



SIBi
SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Sem comunidade

Scielo

2012

Sífilis e gravidez...e a história continua!

Rev. Bras. Ginecol. Obstet.,v.34,n.2,p.49-51,2012

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38677>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

Sífilis e gravidez...e a história continua!

Syphilis and pregnancy...the story continues!

Editorial

Um exemplo clássico de doença sexualmente transmissível (DST), a sífilis ainda representa expressivo desafio aos serviços de saúde pública em todo o mundo. Frente aos avanços da Medicina contemporânea, parece anacrônico o fato de uma doença, que apresenta agente etiológico bem definido, formas conhecidas de transmissão, longo período de incubação e tratamentos que possibilitam excelentes índices de cura, continuar registrando novos casos e escapando das medidas que visam o seu controle. Nesse mesmo diapasão de anacronismo, assistimos perplexos aos desdobramentos da infecção pelo *Treponema pallidum* entre mulheres na idade reprodutiva, prejudicando objetivamente tanto o prognóstico gestacional quanto o prognóstico perinatal, visto que, além da sífilis congênita, observa-se elevação das taxas de abortamento tardio, restrição de crescimento intraútero, prematuridade e – o pior de seus prognósticos perinatais – a morte fetal¹.

Considerando especificamente a morte fetal decorrente da infecção luética sob a perspectiva do conhecimento científico atual, conclui-se que, hodiernamente, sua ocorrência na sociedade é simplesmente ilógica. Adjetivo tão contundente decorre da carência total de razoabilidade para a não-aplicação dos ordenamentos protocolares, os quais, se cumpridos, permitiriam evitar evento tão nefasto²⁻⁴.

Avaliações pontuais da ocorrência de sífilis congênita e da morte fetal por sífilis confirmam que, nas últimas décadas, não houve nenhum avanço real no controle de tal complicação no Brasil, desnudando a completa assimetria entre a elaboração e a divulgação de orientações específicas para seu controle, e a efetivação das estratégias preconizadas nestes documentos⁵⁻⁷. Continuamos pensionistas das mesmas falhas verificadas há quase meio século, traduzidas e repetidas como inadimplência da assistência pré-natal, alargando-se a distância entre o que a oficialidade preconiza e a capilarização destas orientações até a periferia do sistema de saúde. Neste fascículo, a contribuição de Nascimento et al.⁸ confirma essas afirmações, visto que, dos 48 casos de morte fetal estudados no Hospital Geral de Nova Iguaçu (Estado do Rio de Janeiro), 54,2% dos casos tiveram algum tipo de assistência pré-natal, mas 33,3% não tiveram nem acesso a este recurso. Estes dois percentuais traduzem a iniquidade a que estas gestantes foram expostas: o primeiro traduz baixa qualidade do pré-natal e o segundo indica que um terço dessas mulheres não teve acesso a um recurso básico, o pré-natal.

Correspondência

Geraldo Duarte
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Avenida Bandeirantes 3.900
CEP: 14049-900
Ribeirão Preto (SP), Brasil

Recebido

28/12/2011

Aceito com modificações

18/01/2012

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Vários são os fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam as taxas epidêmicas estacionárias da sífilis nos últimos anos. Porém, seguramente, o fato de ser uma doença de sinais, que raramente leva ao prejuízo da força de trabalho, contribui objetivamente para que seja marginalizada pelos programas prioritários dos órgãos responsáveis pela saúde pública, notadamente em países não-industrializados. No Brasil, por exemplo, a despeito de ser claramente indicada sua pesquisa durante o pré-natal, não há disciplina para cobrar sua execução, observando-se frequentemente o não-cumprimento dessa medida até por profissionais da rede oficial de saúde no país⁹. Outro fator que poderia determinar o sucesso dessas ações seria a inclusão do parceiro na assistência pré-natal, solicitando o teste de triagem da infecção luética também para ele (*Venereal Disease Research Laboratory* – VDRL)¹⁰. Citando novamente a colaboração de Nascimento et al.⁸, na maioria dos casos de morte fetal por sífilis, as reações séricas indicavam doença recente, com probabilidade de infecção na atual gravidez e a inclusão do parceiro no pré-natal poderia, potencialmente, ter evitado estas perdas.

Apesar da ampla disponibilidade dos testes subsidiários, que se prestam à identificação da sífilis, da existência de melhor controle epidemiológico na atualidade e seu agente etiológico permanecer sensível à penicilina, a morte fetal pelo *Treponema pallidum* recrudescer em alguns lugares nos últimos anos¹¹, numa relação direta da frequência da sífilis entre as mulheres na idade reprodutiva.

Outra falha detectada na avaliação de Nascimento et al.⁸ foi a não-observância à orientação de realizar pelo menos dois exames VDRL durante a gravidez e um no momento do parto. A mesma análise indicou que nenhum dos casos teve seu exame repetido durante o pré-natal. Outro detalhe a ser evidenciado é a não-valorização de títulos baixos de VDRL como indicativos de sífilis em atividade. Apesar de títulos elevados indicarem maior probabilidade de doença ativa, durante a gravidez qualquer titulação deve ser valorizada, por ser muito difícil avaliar se o título de anticorpos está em ascensão ou em descenso, – mesmo sem tratamento, alguns casos exibem queda espontânea dos títulos do VDRL –, ou mesmo se houve tratamento de outra infecção (trato urinário, dentário, entre outras). Nesse caso, ter-se-ia um título residual. A situação que pode ser resolvida com mais facilidade é representada pela reação cruzada do VDRL, cuja dúvida pode ser aclarada utilizando uma reação específica para lues (entre outras o FTA-Abs, ELISA e a hemaglutinação).

As falhas na assistência pré-natal, não cumprindo o protocolo do Ministério da Saúde do Brasil, fizeram com que os programas federais e estaduais de controle das DST priorizassem a sífilis, criando programas específicos que visaram erradicar tanto a sífilis congênita quanto a morte fetal por este micro-organismo, todos com fracasso em seu epílogo¹. Uma das mais recentes iniciativas ocorreu com a criação da Rede Cegonha, iniciativa que prioriza o diagnóstico mais agilizado (teste rápido). No entanto, aproximadamente um ano após o lançamento desse programa ainda não se conseguiu criar um fluxo de confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes. Resumindo, sabe-se que, sem disciplina e cobrança da efetividade programática, nenhuma doença, cujo controle envolve adequações de comportamento pode ser erradicada.

Aliado aos problemas institucionais descritos, o comportamento sexual dos usuários de drogas ilícitas psicoativas assume peso específico elevado na disseminação do *Treponema pallidum*¹². Fácil aferir que, durante o efeito dessas drogas, o discernimento de risco está rebaixado pelo estado de euforia, conseqüentemente, permitindo maior exposição a situações de práticas sexuais de risco e às doenças dela derivadas, dentre elas a sífilis. Outra importante interface do uso de drogas ilícitas com a sífilis é a utilização do sexo como moeda para aquisição da droga, fato que, para alguns autores, responde parcialmente pela recrudescência e perpetuação da sífilis congênita e da morte fetal por sífilis.

Sabe-se que a morte fetal por sífilis carrega em seu contexto o reflexo discriminador da falta de qualidade assistencial em saúde. Elevadas taxas dessa complicação ou da sífilis congênita são consideradas marcadores epidemiológicos seguros da falência da saúde em determinada área¹³. Infelizmente, de forma geral, a precariedade destes indicadores alia-se à pobreza, mas isso não significa que seja exclusividade de comunidades desfavorecidas economicamente, ocorrendo também em países desenvolvidos, com frequência inferior.

Segundo as propostas do Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/PN/DST/AIDS)⁴, uma das principais metas para controle da sífilis congênita é reduzir sua frequência de 3,9 para 1,8‰ até o final de 2011.

Concluindo, fica a certeza de que o rastreamento da sífilis durante a gravidez e o tratamento específico são as únicas formas de evitar eficazmente a morte fetal. Sob todos os aspectos, incluindo o custo-benefício, a implantação dessa medida representa benefícios claros e indiscutíveis¹. No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRPUSP), a avaliação trimestral do VDRL e no momento do parto é medida de rotina, intervenções simples que conseguem evitar tanto a morte fetal como a sífilis congênita. Esta conduta tem como fundamento as trajetórias de gestantes com morte fetal por sífilis atendidas em tal hospital, confirmando-se a possibilidade da gestante infectar-se durante a gravidez¹⁴. Com disciplina no cumprimento dos protocolos vigentes para esta finalidade, isto é perfeitamente viável. Portanto, sem a consciência gestora do valor do pré-natal não se investe na disciplina e nem na exigência firme do cumprimento das ações saneadoras deste vergonhoso insucesso em saúde, a morte fetal por sífilis.

Referências

1. Duarte G, Coutinho CM. Sífilis e gravidez. In: Belda W Jr., editor. Doenças sexualmente transmissíveis. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 19-34.
2. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS; 2010.
3. Workowski KA, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2010;59(RR-12):1-110.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
5. Milanez H, Amaral A. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(7):325-7.
6. Duarte G, Cunha SP, Yamada RT, Bailão LA, Philbert PMP. Sífilis e gravidez: ainda um problema. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1987;9(3):75-8.
7. Casal CAD, Silva MO, Costa IB, Araújo EC, Corvelo TCO. Molecular detection of *Treponema pallidum* sp. *Pallidum* in blood samples of VDRL-seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: a retrospective observational study in Northern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2011; 44(4):451-6.
8. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRS, Villas Bôas EL. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(2):56-62.
9. 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 Pública*. 2004;16(3):168-75.
10. Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical das infecções. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(4):171-4.
11. Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. *Arch Dis Child*. 2008;93(2):105-9.
12. Duarte G, Gir E, Machado AA, Figueiredo JFC, Martinez R. Correlación entre sífilis, hepatitis B y la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida tipo 1 (VIH-1). *Rev Ibero-Latinoam Enferm Transm Sex*. 1996;10(1):11-7.
13. 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.
14. Duarte G, Gir E, Almeida AM, Hayashida M, Zanetti ML. Fetal death from syphilis: an epidemiologic evaluation in Ribeirão Preto, Brazil. *Bull Pan Am Health Organ*. 1994;28(1):42-9.