

Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?

Why are we still unable to control the problem of syphilis in pregnant women and their newborns?

Editorial

Conhecida há mais de 500 anos, a sífilis é uma doença que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum*. É, na maioria das vezes, uma doença de transmissão sexual, embora possa ser transmitida por transfusão de sangue contaminado, por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas e por via transplacentária para o feto ou pelo canal do parto, o que configura a sífilis congênita (SC)¹.

A história natural da sífilis evolui por estágios que se alternam entre sintomáticos e assintomáticos, sendo que qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado. A sífilis primária caracteriza-se pelo aparecimento do cancro no local de inoculação do agente, com aumento dos linfonodos locais, após incubação de, em média, 15 a 20 dias. Pode, ainda, ocorrer lesão primária de localização extragenital. As lesões secundárias aparecem em média oito semanas após o desaparecimento do cancro. A apresentação mais comum da fase secundária são as máculas, entretanto, as lesões podem assumir diversos aspectos e dificultar o diagnóstico. Os sintomas das fases primária e secundária regredem espontaneamente, mesmo sem tratamento, e as lesões da fase terciária, que surgem após décadas são, na atualidade, raramente descritas^{2,3}.

Existe também a sífilis que ocorre sem as manifestações clínicas da doença, denominada sífilis latente, a qual se subdivide em precoce e tardia. O diagnóstico da sífilis na ausência de manifestações clínicas é realizado por exames sorológicos. O venereal disease research laboratory (VDRL) e o rapid plasma reagin (RPR) são testes não treponêmicos, quantitativos e de alta sensibilidade. Os testes podem resultar positividade por longos períodos, mesmo após a cura da infecção. Contudo, ocorre diminuição progressiva nas titulações, até que se tornam não reagentes após tratamento adequado, na maioria dos casos, após meses ou anos. Sendo assim, sua melhor indicação é o diagnóstico após a sífilis primária, quando a pesquisa do agente em campo escuro no material da lesão é mais sensível, sendo de eleição na fase seguimento terapêutico. É possível encontrar resultados falsos-positivos e falsos-negativos do VDRL em determinadas situações.

Já os testes treponêmicos fluorescência treponemal antibody-absorption (FTA-ABS), microhemaglutinação-*Treponema pallidum* (MHA-TP), *Treponema pallidum* hemaglutinação (TPHA) e Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) são qualitativos e detectam anticorpos antitreponêmicos com elevada especificidade. São, portanto, úteis na exclusão de resultados falsos-positivos. Porém, a sorologia treponêmica tem baixa sensibilidade, podendo

Correspondência:

Eliona Amaral

Divisão de Obstetrícia/ Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
da Universidade Estadual de Campinas
Rua Alexander Fleming, 101
CEP 13083-881 – Campinas/SP

Recebido

7/7/08

Aceito com modificações

30/7/08

¹ Doutora, Professora Assistente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

² Livre Docente, Professora Associada do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

resultar em exames falsos-negativos e, uma vez positivos, tendem a não se negativarem mesmo após a cura da infecção^{4,5}.

Nas gestantes com sífilis recente não tratada, a taxa de transmissão vertical é de 70 a 100%, e na tardia de 30 a 40%, podendo ocorrer abortamento, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas⁶. Sabe-se que a transmissão vertical do *T. pallidum* por via transplacentária pode acontecer em qualquer período da gestação e está diretamente relacionada à treponemia materna⁷.

A infecção pelo *T. pallidum* já foi considerada a causa de todos os males², mas o advento da penicilina, na década de 1940 e a melhoria dos cuidados de saúde levaram à diminuição tão abrupta da incidência de sífilis tanto adquirida quanto congênita, que se chegou a prever a erradicação total da doença até o final do século 20. Entretanto, os números voltaram a crescer a partir da década de 1960 e mais acentuadamente na década de 1980, concomitantemente à popularização do uso de crack e cocaína e à maior liberação sexual^{1,3}. Observa-se tendência mundial no reaparecimento da sífilis entre a população em geral e, particularmente, da SC, tornando-a um desafio para a Saúde Pública⁷.

Nos Estados Unidos, entre 1987 e 1989, houve um aumento de 100% dos casos de SC notificados ao Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, Geórgia. Contudo, realizou-se no mesmo ano o estudo dos fatores que levaram ao recrudescimento da sífilis, tanto congênita quanto adquirida, e novas estratégias para o controle epidemiológico da doença foram traçadas. Passou-se a investir na busca ativa de casos de sífilis em áreas de risco, no tratamento com base presuntiva de possíveis parceiros sexuais, além da mudança da conceituação de SC e da aplicação de programas em larga escala para a prevenção da Aids e, secundariamente, de outras doenças sexualmente transmissíveis^{8,9}. Como resultado, a incidência de sífilis primária e secundária em mulheres de idade fértil e a de SC, na América do Norte, diminuiu em cerca de 90% a partir de 1990, sendo que em 2002 a taxa de sífilis primária e secundária foi de apenas 1,1/100.000 habitantes, estando a incidência reduzida em todas as minorias étnicas e raciais nos diversos estados americanos⁶.

Nos países subdesenvolvidos, a sífilis e sua forma congênita nunca deixaram de ser problema de saúde pública, ocorrendo em 10 a 15% das gestantes, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶. Na África subsaariana, os índices alarmantes de SC estão intimamente associados à ausência de adequada assistência pré-natal e de esforços governamentais, como aponta um recente estudo realizado em Botswana^{10,11}. As pesquisas indicam também que em alguns países pobres, como o Haiti, houve uma concentração de esforços para controle da transmissão vertical do HIV, com desvio da atenção a outras doenças. Assim, ocorrem mortes por SC após o término da terapia de prevenção da transmissão vertical do HIV^{11,12}.

No Brasil, a sífilis durante a gestação ainda é observada em uma proporção significativa de mulheres, o que tem favorecido uma ocorrência relevante de SC^{1,4}. Embora o Ministério da Saúde (MS) tenha lançado, em 1993, o Projeto de Eliminação da SC com o objetivo de reduzir sua incidência para um caso ou menos a cada 1.000 nascidos vivos, as metas governamentais não foram atingidas^{13,14}. Em estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis e de 0,42% para HIV. Destes dados, estimaram-se cerca de 50 mil parturientes com sífilis e 12 mil nascidos vivos com SC para uma taxa de transmissão vertical de 25%, variando de 1,9% na região Nordeste para 1,3% na região Centro-Oeste⁶.

A SC é uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986 e, a partir de 1993, as notificações passaram a ser digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁴. Entretanto, foram notificados ao MS, no período de 1998 a junho de 2005, apenas 29.396 casos de SC, demonstrando a sub-notificação desse agravo. A incidência passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,6 casos por mil nascidos vivos em 2004. Entre os casos notificados em 2004, quase 80% das mães havia freqüentado pré-natal, mais de 57% dessas mães teve o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e apenas 14% teve os seus parceiros tratados⁶. São dados alarmantes e sugerem uma baixa qualidade da assistência pré-natal no país e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde, sejam gestores ou diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis na gravidez^{15,16}.

Como estratégia de redução da SC, o MS preconiza a realização de, no mínimo, dois testes sorológicos durante a gravidez, sendo o primeiro no início do acompanhamento pré-natal e o segundo no terceiro trimestre da gestação (em torno da 28ª semana gestacional). É realizada, ainda, triagem para sífilis na admissão para parto ou aborto¹⁷. Tal fato se justifica pela alta prevalência da sífilis nas gestantes e pela facilidade de diagnóstico e tratamento, sobretudo porque o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado, idealmente abaixo das 16 semanas, são premissas indispensáveis para a redução dessa prevalência^{1,14}.

Recomenda-se o tratamento com 2.400.000 UI de penicilina benzatina para a sífilis primária, 2.400.000 UI por duas semanas consecutivas para a sífilis secundária ou latente recente e 2.400.000 UI a cada semana, por três semanas, para a sífilis tardia ou de duração indeterminada. Para as gestantes com alergia a penicilina, evento muito raro,

a recomendação é dessensibilizar e utilizar penicilina, única droga que trata o feto. Portanto, o tratamento como o diagnóstico são bastante acessíveis¹.

A SC é um agravo que quase sempre reflete problemas de acesso e a utilização de serviços de saúde, prioritariamente na população mais desfavorecida¹⁸. A doença compõe o quadro de causas de morbimortalidade perinatal evitável, sendo possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação. Portanto, é um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade de serviço, sendo recomendado, pelo MS, o acompanhamento da taxa de SC como indicador da atenção básica à saúde nos municípios⁷.

Se significativa parcela dos casos de SC ocorreu em mulheres que receberam alguma assistência pré-natal, as oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento de sífilis materna contribuindo para redução da incidência de SC estão sendo desperdiçadas¹⁹. Faz-se necessário popularizar o tema nas iniciativas de educação continuada de profissionais para conscientizá-los das oportunidades de prevenção e tratamento¹⁴. As ações direcionadas à eliminação da SC dependem, invariavelmente, da qualificação na assistência à saúde, essencialmente nas mãos do profissional que realiza acompanhamento pré-natal, geralmente um tocoginecologista. Com diagnóstico e tratamento acessíveis, como ocorre nesta situação clínica, um grande problema se faz presente.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Leal MC, Saraceni V. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação de sífilis congênita do município do Rio de Janeiro: 1999-2000 [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.
3. Genç M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. *Sex Transm Infect.* 2000;76(2):73-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica. Definição de caso de sífilis congênita. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2005.
5. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1999;32(6):605-11.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Sífilis congênita. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2001.
7. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(10): 647-52.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Division of STD Prevention. National Center for HIV, STD and TB Prevention. The national plan to eliminate syphilis from the United States. Atlanta; CDC; 1999.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Congenital syphilis-United States, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2001;50(27):573-7.
10. Guinsburg R. Medidas para erradicação da sífilis congênita [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia; c 2008 [citado 2008 Jul]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2218&tipo_detalhe=
11. Romoren M, Rahman M. Syphilis screening in the antenatal care: a cross-sectional study from Botswana. *BMC Int Health Hum Rights.* 2006;6:8.
12. Peeling RW, Mabey D, Fitzgerald DW, Watson-Jones D. Avoiding HIV and dying of syphilis. *Lancet.* 2004;364(9445):1561-3.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
14. 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.
15. Paz LC, Pereira GF, Pinto VM, Medeiros MGPF, Matida LH, Saraceni V, et al. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005;38(5):446-7.
16. Saraceni V, Guimarães MHFS, 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.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico. Assistência pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
18. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade de escola - UFRJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2001;13(4):6-8.
19. Warner L, Rochat RW, Fichtner RR, Stoll BJ, Nathan L, Toomy KE. Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an urban southeastern hospital. *Sex Transm Dis.* 2001;28(2):92-8.