

Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo

Barriers to control syphilis and HIV vertical transmission in the health care system in the city of Sao Paulo

Valdete Maria Ramos^I, Elisabeth Niglio de Figueiredo^{II}, Regina Célia de Menezes Succì^{III}

RESUMO: *Objetivo:* O objetivo deste estudo foi identificar possíveis entraves ao controle da transmissão vertical da sífilis e HIV através da análise do processo de encaminhamento das gestantes desde os serviços de atendimento pré-natal até o Centro Obstétrico de um hospital universitário, no município de São Paulo (referência), e seu retorno, com seus bebês expostos, após alta hospitalar, para acompanhamento (contrarreferência). *Método:* Estudo de corte transversal, retrospectivo, acrescido de entrevistas com profissionais de saúde. Gestantes com sífilis e/ou infecção pelo HIV foram identificadas na admissão para o parto de agosto de 2006 a agosto de 2007. A rotina e o fluxo dos encaminhamentos de mães e recém-nascidos foram analisados. *Resultados:* Foram identificadas 56 gestantes infectadas: 43 com infecção pelo HIV, 11 com sífilis e duas coinfectadas (sífilis/HIV); 22 profissionais de saúde foram entrevistados. Acompanhamento pré-natal foi feito por 91,1% das mulheres: 7/11 (63,6%) com sífilis; 44/45 (97,8%) infectadas pelo HIV ou coinfectadas. A referência para o parto foi adequada para 57,1% das gestantes com sífilis e 97,7% daquelas infectadas pelo HIV. A contrarreferência foi adequada para todas as gestantes, apesar da não aderência a essa recomendação. Entrevistas com os profissionais de saúde revelaram que as rotinas e o fluxo de encaminhamento das gestantes, puérperas e recém-nascidos estão mais bem estabelecidos para HIV do que para sífilis. A vigilância epidemiológica e notificação também foram mais eficazes para o HIV. *Conclusão:* As dificuldades no sistema de referência e contrarreferência dessas mulheres e seus bebês são evidentes entraves ao controle da transmissão vertical desses agravos.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde. Sífilis congênita/Prevenção e controle. HIV/Prevenção e controle. HIV/Referência e consulta. Cuidado pré-natal.

^INúcleo Hospitalar de Epidemiologia da Comissão de Epidemiologia Hospitalar do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Disciplina de Infectologia Pediátrica, Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Regina Célia de Menezes Succì. Disciplina de Infectologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Rua Pedro de Toledo, 928, CEP: 04039-002, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: succi@picture.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objective: The objective of this study was to identify possible barriers to control vertical transmission of syphilis and HIV through the analysis of the orientation process of pregnant women from prenatal care to the obstetric center at an university hospital in Sao Paulo (Reference) and their return (with their exposed babies) for follow-up after hospital discharge (counter-reference). **Methods:** It is a retrospective cross-sectional study including interviews with healthcare personnel. Pregnant women with syphilis and/or HIV-infection admitted for labor or miscarriage were identified from August 2006 to August 2007. Routine care for mothers and babies were analyzed. **Results:** 56 pregnant women were identified: 43 were HIV-infected, 11 had syphilis and two were coinfecting (syphilis/HIV); 22 health care professionals were interviewed. Prenatal care was identified in 91.1% of these women: 7/11 (63.6%) with syphilis; 44/45 (97.8%) HIV-infected or coinfecting. The reference for delivery was satisfactory for 57.7% of the syphilis-infected women and 97.7% of the HIV-infected ones. The counter-reference was satisfactory for all babies and mothers at hospital discharge, besides the non-adherence to this recommendation. Interviews with health care professionals showed there are better routines for assisting and following-up pregnant women, puerperal women and HIV-infected or exposed babies than for those infected with syphilis. The epidemiological report and surveillance system are also better for HIV-infected patients. **Conclusion:** The difficulties in the reference and counter-reference system of these women and their babies are evident barriers to control the vertical transmission of these infectious diseases.

Keywords: Quality of healthcare. Congenital syphilis/Prevention and control. HIV/prevention and control. HIV/Referral and consultation. Prenatal care.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a prevalência estimada de infecção pelo HIV em gestantes é de 0,41% e, de sífilis, 1,6%, o que significa que 12.456 recém-nascidos (RN) são expostos ao HIV e 12 mil nascem com sífilis congênita a cada ano^{1,2}. Em 2011 foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 9.374 casos novos de sífilis congênita³ e 396 de infecção pelo HIV por transmissão vertical (TV)⁴. Enquanto os casos de sífilis congênita aumentam desde 2007 (coeficiente de incidência = 4,4 casos novos/1.000 nascidos vivos em São Paulo)⁵, os casos de TV do HIV diminuem continuamente em todo o País⁶⁻⁸ e sua incidência caiu 68% entre 2000 e 2004 e 26% de 2008 a 2011⁵ no município de São Paulo.

A oportunidade do controle da TV do HIV e da sífilis concentra-se no período pré-natal, mas outras etapas operacionais e ações de controle devem se prolongar durante o parto e puerpério. Diagnosticar esses agravos na gestação é fundamental, mas insuficiente: além de diagnosticadas, gestantes devem ser notificadas ao serviço de vigilância epidemiológica e encaminhadas do pré-natal ao parto (referência) e do puerpério aos ambulatórios de seguimento e/ou unidades básicas de saúde (contrarreferência) sem duplicidade de ações e com tratamento oportuno, o que garantirá assistência integral, hierarquizada e regionalizada à gestante e ao RN⁹. A contrarreferência após a alta

hospitalar é fundamental para definir as taxas de TV e evitar que o mesmo risco se prolongue para futuras gestações. O controle desses agravos tem sido mais efetivo para o HIV do que para sífilis¹⁰.

O objetivo deste estudo foi analisar a operacionalidade dos cuidados à mulher com sífilis e/ou infectada pelo HIV e ao seu RN exposto em um hospital universitário, no município de São Paulo (rotinas de atendimento e fluxo dos encaminhamentos, sistema de referência e contrarreferência)⁹, a fim de identificar possíveis entraves no controle da TV desses agravos.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal, retrospectivo, acrescido de entrevistas com profissionais de saúde, desenvolvido no Hospital São Paulo (HSP), hospital universitário geral da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com 743 leitos, que abrange a cobertura de uma área geográfica com mais de 5 milhões de habitantes. A atenção pré-natal no HSP é dispensada em diversos setores para gestantes com gravidez de baixo e alto risco; em média 79 partos/mês foram realizados nos anos de 2006 e 2007. As gestantes são admitidas ao Centro Obstétrico para parto ou curetagem pós-aborto, a partir de encaminhamento (referência) dos serviços de pré-natal (do próprio hospital e dos serviços externos) ou da demanda espontânea. Na alta hospitalar, a mãe e seu RN são encaminhados para os ambulatórios do próprio hospital ou para a rede pública (contrarreferência). Um ambulatório especializado em Infectologia Pediátrica neste hospital atende crianças nascidas de mulheres com doenças infecciosas na gravidez.

A população do estudo (gestantes que apresentavam critérios para definição de caso de sífilis e/ou infecção pelo HIV na gestação, no momento do parto e/ou na curetagem pós-aborto) foi identificada entre todas as admissões ao Centro Obstétrico do HSP para parto e curetagem pós-aborto, no período de agosto de 2006 a agosto de 2007. A identificação das gestantes infectadas foi feita a partir de: registro de gestantes com sífilis e/ou infecção pelo HIV na admissão ao Centro Obstétrico; liberação de Zidovudina (AZT) para uso endovenoso durante o parto; acompanhamento dos RNs com exposição perinatal à sífilis e HIV no ambulatório de Infectologia Pediátrica; resultados disponíveis de sorologias para sífilis e HIV no sistema informatizado do Laboratório Central do hospital. Casos de sífilis e infecção pelo HIV (na gestante e RN) foram caracterizados de acordo com as definições dos manuais do Ministério da Saúde^{11,12}.

Os dados de interesse foram colhidos por meio da revisão dos prontuários médicos das gestantes e seus RNs, com foco especial no registro da rotina e fluxo dos encaminhamentos. Impossibilidade de acesso ao prontuário médico ou ausência de registro adequado dos dados necessários ao estudo foram considerados critérios de exclusão. Os RNs dessas gestantes foram também incluídos e seus prontuários médicos foram revisados até a conclusão do acompanhamento médico suficiente para definir a TV da sífilis e/ou do HIV.

As definições utilizadas para referência e contrarreferência foram as que se seguem:

- Referência das gestantes para o parto/curetagem pós-aborto: registro escrito de todos os dados de importância para a atenção ao parto, à gestante/puérpera e ao RN, incluindo exames laboratoriais e tratamento realizado durante o acompanhamento pré-natal.

- Contrarreferência das puérperas e dos RNs: encaminhamento para os serviços de origem ou de referência, com registro escrito de todos os dados necessários ao atendimento: tipo de parto, intercorrências no período periparto e neonatal, medicações utilizadas pela mãe (no pré-natal e no parto) e pelo RN, aleitamento materno e resultados de testes laboratoriais realizados.

Uma amostra de conveniência de profissionais de saúde envolvidos na atenção dessa população foi entrevistada com o objetivo de obter informações sobre fluxo e rotinas de atendimento. As entrevistas foram realizadas em período previamente agendado, com garantia de sigilo, e incluíam questões abertas e fechadas sobre fluxo de atendimento, solicitação de exames, encaminhamento das gestantes durante o pré-natal e admissão para o parto e das puérperas e seus RNs após o parto.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM) e as entrevistas foram realizadas após a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

No período do estudo, foram admitidas ao Centro Obstétrico 1.269 gestantes: 1.016 para o parto (16 natimortos) e 253 para curetagem pós-aborto; 56 mulheres preenchem os critérios de inclusão: 43 com infecção pelo HIV, 11 com sífilis e duas coinfectadas (sífilis/HIV). A maior parte delas estava na faixa etária de 20 a 34 anos e tinha oito ou menos anos de estudo (Tabela 1). A distribuição dos resultados sorológicos (para sífilis e HIV) dessas pacientes pode ser vista na Figura 1.

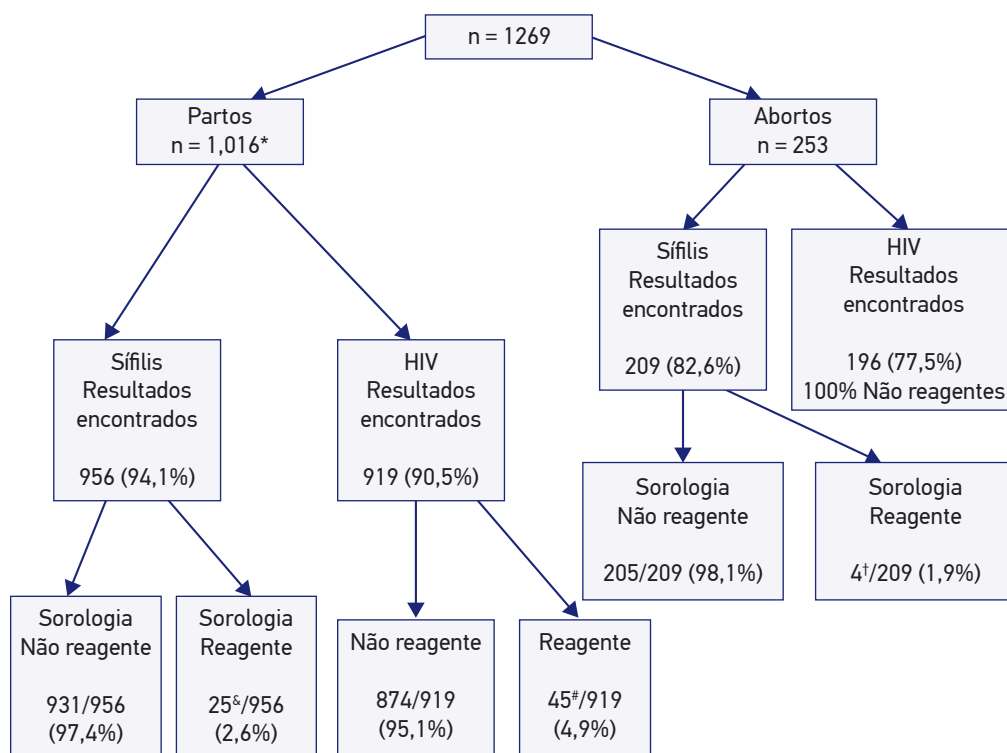
Registro de acompanhamento pré-natal foi identificado em 51 dessas 56 gestantes (91,1%); 7/11 (63,6%) mulheres com sífilis; 44/45 (97,8%) mulheres infectadas pelo HIV e/ou coinfectadas (Tabela 2). A maior parte das gestantes (66,1%) fez todo acompanhamento PN no hospital do estudo. Houve dois casos de aborto espontâneo entre as 13 mulheres com sífilis (15,4%) e um aborto provocado (anencefalia fetal) entre as 45 mulheres infectadas pelo HIV (2,2%) (Tabela 2).

Quatro das sete mulheres com sífilis e acompanhamento pré-natal (57,1%) apresentaram encaminhamento adequado (referência) na admissão para o parto ou curetagem pós-aborto: duas com acompanhamento no hospital de estudo e duas das cinco com acompanhamento em serviços externos (40%). Sorologia/tratamento do parceiro sexual constavam da referência para o parto de duas gestantes (uma acompanhada no hospital do estudo e outra referenciada de serviço externo). Cinco das 13 gestantes com sífilis (38,5%) não receberam tratamento durante o acompanhamento pré-natal; duas foram tratadas após o diagnóstico no parto e três (um caso de óbito fetal, um caso de aborto e um nativo) conheceram o resultado da sorologia após a alta hospitalar.

Uma das gestantes com sífilis e óbito fetal não tinha acompanhamento pré-natal e a outra, apesar do acompanhamento pré-natal, não tinha referência aos testes realizados, tratamento e situação do parceiro sexual. Só uma gestante infectada pelo HIV não fez acompanhamento PN e todas as outras (43/44 = 97,7%) foram referenciadas para o parto com registro em prontuário de todos os dados necessários: profilaxia e/ou tratamento com antirretroviral, resultado da última

Tabela 1. Distribuição das mulheres soro-reagentes para sífilis e HIV segundo idade e grau de escolaridade, São Paulo, agosto de 2006 a agosto de 2007.

	Gestantes/ mulheres com sífilis		Gestantes HIV+		Gestantes com sífilis e HIV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária								
< 20	1	9,1	3	7,0	0	0	4	7,1
20 – 34	9	81,8	28	65,1	2	100,0	39	69,6
≥ 35	1	9,1	12	27,9	0	0	13	23,2
Total	11	100,0	43	100,0	2	100,0	56	100,0
Anos de estudo								
< 8	5	45,5	12	27,9	2	100,0	19	33,9
8	2	18,2	17	39,5	0	0	19	33,9
11	2	18,2	12	27,9	0	0	14	25,0
≥ 12	0	0	2	4,7	0	0	2	3,6
Sem informação	2	18,2	0	0	0	0	2	3,6
Total	11	100,0	43	100,0	2	100,0	56	100,0



*inclui a gestante hospitalizada para aborto; †2 coinfectadas (sífilis/HIV); 14 excluídas (ausência de registros) e 11 incluídas; ‡2 coinfectadas (sífilis/HIV); 45 incluídas; †2 excluídas (ausência de registros) e 2 incluídas.

Figura 1. Distribuição das mulheres segundo resultados de sorologias para sífilis e HIV. São Paulo, 2006 – 2007.

carga viral do HIV e contagem de células CD4. Todas, exceto uma gestante com acompanhamento pré-natal em serviço externo, traziam informações sobre os testes sorológicos para sífilis durante a gestação (e tratamento, quando indicado).

A profilaxia com AZT endovenoso durante o parto não foi feita para três gestantes: duas que já estavam em trabalho de parto quando admitidas ao Centro Obstétrico, e na gestante admitida para interrupção da gestação por anencefalia essa profilaxia não se aplica. Parto normal foi realizado em 6/45 gestantes (13,3%) que estavam em uso de terapia antirretroviral potente e apresentavam carga viral do HIV indetectável; parto cesáreo foi realizado em 39/45 gestantes (86,7%): 32 eletivas, 6 de urgência e uma sem informação.

Testes sorológicos para sífilis foram realizados na admissão ao Centro Obstétrico em 54/56 gestantes (96,4%) e testes para o HIV em todas as gestantes do estudo, incluindo aquelas cuja gestação evoluiu para aborto ou óbito fetal.

Das 11 gestantes com sífilis resultaram oito RNs vivos (uma gravidez gemelar), dois abortos e dois natimortos. Seis deles receberam tratamento no berçário e dois não foram tratados: um porque o tratamento da gestante foi considerado adequado e outro porque o resultado do exame sorológico da mãe só foi liberado após a alta hospitalar. Houve um óbito neonatal (RN tratado) decorrente de prematuridade extrema, atresia de esôfago e insuficiência renal. As duas crianças nascidas de mães coinfectadas receberam tratamento para sífilis e realizaram os testes necessários no berçário.

Nasceram 47 crianças vivas das 44 gestantes infectadas pelo HIV (uma gravidez gemelar e uma trigemelar); todas receberam profilaxia com AZT oral e fórmula láctea. Um RN exposto ao HIV morreu com 29 dias de vida, em decorrência de má formação cardíaca.

A contrarreferência foi feita de forma adequada para os 54 RNs com sífilis congênita provável e/ou exposição ao HIV no momento da alta hospitalar: agendamento para consulta em ambulatório no hospital de estudo, com os dados de exames e tratamentos realizados. Apenas 48 deles (88,9%) iniciaram o acompanhamento no ambulatório especializado: 43 dos 46 RNs

Tabela 2. Distribuição das gestantes segundo o local do pré-natal e a evolução da gestação, Hospital São Paulo, agosto de 2006 a agosto de 2007.

Local do pré-natal	Gestante com sífilis (n = 11)	Gestante com sífilis/HIV+ (n = 2)	Gestante HIV+ (n = 43)	Total
Serviço externo	5	1	3	9
Serviço externo/Hospital do estudo	0	0	5	5
Hospital do estudo	2	1	34	37
Não realizou pré-natal	4*	0	1	5
Total	11	2	43	56
Evolução da gestação	Parto	Aborto	Total	
Gestante com sífilis	9**	2	11	
Gestante com sífilis e HIV	2	0	2	
Gestante com HIV	42	1***	43	
Total	53	3	56	

*2 casos de aborto; **2 natimortos; ***Aborto provocado, devido à anencefalia.

expostos ao HIV (93,5%) e 5 dos 8 (62,5%) com sífilis congênita. Seguimento até a definição diagnóstica ocorreu para 44 crianças (3/5 com sífilis e 41/43 das expostas ao HIV); não houve TV desses agravos. O seguimento não se completou em quatro das 48 crianças (8,3%) que iniciaram o acompanhamento, apesar da rotina de busca de faltosos. Dois RNs com sífilis congênita provável apresentavam outros agravos e, apesar de acompanhados em ambulatórios especializados do hospital, não tiveram acompanhamento específico para a definição de sífilis congênita.

O encaminhamento para consulta de puerpério e/ou pós-aborto (contrarreferência) estava registrado no prontuário médico de todas as mulheres com sífilis e/ou infectadas pelo HIV, mas apenas uma (9%) das 11 gestantes com sífilis (incluindo os dois abortos) e 36/44 (81,8%) das infectadas pelo HIV tinham registro da consulta de puerpério.

A notificação compulsória ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do hospital do estudo foi feita para 66,7% das gestantes com sífilis e 97,8% daquelas infectadas pelo HIV (Tabela 3). Duas notificações de sífilis na gestação (pré-natal externo) foram feitas tardiamente por solicitação da Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) do município, em virtude da notificação de RN exposto. Entre as dez crianças nascidas vivas com sífilis congênita provável, uma não preenchia critério de notificação, cinco foram notificados oportunamente, uma foi notificada com nove meses de idade e três não foram notificadas. A notificação oportuna da exposição perinatal ao HIV foi feita para 41 das 47 crianças expostas (87,2%).

As rotinas e o fluxo de encaminhamento das gestantes, puérperas e RNs foram avaliados através das entrevistas com 22 profissionais de saúde (14 médicos e 8 enfermeiros) selecionados nos serviços de pré-natal (geral, medicina fetal e de gestantes infectadas pelo HIV e sífilis), serviço de neonatologia e ambulatório especializado de Infectologia Pediátrica. O tempo de exercício profissional dos entrevistados variou de 2 meses a 20 anos e todos referiram conhecer a rotina de solicitação de exames para a gestante (no pré-natal e no momento do parto ou curetagem após aborto), o uso de AZT injetável para profilaxia da TV do HIV e o encaminhamento da puérpera para consulta pós-parto. Entretanto, a rotina para encaminhamento e tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis e encaminhamento com registro escrito das gestantes para o parto, com todas as informações pertinentes, era conhecida somente para os profissionais do serviço de pré-natal especializado, que também faz busca e convoca gestantes que abandonam o acompanhamento. A busca dos testes

Tabela 3. Distribuição dos casos notificados por agravo ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, São Paulo, agosto de 2006 a agosto de 2007.

Agravos/dados	Gestante com sífilis + (n = 13)		Sífilis congênita (nascidos vivos) (n = 10)		Gestante HIV positiva ++ (n = 45)		Criança exposta ao HIV (n = 48)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	6*	66,7	6	66,7	44	97,8	41	87,2
Não	3	33,3	3	33,3	1	2,2	6	12,8
Não se aplica	4**	-	1***	-	-	-	1****	-
Total	13	100	14	100	45	100	48	100

*2 gestantes notificadas no pré-natal e 4 posterior; **2 natimortos e 2 abortos; ***A gestante foi tratada adequadamente; ****Aborto provocado por anencefalia; + duas coinfectadas; ++ duas coinfectadas.

sorológicos colhidos na admissão ao Centro Obstétrico pelas mulheres admitidas para curetagem pós-aborto (sem acompanhamento pré-natal no hospital do estudo) não tem rotina bem estabelecida.

Na unidade neonatal, os profissionais conheciam a rotina de iniciar profilaxia com AZT precocemente para a criança exposta ao HIV e solicitar exames específicos para a criança com sífilis congênita provável. O encaminhamento após a alta hospitalar está mais bem estabelecido para os RNs expostos ao HIV do que à sífilis congênita.

Os profissionais foram capazes de estimar o número de gestantes infectadas pelo HIV atendidas/ano e seus bebês expostos, além da taxa de TV do HIV nos serviços, mas ignoravam o número de gestantes com sífilis e de sífilis congênita.

A obrigatoriedade de notificar ao NHE os casos de HIV e sífilis (gestantes e RNs) e o correto encaminhamento dessas notificações estão bem estabelecidos para os profissionais dos serviços especializados para o atendimento dessas gestantes e seus filhos, mas é desconhecido pelos profissionais do serviço de pré-natal geral. Na unidade de neonatologia, a obrigatoriedade da notificação de sífilis congênita é conhecida, mas a notificação dos RNs expostos ao HIV não faz parte da rotina.

DISCUSSÃO

Embora colhidas rotineiramente na admissão ao Centro Obstétrico para partos ou curetagem pós-aborto, os resultados das sorologias não puderam ser recuperados em 8,2% das gestantes para sífilis e 12,2% para HIV. A prevalência de infecção pelo HIV na população estudada, considerando apenas as gestantes admitidas para o parto, foi de 4,9% (45/919) e de 4,0% (45/1115) quando incluímos as gestantes admitidas para curetagem pós-aborto. A prevalência de gestantes com sífilis, calculada apenas com os registros dos resultados de testes não treponêmicos reagentes, foi de 2,6% (29/1115) considerando todas as gestantes admitidas para parto e curetagem pós-aborto e de 3,0% (29/956) considerando apenas aquelas admitidas para o parto. Considerando os critérios de definição de sífilis em gestantes¹², essas taxas caíram para 1,2% (11/956) entre as gestantes admitidas para o parto e 1,1% (13/1115) considerando também aquelas admitidas para parto e curetagem pós-aborto. Entre as mulheres admitidas para curetagem pós-aborto, a taxa bruta foi de 1,91% (4/209) e a taxa entre as mulheres que preenchiam critérios para sífilis na gestação¹² foi de 1,0% (2/209).

Essas taxas são mais elevadas do que as encontradas em estudos anteriores, realizados por nosso grupo em UBS do município de São Paulo: 3,7% em 2000 e 0,6% em 2004 para HIV¹³ e 0,2% para HIV e 0,9% para sífilis em 2005¹⁴, e em estudos sentinela nacionais realizados nos anos de 2004 e 2006: 0,4% para infecção pelo HIV e 1,6% para sífilis^{15,16}. As taxas elevadas de gestantes infectadas pelo HIV encontradas podem ser explicadas pelo fato de o hospital do estudo ser referência para acompanhamento de gestantes com essa infecção.

A sífilis é responsável por grande morbidade durante a gestação, resultando em desfechos negativos em mais de 50% dos casos, como perdas fetais (aborto espontâneo, óbito fetal), óbito neonatal precoce e complicações tardias nos nascidos vivos^{17,18}, sobretudo entre as gestantes não tratadas. Neste estudo, apenas 63,6% das gestantes com sífilis identificadas no momento do parto

tinham acompanhamento pré-natal e 4 das 13 (30,8%) gestações resultaram em óbito fetal ou aborto. A taxa de natimortos foi dez vezes maior entre as gestantes com diagnóstico de sífilis, 15,4% (2/13), do que no restante da população admitida para o parto no hospital de estudo no mesmo período, 1,5% (14/960).

Além do diagnóstico da sífilis na gestação e seu tratamento, é necessário que as gestantes infectadas sejam corretamente encaminhadas para o parto, com as informações necessárias que facilitarão o manejo da infecção na mãe e na criança, evitando duplicidade de ações, uso excessivo de medicamentos e coleta de exames laboratoriais desnecessários. Essas informações (referência) devem estar registradas em prontuário médico e/ou na carta de encaminhamento para o parto ou curetagem pós-aborto. Na população estudada, a referência foi incipiente: apenas 57% (4/7) das gestantes com sífilis foram encaminhadas com informações corretas e necessárias e as informações sobre a sorologia e tratamento do parceiro sexual só foram obtidas para duas gestantes. Em 2009, no Brasil, 75,5% das gestantes com sífilis realizaram pré-natal e, dessas, 55,4% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação e 53,7% dos parceiros sexuais não foram tratados¹⁹.

Mesmo em um hospital universitário, apenas a metade (3/6) das gestantes diagnosticadas com sífilis no parto e/ou na admissão para curetagem pós-aborto foram tratadas, pois o resultado dos testes sorológicos só foi conhecido após a alta hospitalar para três mulheres (um parto, um natimorto e um aborto). A oportunidade perdida de tratar essas gestantes e seus RNs, além de evidenciar falha na organização e agilidade do serviço, pode resultar em novas gestações com partos prematuros ou RNs infectados, perdas fetais e sequelas para a criança não tratada. A falta e/ou inadequação da informação dos resultados de exames e tratamento no PN resultam em tratamento (às vezes desnecessário) do RN, que permanece por mais tempo no berçário, aumentando os custos hospitalar e social, acarretando dificuldades no aleitamento materno e aumentando o risco de infecção hospitalar.

A análise da população estudada mostra que há grande preocupação com o acompanhamento pré-natal das mulheres infectadas pelo HIV: 44/45 (97,8%) delas receberam cuidados pré-natais e, dessas, 97,7% apresentaram-se para o parto com adequada referência e registro de todos os dados necessários. Mesmo a preocupação com a sífilis entre essas gestantes é maior do que na população de mulheres não infectadas pelo HIV: a referência adequada (testes sorológicos e tratamento) ocorreu em apenas 57% das gestantes com sífilis com acompanhamento pré-natal e 97,6% das gestantes infectadas pelo HIV.

A alta taxa de abortos (2/13 = 15,4%) e natimortos (2/13 = 15,4%) entre as gestantes com sífilis nesta amostra é um alarmante sinal da gravidade dessa infecção na gestação. Considerando-se o óbito neonatal em um bebê nascido de uma mulher com sífilis, houve 5 perdas de produtos gestacionais em 13 gestantes (38,4%), o que demonstra a grande quantidade de desfechos negativos nas gestações complicadas com sífilis.

As evidências do progresso no controle da TV do HIV e falhas no controle da TV da sífilis já foram discutidas em outros estudos nacionais²⁰⁻²⁵: apesar de ambas constituírem graves problemas de saúde pública, a vigilância e as medidas de controle são mais efetivas para a infecção pelo HIV.

A rotina para detectar a infecção (sífilis e HIV) em gestantes, tanto no pré-natal quanto no momento do parto e do puerpério, além da necessidade de acompanhamento especializado e multiprofissional para crianças expostas a esses agravos, estão bem estabelecidos^{26,27}, entretanto,

o controle da sífilis congênita está muito aquém do desejado. Este estudo mostrou que, apesar da contrarreferência adequada na alta hospitalar para todos os RNs com sífilis congênita e expostos ao HIV, a perda de acompanhamento foi muito maior entre os RNs com sífilis congênita ($5/7 = 71,4\%$) do que entre os expostos ao HIV ($3/46 = 6,5\%$).

Confirmar a transmissão vertical da infecção é mais rápido para crianças expostas ao HIV do que à sífilis^{26,27}. A definição da infecção pelo HIV em crianças sem sintomas clínicos ou imunossupressão exige metodologia laboratorial dispendiosa e complexa (RNA ou DNA do HIV), mas pode estar esclarecida aos quatro meses de idade. A definição dos casos de sífilis congênita assintomática, entretanto, requer testes sorológicos de fácil realização e de baixo custo (testes treponêmicos e não treponêmicos), porém só se completa com acompanhamento em longo prazo.

A desigualdade no controle dos dois agravos ficou evidente nas entrevistas com os profissionais de saúde que atendem o binômio mãe-filho. O encaminhamento do RN exposto ao HIV é conhecido por todos os profissionais (serviços de pré-natal, neonatologia e ambulatorial especializado), mas no encaminhamento do RN com sífilis congênita provável, ainda há dúvidas. Há integração entre o serviço de atendimento pré-natal e o serviço de atendimento das crianças, com controle e chamada dos faltosos para os casos de infecção pelo HIV, mas isso não funciona com igual agilidade para os casos de sífilis.

O desconhecimento pelos profissionais envolvidos do número de casos de sífilis na gestante e sífilis congênita revela a “invisibilidade” dessa doença, já identificada anteriormente²⁶. O número de casos de gestantes infectadas pelo HIV e a baixa TV dessa infecção é conhecido pela equipe de saúde, mas os casos de sífilis não merecem a mesma atenção e visibilidade.

Um achado que merece atenção, evidenciado nas entrevistas com os profissionais de saúde e confirmado na coleta de dados dos prontuários médicos, é o fato de as mulheres admitidas para curetagem pós-aborto receberem alta hospitalar antes do conhecimento dos resultados das sorologias para sífilis e HIV. O fluxo de busca dos resultados pelas próprias mulheres e a ausência de comunicação entre os profissionais não garantem o acompanhamento da paciente, nem previnem os desfechos negativos em gestações posteriores, além de não permitirem o cumprimento da recomendação do Ministério da Saúde, que preconiza aconselhamento no pré e no pós-teste no caso de a sorologia para HIV ser positiva.

A notificação de doenças deve ser oportuna para que as medidas de prevenção e controle de doenças e agravos sejam instituídas com efetividade²⁷. A notificação oportuna das gestantes com sífilis, realizada pelo serviço de pré-natal, ocorreu em 2/3 das gestantes (considerando-se apenas as três que fizeram pré-natal no HSP) e apenas uma gestante infectada pelo HIV (2,2%) não foi notificada.

A notificação de exposição ao HIV foi feita pelo serviço de atendimento ambulatorial para 41/43 (95,4%) crianças com acompanhamento; duas não foram notificadas por abandono do seguimento antes da definição da infecção. A notificação de 5/13 (38,5%) RNs com sífilis congênita foi feita pelo NHE em virtude da busca ativa de casos nas unidades de internação.

Este estudo apresenta limitações por avaliar dados secundários, retrospectivos, obtidos nos prontuários médicos, livros de registros do Centro Obstétrico e registro de resultados de exames laboratoriais em dois sistemas informatizados diferentes. Apesar da falta de clareza de algumas informações referentes a data de realização dos exames, época e tipo de tratamento, menção explícita

da investigação, tratamento do parceiro sexual e letras ilegíveis, esse pode representar o retrato real do fluxo das gestantes com sífilis e infecção pelo HIV atendidas em um serviço universitário. Mesmo em um hospital universitário referência para tratamento de gestantes e crianças com doenças infecciosas, as falhas no acompanhamento continuam ocorrendo. A referência das gestantes infectadas pelo HIV, a partir do serviço de pré-natal e a contrarreferência do binômio mãe-filho, pós-parto, tem um fluxo conhecido pelos profissionais e pelas próprias mulheres, o que garante o atendimento de qualidade. Entretanto, para gestantes com sífilis, a documentação de exames e tratamento é insuficiente, os profissionais apresentam dúvidas quanto ao correto encaminhamento e as próprias gestantes ignoram seus direitos de cidadãs de exigir um atendimento adequado. As equipes de saúde (serviço de pré-natal, Centro Obstétrico, serviço de neonatologia e serviço de acompanhamento pós-natal) se comunicam apenas para o atendimento da gestante infectada pelo HIV, o que não ocorre com a gestante com sífilis. Quando diagnosticados oportunamente, tanto as gestantes quanto seus bebês foram adequadamente tratados e encaminhados. A notificação pelo NHE (de gestantes e RN), embora mais bem estruturada para os casos de HIV, ainda apresentou falhas.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Além dos esforços para identificar e tratar gestantes com doenças infecciosas, é fundamental que as ações sejam ampliadas e envolvam o encaminhamento da gestante para o parto e da mãe e do RN após a alta hospitalar, o que evitará a duplicidade de ações, garantirá uma assistência mais adequada e diminuirá o risco de repetição de eventos em gestações sucessivas. O treinamento contínuo da equipe multidisciplinar deve garantir o encaminhamento dos pacientes com informações suficientes que subsidiem a conduta médica, visando à prevenção da TV, às consequências desses agravos e aos desfechos negativos em outra possível gestação, atendendo os princípios da integralidade do cuidado nos serviços e ações em saúde.

REFERÊNCIAS

1. 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf. (acessado em 18 de março de 2014).
2. Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(3/4): 128-33.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Boletim epidemiológico Sífilis 2012. Ano I, nº 01. Brasília, 2012. Disponível em: www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2012 4. (acessado em 18 de março de 2014).
4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Boletim epidemiológico de AIDS, HIV e DST do município de São Paulo. Ano XV, nº 16, 2012. 125p.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Boletim epidemiológico Aids, HIV. Ano I, nº 1. 2012. 60p.
6. Menezes Succi RC. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 3: S379-89.
7. Matida LH, Santos NJ, Ramos AN Jr., Gianna MC, da Silva MH, Domingues CS, et al. Eliminating vertical transmission of HIV in Sao Paulo, Brazil: progress and challenges. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57 Suppl 3: S164-70.

8. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/aids, Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4): 812-5.
9. Fratini JR, Saube R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde* 2008; 7(1): 65-72.
10. Ramos AN Jr, Matida LH, Saraceni V, Veras MA, Pontes RJ. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 3: S370-8.
11. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Diagnóstico da infecção pelo HIV. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaidas_consenso_crianças_2009.pdf. (acessado em 1 de abril de 2014).
12. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SP. Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids – SP. Coordenadoria de Controle de Doenças Secretaria de Estado da Saúde de S.P. Guia de Bolso Definições de Casos de Agravos de Notificação em DST/HIV/Aids. São Paulo, 2012. 112p. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/guia_de_bolso_definicoes_de_casos_2012. (acessado em 1 de abril de 2014).
13. Succi RC, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LA. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm* 2008; 16(6): 986-92.
14. Figueiredo EN, Vianna LA, Peixe MB, Ramos VM, Succi RC. The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. *An Acad Bras Cienc* 2009; 81(3): 551-8.
15. Szwarcwald C. Relatório: primeiros resultados do Estudo-Sentinela Parturiente 2004. Brasília: Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS; 2004.
16. Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(3/4): 128-33.
17. Gust DA, Levine WC, St Louis ME, Braxton J, Berman SM. Mortality associated with congenital syphilis in the United States, 1992-1998. *Pediatrics* 2002; 109(5): E79-9.
18. Saraceni V, Guimarães MH, 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(4): 1244-50.
19. Ministério da Saúde (BR). 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2009. 01ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2010. *Bol Epidemiol Aids DST* 2010; 7(1): 3-52.
20. Ramos AN Jr, Matida LH, Saraceni V, Veras MA, Pontes RJ. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 3: S370-8.
21. Macêdo VC, Bezerra AF, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(8): 1679-92.
22. Rodrigues CS, Guimaraes MD, Cesar CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5):851-8.
23. Mello de Lima LH, Viana MC. Prevalência e fatores de risco para a infecção por HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C e HTLV-I/II em parturientes e gestantes de baixa renda atendidas na Região Metropolitana de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3): 668-76.
24. C. Emil Kupek E, Oliveira JF. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(3): 478-87.
25. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaidas_consenso_crianças_2009.pdf. (acessado em 1 de abril de 2014).
26. Saraceni V, Madeira Domingues RMS, Vellozo V, Lauria LM, Bastos Dias MA, Netto Ratto KM, Durovni B. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16(2): 103-11.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf. (acessado em 18 de março de 2014).

Recebido em: 24/04/2013

Versão final apresentada em: 28/01/2014

Aceito em: 09/05/2014