de Infectologia*. 2 volumes. 4ªed. São Paulo. Ed. Atheneu, 2009, p.137-155
37. Vieira M, Padilha MI, Santos EK. A. Histórias de vida – Mãe e Filhos Soropositivos para o HIV. *Texto & Contexto-enfermagem* 2009; 18(1).

38. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto & Contexto-enfermagem* 2011; 20(3).
39. Cardoso ACD. A estrutura socioespacial da região metropolitana de Belém: de 1990 a 2000. *Novos Cadernos NAEA* 2006; 10(1):143-183.
40. Machado MDJ. Diferenciais intra-urbanos de saúde em Belém. [Tese de Doutorado]. Belém: Núcleo de Altos Estudos da Amazônia, Universidade Federal do Pará, 2001.
41. Soares JAS, Alencar LD, Cavalcante LPS, Alencar LD. Impactos da urbanização desordenada na saúde pública: leptospirose e infraestrutura urbana. *Polêmica – Questões Contemporâneas* 2014; 13(1).
42. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, departamento de análise de situação em saúde, Brasília, 2014
43. Stephan C, Henn CA, Donalisio MR. Expansão geográfica da epidemia da AIDS em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. *Revista de Saúde Pública* 2010; 44(5):812-819.
44. Lins CDM. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo Setentrional da Amazônia. Boa Vista [Dissertação de mestrado]: Mestrado profissional em Ciência da Saúde, Universidade Federal de Roraima 2014.
45. Paiva SS. Distribuição espacial e determinantes sociais de saúde na população com AIDS do Ceará. Fortaleza. [Tese de doutorado]: Doutorado em enfermagem Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2014.
46. Camargo BV, Bertoldo RB. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. *Estudos de Psicologia* 2006; 24(4): 369-370.
47. Boyle ME, Boguslaw J. Business, poverty and corporate citizenship: naming the issues and framing solutions. *Journal of Corporate Citizenship* 2007; 26:101-122.
48. Gari S, Doig-Acuña C, Smail T, Malungo JR, Martin-Hilber A, Mertens S. Access to HIV/AIDS care: a systematic review of socio-cultural determinants in low and high income countries. *BMC Health Services Research* 2013; 13:198.
49. Fiuza MLT. Níveis de adesão de espiritualidade, adesão e qualidade de vida de pessoas vivendo com aids em uso de antirretrovirais. Fortaleza. [Dissertação de mestrado]: Mestrado em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará 2012.
50. Harris J, Pillinger M, Fromstein D, Gomez B, Garris I, Kanetsky PA, Tebas P, Gross R. Risk factors for medication non-adherence in an infected population in the Dominican Republic. *AIDS Behav* 2011; 15(7):1410-1415.
51. Fonte VRF, Spindola T, Martins ERC, Francisco MTR, Clos AC, Pinto RC. Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS. *Revista de Enferm,UERJ* 2012; 20(4).
52. Ribeiro KCS, Silva J, Saldanha AA. W. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. *DST: Jornal Brasileiro das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2011; 23:84-9
53. Hugo TODO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC, Pinheiro RT, Silva R, Souza LDM. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27(11): 2207-2214.
54. Rodrigues EHG, Abath FGC. Doenças sexualmente transmissíveis em pacientes infectados com HIV/AIDS no Estado de Pernambuco, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2000; 33(1):47-52.
55. Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues AO, Bortolotti LR, Amorim E. A epidemia de AIDS em adolescentes de 1 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço – temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* .2011; 44(4):467-470.

56. Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nobrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012; 46(2).
57. Pegoraro VA, Fuza RL, Ferreira MAC. Avaliação do pré-natal das parturientes do Hospital Regional da cidade de Tefé-AM. *Rev. Eletron. G&S*, 2011; 2(2):438-54.
58. Ministério da Saúde (Brasil). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2005
59. Costa COM, Santos BC, Souza KEP, Cruz NLA, Santana MC, Nascimento OC. HIV/AIDS e Sífilis entre gestantes adolescentes adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIVAIDS na rede pública de saúde/SUS, Bahia, Brasil. *Revista Baiana Saúde Pública* 2011; 35 suppl: 179-195.
60. Pires ACS, Oliveira DC, Rocha GMNM. Santos, A. S. Ocorrência de Sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade – Revisão de literatura. *Revista Uningá Reviv.* 2014; 19(1):58-64.
61. Ministério da Saúde (Brasil). Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da república – Ministério da Saúde, 2009.
62. Marques Junior JS, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(2):511-520.

3. CONCLUSÃO GERAL

Este estudo foi realizado na maior maternidade pública do norte do Brasil, onde são atendidas principalmente grávidas de risco. Com este perfil de pacientes, esperavam-se dados de um pré-natal mais completo e com maior atenção às informações sobre prevenção dos agravos infecciosos, o que não foi observado.

O período gestacional é um momento de vulnerabilidade para mãe e em especial para seu filho, suscetível aos riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais. Este estudo mostra que possuir DST é um fator predisponente para ter HIV e/ou Sífilis. Nesse contexto, observou-se ainda uma elevada taxa de incidência de HIV e Sífilis na população mais pobre, indicando que há uma desigualdade no que se refere a assistência à saúde materno-infantil, exigindo maiores esforços para que haja melhor qualidade de vida para mãe e filho, e por extensão à comunidade que eles estão inseridos.

Ao se prevenir a transmissão destes agravos de transmissão vertical, além de contribuir para o bem estar de mãe e filho, também contribuirá para redução dos custos gerados pelo tratamento e atendimento desses casos. Desse modo, o pré-natal precisa ser reavaliado, sobretudo com a valorização das políticas públicas na atenção à saúde da mulher, no que se refere à equipe de saúde que deve se aprimorar quanto às ações educativas e ao aconselhamento, utilizando-se de uma linguagem e ferramentas de fácil compreensão às grávidas, assim como as unidades de saúde devem assegurar a realização dos exames sorológicos ainda no primeiro trimestre da gravidez.

ANEXO1

Normas dos Cadernos de Saúde Pública

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).

1.7 Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.8 Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo,

respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema 0, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

APÊNDICE 1

PROTOCOLO DE PESQUISA PROJETO: SOROPREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV NAS PARTURIENTES EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA, BELÉM-PA.

Nº do Prontuário: _____ Nº Leito: _____ Enfermaria: _____

Data da internação:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Encaminhamento do serviço de saúde:

Nome:

Natural de:

Local de Residência:

Telefone:

Tempo de Moradia:

PARTE I - FATORES SOCIOECONÔMICOS:

DN: ____/____/____

Idade:

Estado civil: () solteira () Casada () separada () viúva () união consensual

Escolaridade: () EFC () EFI () EMC () EMI () ESC () ESI

Grupo étnico: () Branco () Negro () Pardo () Índio

Religião:

Ocupação: () estudante () doméstica () do lar () outros. Renda familiar (salário):

() menos de 1 () 1-3 () 4-6 () >6

É chefe de família () É arrimo de família

Idade da primeira relação sexual: _____ anos. Menarca: () > 18anos () < 18anos

Uso de drogas ilícitas, () sim () não Quais?

Tempo do uso:

Número de parceiros () Parceiro único () 1 a 3 parceiros () mais de 3.

Uso de preservativos () Sim () Não () Sempre () Eventual

Prática de sexo oral: () sim () não

Realização de PCCU: () nunca fez () anual () faz regularmente

Resultado, se alterado: _____

Antecedentes de DST: () Não () Sim. Qual (is) _____

Teve facilidade para chegar ao serviço de saúde? () Sim () Não.

() Não tem no local onde mora () É distante () Não há médicos/Enfermeiros () Desconhece

Algum comentário:

PARTE II - FATORES RELACIONADOS AO PRÉ-NATAL:

G _____ P _____ A _____ (G1, G2, G3,) DUM:

() Parto cirúrgico () Parto normal Semanas de gravidez no momento do parto :

1. Aderiu ao pré-natal? () Sim. Em que mês de gestação? () Não / Porque?

2. Vacinas: () rubéola () tétano () Hepatite B () H1N1 () febre amarela () outras

3. Quantas consultas pré-natal ? () Menos de 4 () Até 4 () 5 a 7 () Mais de 7

Consultas realizadas por Médico? _____ () consultas

Consultas realizadas por Enfermeira? _____ () consultas

Consulta com outros profissionais? () sim () não Quais? _____

Como você avaliou sua assistência no pré-natal () Ótima () Boa () Ruim () Péssima

4. Complicações na gestação: () não () sim. Se sim, quais as complicações?

5. Natimorto: () sim () não Quantos?
6. Filhos com anomalias congênitas: () sim () não Quais?
7. Recebeu orientações sobre doenças infecciosas na gravidez? () não () sim. Quais ?:
8. Através de: () Palestra () Panfletos () Orientação médica () Orientação de enfermagem () outros
9. Realizou sorologia? () Sim () Não
- Quais? () Toxoplasmose () Rubéola () Citomegalovirus () Hepatite B () Sífilis
- HIV: () Positivo () Negativo () Não realizou () Não sabe

10. Sobre o exame anti-HIV

- Teve aconselhamento antes da coleta do exame: sim () não ()
- Teve aconselhamento após o resultado do exame: sim () não ()
- Resultado do exame foi informado pelo: Médico () Enfermeiro () Psicólogo () Assistente social () Outros ()
- Idade gestacional (em semanas) em que realizou o ant-HIV:
- Razão de não realizar o exame anti-HIV no pré- natal: não quis fazer () não foi solicitado () falta de recursos na UBS () Outros ()

| Exame | Data | IgM | IgG | Obs. |
|-------|------|-----|-----|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

11. Adoeceu na gravidez (febre, gânglios, resfriado)? () Não () Não lembra () Sim
- Se sim, em que mês/trimestre da gravidez? () Primeiro () Segundo () Terceiro () Não sabe
- Quantas vezes? () 1 vez () 2 vezes ou mais
- Qual a doença? () Não sabe () Não investigou () Foi a doença
- Obs. Colocar resultado de exames realizados:
12. Foi realizado tratamento? () Não () Sim. Assinalar: Toxoplasmose, Sífilis, HIV, Outra
13. Qual esquema terapêutico realizado (medicação, dose, tempo)?
14. Finalizou tratamento? () Sim () Não Porque?
15. Realizou ultrassonografia no pré-natal? () Não () Sim
- Quantas? () Trimestres? () Anormalidades? () Não () Sim. Qual? _____
16. Realizou outro exame (punção de líquido. amniótico, p. exemplo? () Não () Sim. Resultado: _____

17. Exames da triagem

- DETERMINE () POSITIVO () NEGATIVO
- VDRL () REATOR () NÃO REATOR

18. Dados da carteira da gestante

- () Trouxe a carteira () Não trouxe a carteira () Carteira completa () Carteira incompleta
- Observações:

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Soroprevalência da Infecção por HIV nas parturientes em maternidade de referência, Belém-PA”

Você está sendo convidada para participar da referida pesquisa, que tem como objetivos de verificar se as grávidas que vieram parir na Santa Casa, apresentam sorologia para o HIV e o risco de transmissão vertical ao seu bebê.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas sobre fatores relacionados ao pré-natal, à situação sócio-econômica e sorologia anti HIV. Em algumas situações, sob seu consentimento e possível interesse, após tomar conhecimento desta doença, poderá ser necessário coletar seu sangue e de seu recém-nascido, para o diagnóstico sorológico do HIV, sobretudo se estes não tiverem sido realizados na gravidez.

A importância deste estudo está relacionada com a transmissão desta doença, que pode causar danos irreversíveis a criança, se a mãe não for diagnosticada e tratada. Ressalta-se que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem lhe trazer danos ou quaisquer outros prejuízos, inclusive financeiro, moral ou à sua saúde, nem deixar de ser atendida nesta maternidade.

Os benefícios relacionados com a pesquisa referem-se a um possível conhecimento dos riscos em desenvolver a HIV congênita, e tem como finalidade de melhorar o controle, diagnóstico e tratamento do HIV de transmissão vertical e assim evitar que mães e bebês tenham problemas e até morte prematura, se não for diagnosticada precocemente.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço residencial do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome: Profa. M.Sc. Labibe do Socorro Haber de Menezes

Endereço: Av. Marquês de Herval nº 254 apto 601, Ed. Rio Lena - Pedreira

Telefone para contato: (91) 88582512

E-Mail: labibemenezes@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido 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 informações.

Belém, _____

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável:

APÊNDICE 3**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. **Protocolo:** Nº 010/2011-CEP/NMT
2. **Projeto de Pesquisa:** SOROPREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VIRÚS HIV NAS PARTURIENTES EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA, BELÉM-PA
3. **Pesquisador Responsável:** Labibe do Socorro Haber de Menezes.
4. **Instituição / Unidade:**UFPA.
5. **Data de Entrada:**15/03/2011.
6. **Data do Parecer:** 06/04/2011.

PARECER

O Comitê de Ética em Pesquisa do NMT/UFPA apreciou o protocolo em tela durante a reunião realizada no dia 06/04/2011. Considerando que foram atendidas as exigências da Resolução 196/96-CNS/MS, manifestou-se pela aprovação do parecer do relator.

Parecer: **APROVADO**

Belém, 06 de abril de 2011.

Prof.ª Dr.ª Hellen Thais Fuzii
Coordenadora do CEP-NMT/UFPA.

Hellen Thais Fuzli
Coordenadora do Comitê de Ética



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Naturais e Tecnologia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais – Mestrado
Tv. Enéas Pinheiro, 2626, Marco, Belém-PA, CEP: 66095-100
www.uepa.br/paginas/pcambientais

