

Cresce o número de casos de sífilis no País

Desabastecimento de penicilina, falhas no atendimento pré-natal e no diagnóstico estão entre as causas da endemia



Notificação da sífilis congênita é obrigatória desde 1986, enquanto a de gestantes com a doença, a partir de 2005

Falhas no atendimento durante o pré-natal, no diagnóstico e, mais recentemente, no abastecimento da penicilina, estão entre os fatores que explicam o aumento do número de casos notificados da sífilis em todo o País. A melhoria da vigilância epidemiológica nos últimos anos, com incremento de testagem e notificação da sífilis congênita e em gestantes, também pode estar contribuindo para esse crescimento.

O Ministério da Saúde (MS) estima que, até 2005, apenas 3,8% das gestantes com sífilis eram identificadas. Em 2012, esse índice saltou para 62%. Já em 2013, a taxa de incidência da sífilis congênita foi de 4,7 casos por mil nascidos vivos, representando 13.705 casos em números absolutos.

A notificação de sífilis congênita é obrigatória desde 1986, enquanto a de gestantes com a doença passou a ocorrer a partir de 2005.

De acordo com o MS, com os dados atualmente disponíveis, não é possível avaliar a evolução da sífilis congênita no Brasil, uma vez que os números refletem a redução da subnotificação dos casos em gestantes e bebês.

“Apesar de ainda não ser possível avaliar a evolução da doença com precisão, agora temos resultados baseados em notificações, e não mais em suposições, pois aprimoramos a coleta de dados”, avalia o infectologista e conselheiro do Cremesp,

Caio Rosenthal. Mas, segundo ele, “vivenciamos uma epidemia, ou seja, alto número de casos e de difícil controle”.

Para a médica Carmen Silvia Bruniera Domingues, coordenadora de ações para eliminação da sífilis do Centro de Referência e Tratamento DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde (CRT/SES-SP), serão necessários mais esforços para o alcance da meta de eliminação da doença, apesar de medidas de intervenção estarem disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante. “Para acabar com a disseminação da sífilis, é necessária a ampliação do acesso e a melhoria do pré-natal, com oferta de testes para diagnóstico precoce e início oportuno de tratamento das gestantes e parceiros”, diz.

Falhas no atendimento

Para o infectologista e conselheiro do Cremesp, Caio Rosenthal, entre as razões que explicam o crescimento do número de casos está o aumento dos diagnósticos, obtidos por meio de exames de pré-natal. Mas, por outro lado, há dificuldades em relação à obtenção das informações do parceiro/a, para que este possa fazer o tratamento e diminuir as taxas de transmissão. “Além disso, como está havendo menor preocupação em usar preservativos e fazer sexo seguro, isso provoca também um aumento no número de casos de sífilis”, afirma.

Carmen Silvia Bruniera Domingues, do CRT/SES-SP, acrescenta outros fatores que podem ter contribuído para a perda de oportunidades de controle da doença: “entrada tardia no serviço pré-natal, abandono do pré-natal, tratamento incompleto ou não realizado, dificuldade ou não aplicação de penicilina na unidade de realização do pré-natal e gestantes com maior vulnerabilidade como: usuárias de drogas, adolescentes vivendo em situação de rua, imigrantes, mulheres privadas de liberdade e parceiras de homens privados de liberdade”.

Na opinião do conselheiro e representante do Cremesp no Comitê de Vigilância de Mortalidade Materna e Infantil no Estado de São Paulo, Krikor Boyacian, as falhas acontecem quando o médico obstetra não faz o diagnóstico e não pede o exame.

“Não digo que isso é uma regra geral, mas tem acontecido falha no diagnóstico da sífilis na mãe porque é ela quem transmite para o feto”, reforça.

Testes

Segundo Boyaciyán, o Estado fornece o programa de pré-natal, mas falta controle de qualidade. “Existe uma recomendação importante a ser seguida: a gestante tem de fazer o exame (sorologia para sífilis, o VDRL) na 1º consulta do pré-natal, idealmente no 1º e 3º trimestres da gestação e na hora do parto/curetagem. Sem esses cuidados, o controle e diagnóstico ficam prejudicados”, diz. Ele relata que o Comitê tem checado essa qualidade e verificado que há vários casos de diagnósticos que não são feitos, mesmo com a gestante realizando o pré-natal; ou, ainda, quando são realizados, não se tem a droga específica para o tratamento.

Para Carmen, o problema é que “muitos colegas solicitam o teste apenas na entrada do pré-natal e, se o resultado for “não reagente”, acabam não solicitando a repetição no 3º trimestre”, observa. Outra falha, segundo ela, é o tratamento inadequado da gestante com sífilis, realizado com subdoses de penicilina para a forma clínica, instituição do tratamento dentro dos 30 dias que antecedem o parto e o não tratamento do parceiro sexual.

A médica orienta: “o tratamento adequado da gestante com sífilis deve ser realizado com penicilina G benzatina (única droga que atravessa a barreira transplacentária), na dose adequada ao estágio da doença”. O parceiro sexual com sífilis deve ser tratado concomitantemente. A gestante precisa apresentar queda de duas titulações em sorologia não treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis de sorologia não treponêmica, se o título inicial for menor ou igual a 1:4”.

Desabastecimento de penicilina agrava quadro da doença

“Está havendo um gravíssimo desabastecimento da penicilina específica para o tratamento da sífilis. Isto é inadmissível”, alerta o infectologista e conselheiro do Cremesp, Caio Rosenthal.

Ele lembra que houve ocasiões, no passado, em que a indústria farmacêutica retirou do comércio determinados medicamentos de baixo custo, deixando de

fabricá-los, para, depois, em função da demanda reprimida, voltar à produção, porém com preço bem mais elevado. “Não posso garantir que isso esteja acontecendo com a penicilina benzatina, no caso da sífilis, mas esse tipo de estratégia já foi adotada anteriormente para forçar a alta dos preços”, diz.

Para o conselheiro e representante do Cremesp no Comitê de Vigilância de Mortalidade Materna e Infantil no Estado de São Paulo, Krikor Boyacian, essa tese parece ser verdadeira. “O preço da Penicilina G é muito baixo, e as indústrias têm pouco interesse em fabricá-lo”. E acrescenta: “a Fundação do Remédio Popular (Furp), da Secretaria do Estado de SP, fabricava, mas descontinuou o trabalho porque a Anvisa colocou dificuldades na importação de componentes da fabricação da penicilina”.

Atraso na entrega

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) — que repassa recurso para a compra da penicilina —, desde que começou a receber notificações de gestores estaduais e municipais sobre atraso na entrega do medicamento, por parte dos laboratórios produtores, vem acompanhando a produção e o abastecimento nacional para o tratamento da sífilis. Conforme a legislação em vigor, cabem aos Estados, Distrito Federal e municípios a aquisição, seleção, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, além da distribuição e dispensação desses medicamentos.

“A falta da penicilina é um problema nacional e tem sido relacionada a dificuldades no abastecimento da matéria-prima para produção desse insumo. A Secretaria de Estado da Saúde tem aberto pregões para compra emergencial e recentemente adquiriu 10 mil frascos de penicilina G benzatina para as gestantes com sífilis, até que o abastecimento esteja normalizado. Além disso, tem sido estabelecido contato frequente com a Furp para a retomada da produção”, informa a SES-SP.

Quadro epidemiológico

No Brasil, em 2013, foram notificadas 21.382 gestantes com sífilis, com uma taxa de detecção de 7,4 gestantes por 1 mil nascidos vivos. Também foram notificados e investigados 13.705 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, 18% a mais do que as notificações de 2012. A taxa de incidência foi de 4,7 casos

por 1 mil nascidos vivos e variou de acordo com a região de residência: 5,3 para a Região Nordeste (4.417); 5,1 para a Sudeste (5.907); 4,1 para a Sul (1.566); 3,5 para a Norte (1.064); e, 3,3 para a Centro-Oeste (751).

As maiores taxas de incidência ocorreram em Sergipe e Rio de Janeiro, com 11,2 e 11,5 casos de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos, respectivamente. Entre as capitais, destacaram-se Porto Alegre (18,7 por 1 mil nascidos vivos), Recife (18,2), Rio de Janeiro (16,4), Maceió (15,2), Fortaleza (14,6), Vitória (13,3), Aracaju (10,5), Salvador (9,8) e Macapá (9,5).

São Paulo

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2013, foram notificados 18.951 casos de sífilis adquirida, sendo 39% (7.381) do sexo feminino. Entre as mulheres com sífilis, 31% (2.314) estavam com menos de 30 anos de idade. Também foram notificadas no Estado 5.057 gestantes com sífilis, com uma taxa de detecção de 8,3 gestantes por 1 mil nascidos vivos, e 2.388 casos de sífilis congênita, com uma taxa de incidência de 3,9 casos por 1 mil nascidos vivos.

Entre as gestantes notificadas, 23% (1.173) entraram tardiamente no pré-natal (3º trimestre), 16% (792) estavam com o tratamento inadequado, 22% (1.133) eram adolescentes e 52% (2.642) dos parceiros sexuais não foram tratados, evidenciando a dificuldade da rede em acessar e tratar os parceiros destas mulheres.

Na análise dos casos de sífilis congênita (2.388), observou-se que 29% (684) das mães não fizeram o pré-natal, e o diagnóstico de sífilis foi realizado na maternidade. Entretanto, em 71% (1.704) dos recém-nascidos com sífilis, as mães tinham realizado o pré-natal, e em 74% (1.256) destes casos, a sífilis materna foi diagnosticada durante a gestação.

Carmen Silvia Bruniera Domingues, do Centro de Referência e Tratamento DST/AIDS-SP, acredita que estes dados "mostram que, apesar de a maioria das mães de crianças com sífilis congênita terem tido acesso ao pré-natal e recebido o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, a cadeia de transmissão vertical da sífilis não foi interrompida".

Protocolo de atendimento

- Os médicos devem utilizar os Guias e Manuais Técnicos, elaborados pelo Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – Programa Estadual de DST/Aids - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, disponíveis no site www.crt.saude.sp.gov.br (link: <http://issuu.com/crtstaidssp/crtaids/docs>), para garantir a qualidade e o cumprimento das condutas clínicas e, desta forma, obter exitosamente a eliminação da sífilis congênita no estado de São Paulo.
- O Centro de Referência e Treinamento está à disposição dos médicos para esclarecer, discutir, atualizar e divulgar informações, nos seguintes contatos: epidemiocrt@saude.sp.gov.br ou telefone 5087-9864 ou 5087-9865.
- É muito importante que os médicos obstetras utilizem o cartão da gestante e anotem os exames solicitados para sífilis e HIV, com os resultados e o tratamento realizado com as datas, drogas e doses (gestante e parceiro sexual). A gestante deve levar este cartão para a maternidade, na admissão para o parto.

Nota Técnica

- A SES divulgou nota técnica para priorizar o uso da penicilina G benzatina para gestantes com sífilis e da penicilina G cristalina para os recém-nascidos com sífilis congênita, em situação de desabastecimento destes insumos. O documento está disponível no link: (<http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/outras-publicacoes/notatecnicaconjunta001-2015.pdf>).