

Dezembro, 2006 Volume 3 Número 36

■ Enfrentamento Desigual da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis *Unequal Facing of Vertical Transmission of HIV and Syphilis*

Luiza Harunari Matida e Maria Clara Gianna

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CRT DST/Aids/CCD/SES-SP

Sabe-se que a redução da transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita podem ser alcançadas se estes agravos forem diagnosticados e tratados e/ou prevenidos durante o pré-natal. A taxa de infecção da transmissão vertical do HIV pode chegar a 1%¹ e a sífilis congênita é uma doença que pode ser totalmente evitada, se a mãe e o seu parceiro sexual forem diagnosticados e tratados adequadamente².

No entanto, apesar das estratégias tanto para a redução da transmissão vertical do HIV quanto para a eliminação da sífilis congênita estarem centradas e garantidas no mesmo período da assistência ao pré-natal das mulheres gestantes, observa-se que os resultados esperados não são os mesmos para estes dois agravos³.

A taxa de infecção da transmissão vertical do HIV no Estado de São Paulo apresentou uma queda de 9,4% no ano de 2000 para 2,4% em 2002^{4,5}, enquanto a sífilis congênita apresentou um aumento na notificação de casos: 797 casos em 1998 para 1.026 em 2003⁶, isto é, um aumento de 29%.

Frente a essa desigualdade de expressão epidemiológica e de priorização do ponto de vista político destas duas condições, é necessária e urgente uma priorização no enfoque da sífilis na gestante, um agravo que tem diagnóstico e tratamento disponíveis, mas que vem se mostrando um incômodo desafio para a saúde pública.

A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, em razão da passagem dessa bactéria pela placenta. É, portanto, a transmissão do treponema da mãe para o filho. Tal infecção pode provocar aborto ou a morte do bebê, quando este nasce gravemente enfermo. Quando não há óbito da criança ou quando o diagnóstico não é feito, seqüelas como cegueira, surdez, retardo mental e deformidades físicas podem ser observadas².

A sífilis é uma doença de elevada magnitude: no estudo sentinela realizado em 2004⁷ em uma amostra representativa de parturientes, de 15 a 49 anos de idade, no Estado de São Paulo, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa, com uma estimativa de cerca de 10.400 parturientes com sífilis e de 2.600 nascidos vivos com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%) ao ano.

Embora de notificação compulsória desde 1986⁸, foram notificados ao sistema de vigilância epidemiológica do Estado de São Paulo, no período de 1998 a junho de 2006⁶, apenas 7.058 casos de sífilis congênita, demonstrando, assim, os possíveis subregistros e subdiagnósticos desse agravo. Entre os casos notificados no período de 2001 a 2005⁶, 76,3% das mães freqüentaram o pré-natal, sendo que 59% foram tratadas durante a gravidez e apenas 13% tiveram os seus parceiros sexuais tratados. Sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal no País e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde, sejam gestores ou aqueles diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez.

Esses indicadores apontam para um problema de grande magnitude, com a necessidade de implementação de ações eficazmente direcionadas à eliminação da sífilis congênita.

Como elemento fundamental para seu enfrentamento, as ações de prevenção precisam ser reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, com a triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal (na primeira consulta e no início do terceiro trimestre) e no parto, com o conseqüente tratamento oportuno e adequado e também do seu parceiro sexual.

O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo implantou a Notificação Compulsória de Sífilis em Gestante a partir da Resolução SS-59 de 22/7/2004, uma importante estratégia de controle da sífilis na gestação. A inclusão da sífilis na gestação como doença sexualmente transmissível de notificação compulsória justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30% a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado².

Quando a sífilis é diagnosticada em uma gestante o tratamento deve ser iniciado de imediato⁹. Os parceiros também devem ser tratados, principalmente para evitar uma possível reinfecção da gestante⁹. Algumas maternidades executam uma estratégia bastante oportuna e eficaz, que é a de tratar o parceiro sexual após consultar e discutir com a parturiente/puérpera esta possibilidade. O diagnóstico da sífilis na parturiente ou na puérpera não impedirá o caso de sífilis congênita, e o recém-nascido terá de ser submetido ao tratamento com dez dias de penicilina cristalina ou procaína⁹.

Enquanto para o tratamento e/ou profilaxia do HIV são administradas drogas antiretrovirais na gestação, por via oral, e há necessidade de um trabalho de adesão junto às mulheres, já que estas drogas são utilizadas ao longo de toda a gestação, o tratamento para a sífilis é realizado eficazmente e simplesmente com a penicilina benzatina¹⁰, que pode e deve ser administrada na unidade básica de saúde.

A eliminação da sífilis congênita requer insumos de baixo custo que precisam ser garantidos, assim como a qualificação dos recursos humanos envolvidos na assistência pré-natal, momento crítico para a prevenção da doença.

É de fundamental importância a priorização da sífilis na gestação, com o envolvimento das Áreas Técnicas da Atenção Básica, da Mulher, da Criança e DST/Aids em todos os níveis, e a inclusão do tema na agenda dos gestores, pois o agravo tem diagnóstico e tratamento disponíveis e de baixo custo. Mas ainda permanece, como já foi dito, um incômodo desafio para a saúde pública.

A sífilis não tratada durante a gestação resulta em uma considerável proporção de mortes fetais e neonatais precoces¹¹, agravando o quadro epidemiológico da sífilis congênita. Toda esta situação descrita aponta para a necessidade urgente da qualificação da atenção pré-natal, com garantia dos insumos necessários específicos para a sífilis, momento crucial para se atingir a meta de eliminação do agravo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a doença é eliminada quando existe a ocorrência de menos de um caso para cada 1.000 nascidos vivos – esta é a meta do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, do Estado de São Paulo.

O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo propõe que todo caso diagnosticado e notificado de sífilis congênita seja investigado, a fim de que sejam detectadas todas as oportunidades perdidas para que esta gestante e seu parceiro sexual tivessem sido adequadamente diagnosticados e tratados. A identificação destas oportunidades perdidas deverá orientar os devidos planejamento, monitoramento e avaliação das ações necessárias para o controle deste agravo, que vem demandando novas estratégias de enfrentamento.

No Estado de São Paulo pretende-se amadurecer a ampliação do debate nos vários segmentos da sociedade envolvidos com este enfrentamento, diminuindo o estigma em relação às doenças sexualmente transmissíveis, para que a sífilis se torne mais visível como um problema para a população em geral e para os profissionais de saúde, e que isto contribua para o tão almejado alcance da eliminação da sífilis congênita.

Referências bibliográficas

1. Mofenson LM, Munderi P. Safety of antiretroviral prophylaxis of perinatal transmission for HIV-infected

- pregnant women and their infants. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, 2002; 30:200-15.
2. Berman SM. Maternal Syphilis: Pathophysiology and Treatment. *Bull World Health Organization* 2004; 82: 433-8.
 3. Matida LH, Gianna MC, Gonçalves A, Tayra A, Succi RCM. Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis: Avanços no Controle do HIV e Descompasso no Controle da Sífilis Congênita VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 19 a 23 de Junho de 2004.
 4. Succi RCM., Grupo Brasileiro de Estudo para Avaliar a Transmissão Vertical do HIV. Estudo Multicêntrico para Avaliação da Taxa de Infecção da Transmissão Vertical do HIV. XXXII Congresso Brasileiro de Pediatria, São Paulo, Brasil, Outubro de 2003 [Resumo OR 840].
 5. Matida LH, Silva MH, Tayra A, Succi RCM, Gianna MC, Gonçalves A, Carvalho HB, Hearst N. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in São Paulo State, Brazil: an update. **AIDS** 2005; 19 (suppl 4):S37-S41.
 6. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico do CRT DST/AIDS** 2006. São Paulo: Divisão de Vigilância Epidemiológica, Programa Estadual de DST/AIDS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
 7. Szwarcwald CL. Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinela Parturiente 2004. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BBDD562E2-6074-4FF5-AD12-49809803C2B5%7D/relatorio_2004_sentinela_parturiente.pdf. (Acessado em 19/5/2006).
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Bases Técnicas para a Eliminação da Sífilis Congênita. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1993.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Sífilis Congênita. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2005.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Testes de Sensibilidade à Penicilina – Manual. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1999.
 11. Saraceni V, Guimarães MHSF, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad Saúde Pública** 2005; 21:1244-50.

Correspondência/Correspondence to:

Luiza Harunari Matida
Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids
Rua Santa Cruz, 81
CEP: 04121-000 — São Paulo (SP)
E-mail: imatida@crt.saude.sp.gov.br



Bepa
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, s. 135
São Paulo - SP - tels.: (11) 3066-8823 / 3066-8825
e-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Fale conosco

