

Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil

Evaluation of prenatal care for syphilis and HIV detection in pregnant women attended in a rural area of Pará State, Brazil

Eliete da Cunha Araújo¹, Paula Carolina Brabo Monte¹, Aranda Nazaré Costa de Almeida Haber¹

¹ Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a assistência pré-natal prestada, em relação à sífilis e à infecção pelo HIV, às gestantes atendidas em uma Estratégia Saúde da Família de Ananindeua, estado do Pará, Brasil, em 2015, verificando o perfil das mesmas e a prevalência dessas doenças. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e transversal, realizado por meio de análise dos prontuários de 41 gestantes que terminaram o pré-natal no ano de 2015. **RESULTADOS:** As gestantes tinham, em sua maioria, entre 20 e 29 anos de idade (56,10%), eram casadas (78,05%), sem renda própria (92,68%), possuíam o ensino fundamental completo (43,90%), história de partos anteriores (65,85%) e realizaram seis ou mais consultas no pré-natal (73,17%). A maior parte delas realizou, no mínimo, um exame de rastreio para sífilis (97,56%) e HIV (95,12%) durante o pré-natal. Das que realizaram os exames, apenas 31,71% repetiram no primeiro e terceiro trimestre gestacional os exames para sífilis e 29,27% repetiram os exames para HIV, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Nenhum caso de sífilis foi identificado e foi encontrada prevalência de infecção pelo HIV de 2,44%. **CONCLUSÃO:** Fatores como baixa escolaridade, falta de trabalho remunerado e multiparidade mostraram-se relevantes. A baixa adesão aos segundos exames de sífilis e de HIV durante a gestação é preocupante, pois, além de identificar falhas no pré-natal, pode sugerir um aumento na prevalência de infecção pelo HIV na região. É imprescindível melhorar a qualidade do pré-natal no que tange a realização desses exames, visando à prevenção da transmissão vertical dessas doenças.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Sífilis; HIV.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To evaluate the prenatal care provided for syphilis and HIV infection to pregnant women attending a Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família*) in Ananindeua, Pará State, Brazil, in 2015, verifying their profile and the prevalence of these diseases. **MATERIALS AND METHODS:** A retrospective, observational, and cross-sectional study was conducted with medical records of 41 pregnant women who completed prenatal care in 2015. **RESULTS:** The majority of the pregnant women were between 20–29 years age (56.10%), married (78.05%), with no income (92.68%), and had complete primary education (43.90%), with history of previous births (65.85%) and six or more prenatal consultations (73.17%). Most of them performed at least one screening test for syphilis (97.56%) and HIV (95.12%) during prenatal care. Of those who performed the tests, only 31.71% repeated the exams for syphilis in the first and third trimester, and 29.27% repeated the tests for HIV, as recommended by the Brazilian Ministry of Health. No cases of syphilis were identified and the prevalence of HIV infection was 2.44%. **CONCLUSION:** Factors such as low schooling, lack of paid work and multiparity were relevant. Low adherence to second syphilis and HIV tests during pregnancy is worrisome because identifies prenatal failures and may suggest an increase in the prevalence of HIV infection in the region. It is imperative to improve the quality of prenatal care for syphilis and HIV infection tests, in order to prevent the vertical transmission of these diseases.

Keywords: Prenatal Care; Syphilis; HIV.

Correspondência / Correspondence:

Eliete da Cunha Araújo

Av. Generalíssimo Deodoro, 01. Bairro: Umarizal – CEP: 66050-160 – Belém, Pará, Brasil – Tel.: +55 (91) 3201-6808

E-mail: elieteca@ufpa.br

INTRODUÇÃO

A detecção de gestantes com HIV no Brasil vem aumentando nos últimos 10 anos; de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) de 2017, houve um incremento de 28,6% na taxa de detecção de HIV, a qual saltou de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos em 2006 para 2,7 casos/1.000 nascidos vivos em 2015. As Regiões Norte e Nordeste tiveram os maiores aumentos; ambas apresentaram taxa de 1,2 em 2006, passando para 2,9 e 2,0 casos/1.000 nascidos vivos em 2015, respectivamente¹.

De 2007 a 2016, foram notificados 136.945 casos de pessoas infectadas pelo HIV no Brasil¹. Desde 2009, existem dados do MS mostrando que a incidência desse vírus, nas Regiões Norte e Nordeste, tende ao crescimento, enquanto que, nas outras regiões brasileiras, tende à estabilização². Um estudo, realizado em uma maternidade pública de referência da Região Norte, encontrou uma elevada prevalência (1,87%) e incidência (0,40%) de HIV entre as gestantes no período de 2004 a 2010³. A epidemia da infecção pelo HIV tem atingido camadas mais pobres da sociedade, sendo comum encontrar, entre as gestantes portadoras do vírus, precárias condições de moradia, baixa escolaridade e atividades profissionais restritas⁴.

A não detecção do HIV no pré-natal é uma oportunidade perdida de intervenção na grávida portadora do vírus, reduzindo as possibilidades de diminuição da incidência de transmissão vertical. Grande parte das gestantes não tem acesso a exames anti-HIV durante o pré-natal, seja pela sua condição social ou por falhas no Sistema Único de Saúde⁵. Rodrigues et al.⁶ encontraram alta prevalência (6,60%) de transmissão vertical do HIV em um serviço de referência materno-infantil em Maceió, estado de Alagoas, e alertaram para a perda de oportunidade de profilaxia nas crianças infectadas, confirmando a urgência para o aumento da oferta de exames anti-HIV para gestantes e supervisão das ações durante e após o parto.

No Brasil, em 2007, estimava-se que 3,5% das gestantes eram portadoras de sífilis, havendo um risco de transmissão vertical do *Treponema* em torno de 50 a 80% e taxas de mortalidade perinatal de até 40%⁷. Em 2010, do total de casos notificados de sífilis em gestantes no país, 14% eram provenientes da Região Norte⁸. Em uma maternidade de referência, nessa Região, foram registrados 754 casos de sífilis congênita no período de 2004 a 2013, dos quais 19 bebês evoluíram para óbito⁹.

A sífilis congênita é uma doença grave, podendo provocar mortes e sequelas importantes nos infantes; mas se insere no quadro de doença perinatal evitável. Apesar de possuir meios de rastreamento de fácil acesso e execução, tratamento acessível e economicamente viável, ainda não há controle adequado dessa doença. Entre os fatores de risco que contribuem para a prevalência de sífilis congênita, destacam-se o baixo nível socioeconômico, a baixa

escolaridade, a promiscuidade sexual e, sobretudo, a falta de adequada assistência pré-natal. A não detecção dessa doença no pré-natal representa um problema de saúde pública que merece maior atenção em nosso meio¹⁰.

Segundo o MS¹¹, devem ser realizados, em todas as gestantes, durante a primeira consulta pré-natal, o teste rápido diagnóstico anti-HIV e/ou a sorologia anti-HIV, sendo repetidos no terceiro trimestre gestacional. Em caso de positividade, deve-se realizar o aconselhamento pós-teste e encaminhamento da gestante para o seguimento do pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/aids de referência. Em relação à sífilis, o MS recomenda a realização de exames (teste rápido para a triagem da sífilis e/ou Veneral Disease Research Laboratory – VDRL) logo na primeira consulta pré-natal (ou no primeiro trimestre), no terceiro trimestre e no parto. Diante dos casos positivos para sífilis em gestantes, o MS preconiza tratamento da gestante e do parceiro com penicilina benzatina, além da realização de exame mensal para controle de cura.

Grande parte das mulheres portadoras do HIV é identificada no momento da gravidez ou do parto. Observa-se que entre 38 e 48% dessas mulheres chegam às maternidades sem realizar sorologias importantes, como para sífilis e para HIV, necessitando da realização de testes rápidos para que as ações preventivas de transmissão vertical sejam executadas⁴.

A realização de sorologias e testes rápidos para sífilis e HIV, durante o pré-natal, mostra-se um fator decisivo para o diagnóstico e o tratamento precoces da gestante e para a adoção de medidas de intervenção que impactem na redução da transmissão vertical das doenças. Diante do exposto, a presente pesquisa teve por objetivo avaliar a assistência pré-natal prestada, em relação à sífilis e à infecção pelo HIV, à grávidas atendidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) Curuçambá Rural, em Ananindeua, estado do Pará, em 2015, verificando o perfil das mesmas e a prevalência dessas doenças.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CAAE 57218016.9.0000.0018 e parecer de aprovação nº 059663/2016 em 5 de julho de 2016).

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e transversal, realizado por meio de análise dos prontuários dos sujeitos da pesquisa. Participaram da pesquisa todas as gestantes acompanhadas na ESF Curuçambá Rural que concluíram o pré-natal de janeiro a dezembro de 2015.

Dados foram coletados dos prontuários das gestantes atendidas pelo programa pré-natal da ESF Curuçambá Rural no ano de 2015. Foram verificados a realização dos exames (testes rápidos e sorologias) para HIV e sífilis em cada participante, bem como

o período gestacional em que esses exames foram realizados. Os exames foram analisados conforme o trimestre gestacional em que se encontrava a gestante, considerando-se o primeiro trimestre de gravidez até a 12ª semana, o segundo trimestre da 13ª semana até a 28ª semana e o terceiro trimestre da 29ª semana até a 42ª semana gestacional¹².

Os exames para sífilis analisados foram o teste rápido treponêmico (Alere Determine™ Syphilis TP, Alere S.A., Galway, Irlanda) e o teste não treponêmico VDRL (Laborclin, Pinhais, Brasil). Os exames para rastreamento de infecção pelo HIV analisados foram o teste rápido para HIV (HIV TEST BIOEASY, Alere S.A., Galway, Irlanda) e o ELISA (HIV-1 MicroELISA, Organon Teknika Corporation, Boxtel, Holanda).

As informações coletadas foram anotadas em um protocolo de pesquisa, incluindo-se dados sociodemográficos (idade, estado civil e escolaridade) e obstétricos (número de gestações, paridade, abortos, realização de exames pré-natais e resultados desses exames).

As faixas etárias foram estratificadas, de acordo com a classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e publicada no relatório de Indicadores Sociodemográficos e de Saúde do Brasil, em 2009, baseando-se na idade fértil feminina, em: 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34 e 35 a 49 anos¹³.

Como critérios de inclusão, foram consideradas as pacientes gestantes, atendidas na ESF Curuçambá Rural, independente do número de gestações anteriores, que concluíram o pré-natal no ano de 2015; e excluídas as pacientes não grávidas ou gestantes, que não concluíram o pré-natal no ano de

2015, e as grávidas que sofreram abortamento no período estudado.

O estudo estatístico foi descritivo com percentuais, sendo utilizado o programa BioEstat v5.3.

RESULTADOS

Foram selecionados e analisados os prontuários de 41 gestantes, das quais 56,10% (23/41) tinham entre 20 e 29 anos de idade, 78,05% (32/41) eram casadas, 43,90% (18/41) informaram ter apenas o ensino fundamental completo e 92,68% (38/41) não possuíam renda própria (Tabela 1).

Incluindo-se as consultas médicas e de enfermagem, 73,17% (30/41) das gestantes tiveram mais de seis consultas durante o pré-natal. A maioria apresentava histórico de até duas gestações (39,02; 16/41) e de um a dois partos anteriores (51,22; 21/41), sendo que 17,07% (7/41) tinham história de abortamento (Tabela 2). As 14 nulíparas foram compostas por 12 primigestas e duas secundigestas, com história de um aborto anterior.

A maioria das gestantes realizou algum exame de rastreamento para sífilis (97,56%; 40/41) e HIV (95,12%; 39/41) durante o pré-natal. A maior parte dos exames foi realizada no primeiro trimestre gestacional, sendo que 26,83% (11/41) dos exames para sífilis e 29,27% (12/41) dos exames para HIV também foram repetidos no terceiro trimestre gestacional. Observou-se que 2,44% (1/41) e 4,88% (2/41) da amostra estudada não realizaram exames de rastreamento para sífilis e HIV, respectivamente, ao longo do pré-natal (Tabela 3).

Dentre as 41 gestantes estudadas, houve um caso de exame positivo para HIV e nenhum para sífilis.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de gestantes atendidas na ESF Curuçambá Rural, Ananindeua, estado do Pará, Brasil, em 2015

Variáveis	N = 41	%	IC95%
Faixa etária (anos)			
18–19	8	19,51	7,2–32,1
20–24	11	26,83	14,2–42,9
25–29	12	29,27	18,1–48,1
30–34	4	9,76	2,7–23,1
35–49	6	14,63	5,6–29,2
Média ± DP	26	± 6,16	24–28
Estado civil			
Solteira	9	21,95	8,80–34,90
Casada	32	78,05	65,10–91,20
Escolaridade			
Fundamental incompleto	10	24,39	30,7–62,6
Fundamental completo	18	43,90	10,6–37,6
Médio completo	11	26,83	14,2–42,9
Superior incompleto	2	4,88	0,6–16,5
Ocupação			
Sem renda	38	92,68	80,1–98,5
Com renda	3	7,32	1,5–19,9

DP: Desvio padrão.

Tabela 2 – Dados obstétricos de gestantes atendidas na ESF Curuçambá Rural, Ananindeua, estado do Pará, Brasil, em 2015

História obstétrica	N = 41	%	IC95%
Número de consultas pré-natais			
< 3	1	2,44	0,1–12,9
3–5	10	24,39	11,2–37,5
> 6	30	73,17	57,1–85,8
Número de gestações			
1	12	29,27	16,1–45,5
2	16	39,02	24,2–55,5
≥ 3	13	31,71	18,1–48,1
Média ± DP	2	± 1	1,68–2,31
Número de partos			
Nulíparas	14	34,15	20,1–50,6
1–2	21	51,22	35,1–67,1
≥ 3	6	14,63	5,6–29,2
Média ± DP	1	± 1	0,68–1,31
Número de abortos			
Nenhum	34	82,93	67,9–92,8
1–2	7	17,07	7,2–32,1
Média ± DP	0,2	± 0,6	0,01–0,38

DP: Desvio padrão.

Tabela 3 – Realização de exames para sífilis e HIV, por trimestre gestacional, em mulheres atendidas na ESF Curuçambá Rural, Ananindeua, estado do Pará, Brasil, em 2015

Rastreamento	N = 41	%
Sífilis		
Exclusivamente no 1º trimestre	11	26,83
Exclusivamente no 2º trimestre	5	12,19
Exclusivamente no 3º trimestre	8	19,51
1º e 3º trimestres	11	26,83
1º e 2º trimestres	1	2,44
2º e 3º trimestres	2	4,88
1º, 2º e 3º trimestres	2	4,88
Não realizou o exame	1	2,44
HIV		
Exclusivamente no 1º trimestre	10	24,39
Exclusivamente no 2º trimestre	5	12,19
Exclusivamente no 3º trimestre	8	19,51
1º e 3º trimestres	12	29,27
2º e 3º trimestres	4	9,76
Não realizou o exame	2	4,88

DISCUSSÃO

Em relação à faixa etária predominante, os resultados deste estudo foram semelhantes ao encontrado por Domingues et al.¹⁴ em um coorte hospitalar, realizado de 2011 a 2012, no Brasil, no qual as gestantes apresentaram média de idade de

25,7 anos. Segundo o MS, em 2017, as gestantes que possuíam entre 20 e 24 anos de idade eram as mais infectadas com HIV no Brasil, sendo que, de 1980 a 2016, a maior concentração de casos de aids no país estava na faixa de 25 a 39 anos para ambos os sexos¹.

Foi possível observar, nos estudos de Tabisz et al.¹⁰, que 3,30% das gestantes tinham ensino superior completo, o que não foi realidade no presente estudo. Todavia, os achados deste estudo corroboram os de Araújo et al.¹⁵, tendo em vista que houve predomínio de gestantes com o ensino fundamental e ausência de analfabetismo entre as mesmas. A presença de jovens em idade fértil e com baixos níveis educacionais também foram características encontradas no estudo de Rodrigues et al.⁶. Esse achado é relevante por evidenciar um perfil de vulnerabilidade na população estudada, pois, de acordo com Acosta et al.¹⁶, existe forte associação entre baixa escolaridade e monoinfecção por HIV e coinfecção sífilis e HIV.

Quando analisada a ocupação, 92,68% das gestantes não tinham renda própria e apenas 7,32% realizavam alguma atividade remunerada. Esses achados concordam com a realidade encontrada por Menezes et al.³ em uma maternidade de referência de Belém, em que a maioria (68,2%) das gestantes exerciam atividades apenas no lar. A baixa frequência de atividades remuneradas entre as gestantes impacta negativamente na renda familiar; nesse sentido, o MS¹⁷ refere que baixa escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis são fatores de risco prevalentes entre gestantes portadoras de sífilis e de HIV.

Foi observado que 78,05% das gestantes eram casadas, dado esse que discorda do encontrado em Menezes et al.³, em que 89,0% eram solteiras. Entretanto, essa discordância pode ter ocorrido porque, nesta pesquisa, consideraram-se como casadas também as mulheres que conviviam com seus parceiros em união estável. Outros estudos têm evidenciado o aumento de casos de doenças sexualmente transmissíveis em uniões ditas estáveis. Pereira et al.¹⁸, em 2014, encontraram forte associação entre estar casada ou em união estável com soropositividade.

O MS preconiza um mínimo de seis consultas durante o pré-natal. Esse quantitativo foi observado em 73,17% das gestantes, percentual ligeiramente superior ao encontrado por Leitão et al.¹⁹, que registraram 68,3% das gestantes com até cinco consultas. Segundo Souza Júnior et al.²⁰, o percentual de gestantes, nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil, que receberam seis ou mais atendimentos durante o pré-natal, não chegou a 40%, como o preconizado pelo Programa de Saúde da Mulher do MS. De acordo com Domingues et al.¹⁴, o Brasil apresenta alta cobertura do pré-natal com pelo menos uma consulta, alcançando níveis superiores a 90%, independentemente da região geográfica ou características das mães. No entanto, a ausência de pré-natal e a realização de pré-natal com menos de seis consultas foram fatores associados com diagnóstico tardio de HIV e coinfeção sífilis e HIV nos estudos de Acosta et al.¹⁶.

Em relação à história obstétrica, 29,27% das pacientes eram primigestas, 65,85% tinham história de partos anteriores e 17,07% tinham história de abortamento. Esses achados foram semelhantes aos do estudo de Leitão et al.¹⁹, que encontraram, dentre as grávidas estudadas, 36,3% primigestas e 63,7% com história de uma ou mais gestações, sendo que 22,7% das gestantes tinham antecedente de abortamento. É relevante observar o alto índice de abortamento (17,07%) entre as estudadas, pois existe uma importante relação entre doenças sexualmente transmissíveis e abortamento, especialmente em relação à sífilis. Nesse sentido, Rodrigues e Guimarães²¹ alertaram que 40% das mulheres com sífilis não tratadas na gravidez podem evoluir para perda fetal, abortamento espontâneo, prematuridade e danos à saúde do bebê. Todavia, este estudo não diferenciou abortos espontâneos de abortos induzidos, o que inviabilizou a relação desse dado com as doenças estudadas.

Este estudo identificou a realização de exames de rastreio para sífilis em 97,56% (40/41) das gestantes, dado superior ao encontrado por Domingues et al.¹⁴, que encontraram coberturas menores (79,5%) nas residentes da Região Norte quando comparadas as outras Regiões brasileiras. A maioria das gestantes realizou esses exames, pela primeira vez, no primeiro trimestre gestacional (60,98%) e apenas 31,71% os repetiram no terceiro trimestre. Portanto, 68,29% delas não realizaram os exames como preconizado pelo MS, o que possibilitaria o diagnóstico e a devida

intervenção para a prevenção da transmissão vertical. Esses achados corroboram os estudos de Leitão et al.¹⁹, no qual 7,3% das gestantes realizaram o exame para detecção de sífilis, pela primeira vez, no primeiro trimestre gestacional, 27,3% delas repetiram os exames, como preconizado pelo MS, e 72,7% delas não realizaram os exames no período recomendado. Segundo Domingues et al.¹⁴, na Região Norte, a realização da primeira sorologia para sífilis apresenta proporção elevada, enquanto que a realização do segundo exame ocorre em menos de 30% das grávidas.

Em relação ao rastreio de HIV, 95,12% das gestantes realizaram pelo menos um exame durante o pré-natal e 29,27% delas repetiram os exames, conforme preconiza o MS. Esses achados estão de acordo com a realidade brasileira encontrada em um amplo estudo sobre testagem pré-natal para HIV, no qual Domingues et al.²² evidenciaram que, em todas as regiões brasileiras, existe alta adesão à realização do primeiro teste sorológico para esse vírus (> 80%) e baixa adesão à realização da segunda testagem (< 30%). Nesse sentido, este estudo evidenciou problemas na implementação da recomendação do MS da segunda testagem para sífilis e HIV no pré-natal da ESF estudada.

No estudo de Souza Júnior et al.²⁰, a cobertura efetiva de sorologia para o HIV na gestação foi estimada em 52%, sendo que apenas 27% das mulheres estudadas atenderam às recomendações do MS (mínimo de seis consultas, começo do cuidado pré-natal no primeiro trimestre, solicitação de exame de HIV e conhecimento do resultado antes do parto), sendo que essa proporção variou de 10% (Região Norte) a 42% (Região Sul).

Estimativas do MS, em 2010, sugeriam que 0,4% das gestantes brasileiras eram portadoras do HIV, percentual que poderia oscilar levemente de acordo com a região em foco²³. No presente estudo, encontrou-se 2,44% de positividade para a presença de HIV. Esse dado foi semelhante aos achados de Botelho et al.²⁴, que encontraram 2,28% de positividade no exame anti-HIV em grávidas atendidas pelo Programa Estadual de Proteção à Gestante do estado do Mato Grosso do Sul. A alta prevalência de infecção pelo HIV encontrada chama a atenção, pois, além da amostra ser pequena, cerca de 60% das gestantes estudadas não realizaram o segundo teste, o que poderia aumentar consideravelmente esse percentual.

O acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento adequado da sífilis nas gestantes são momentos fundamentais para a prevenção da sífilis congênita²⁵. Estima-se que, no Brasil, a prevalência de sífilis gestacional oscile entre 1,40% e 2,80%, com uma taxa de transmissão materno-infantil próxima a 25%²⁶. Em 2010, foram notificados 10.084 casos de sífilis em gestantes, sendo 14% da Região Norte²⁴. Domingues et al.¹⁴ encontraram uma prevalência de sífilis na gestação de 1,02%, discordando deste estudo, em que não foram encontrados casos de sífilis entre as gestantes estudadas. Considerando que a sífilis é quatro vezes

mais prevalente que o HIV, evidencia-se a prevalência zero encontrada. No entanto, deve-se considerar que cerca de 60% das gestantes não realizaram o segundo exame diagnóstico, o que pode explicar a não detecção da infecção na amostra estudada. Tal achado é preocupante, por representar um fator que contribui para a ocultação de casos que poderiam ser tratados e, assim, diminuir a incidência de sífilis congênita. O fato da sífilis na gestante ser silenciosa, com pouco ou nenhum sintoma, confere a falsa impressão de saúde, enfatizando a relevância dos testes diagnósticos que possibilitam o diagnóstico e o tratamento da gestante e de seu conceito.

CONCLUSÃO

O perfil predominante entre as estudadas foi de gestantes jovens, com baixos níveis de escolaridade, em uniões estáveis, sem trabalho remunerado e multíparas. Apesar de nenhum caso de sífilis ter sido identificado, encontrou-se uma alta prevalência de infecção pelo HIV (2,44%). O segundo exame para rastreio das duas doenças não foi realizado pela maioria das gestantes, evidenciando uma baixa adesão à recomendação do MS no cuidado pré-natal.

Os dados relatados são preocupantes, pois além de identificar falhas no pré-natal, podem sugerir um aumento na prevalência da infecção pelo HIV na região. É imprescindível melhorar a qualidade do pré-natal no que tange a realização desses exames, visando à prevenção da transmissão vertical das duas doenças.

APOIO FINANCEIRO

Esta pesquisa foi realizada com recursos próprios dos autores.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse em relação à pesquisa.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram com a idealização do estudo, a análise e a interpretação dos dados e com a redação do manuscrito, aprovando a versão final publicada. Declaram-se responsáveis pelo conteúdo integral do artigo, garantindo sua precisão e integridade.



REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidemiol HIV/Aids. 2017;48(1): 1-52.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de DST e AIDS. Bol Epidemiol Aids/DST. 2009;6(1):1-62.
- 3 Menezes LSH, Palacios VRCM, Peixoto CAS, Alcântara MSV, Bichara CNC. Perfil epidemiológico de grávidas HIV positivas atendidas em maternidade pública de referência. Rev Para Med. 2013 jul-set;27(2):57-64.
- 4 Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHF, Aguiar RALP, et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Rev Bras Saude Mater Infant. 2006 jul-set;6(3):329-34.
- 5 Miranda AE, Rosetti Filho E, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. Rev Soc Bras Med Trop. 2009 jul-ago;42(4):386-91.
- 6 Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. Acta Paul Enferm. 2013;26(2): 158-64.
- 7 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol AIDS/DST. 2012;1(1): 1-60.
- 9 Rojas MM, Dias RM, Araújo EC. Dez anos de sífilis congênita em maternidade de referência na Amazônia brasileira. Rev Para Med. 2015 jan-mar;29(1):7-10.
- 10 Tabisz L, Bobato CT, Carvalho MFU, Takimura M, Reda S, Pundek MRZ. Sífilis, uma doença reemergente. Rev Med Res. 2012 jul-set;14(3):165-72.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e manuais técnicos); (Cadernos de atenção básica; nº 32).
- 12 Martins-Costa S, Ramos JG, Chaves EM. Assistência ao pré-natal normal e de alto risco. In: Freitas F, Martins-Costa S. Rotinas em obstetrícia. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 1-12.

- 13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. p. 13. (Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, n. 25).
- 14 Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo Nascer no Brasil. Rev Saude Publica. 2014 out;48(5):766-74.
- 15 Araújo EC, Drosdoski FS, Nunes Júnior NB, Ferreira PGM. Avaliação da abordagem médica em gestantes HIV positivas. Rev Para Med. 2015 abr-jun;29(2):39-43.
- 16 Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. Rev Panam Salud Publica. 2016 dez;40(6):435-42.
- 17 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Características dos indicadores: fichas de qualificação da RIPSa 2010: níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais - B.2.1 - 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 18 Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2014 mar;19(3):747-58.
- 19 Leitão E JL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. Com Ciencias Saude. 2009;20(4):307-14.
- 20 Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Rev Saude Publica. 2004 dez;38(6):764-72.
- 21 Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(3):168-75.
- 22 Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Jr PRB, Leal MC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. BMC Infect Dis. 2015;15:100.
- 23 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série Manuais; n. 46).
- 24 Botelho CAO, Tomaz CAB, Cunha RV, Botelho MAO, Botelho LO, Assis DM, et al. Prevalência dos agravos triados no programa de proteção à gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. Rev Patol Trop. 2008 out-dez;37(4):341-53.
- 25 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol Aids/DST. 2012;8(1):23-4.
- 26 Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19(3-4):166-72.

Recebido em / Received: 20/10/2016
Aceito em / Accepted: 30/11/2017

Como citar este artigo / How to cite this article:

Araújo EC, Monte PCB, Haber ANCA. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2018 jan-mar;9(1):33-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232018000100005>