

O DESAFIO DA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS NO BRASIL

Cristina Ferreira¹, Denis Ribeiro², Eduardo C Oliveira³, Marcelo J Barbosa³, Mariângela BG Simão⁴, Valdir M Pinto⁵

O Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em fevereiro de 2006, fortalece a gestão compartilhada entre as diversas esferas de governo. Estabelece aos estados e municípios o desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas, de acordo com a realidade local, de maneira que as prioridades estaduais e municipais também possam ser agregadas à agenda nacional.

Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, que aponta a redução da mortalidade materna e infantil como uma das prioridades básicas. Um dos componentes para a execução dessa prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Para que o Brasil avance nesse propósito, o Ministério da Saúde lançou, em 24 de outubro, o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, tendo como meta principal reduzir as taxas de transmissão, de forma escalonada, até 2011, conforme os **Quadros 1 e 2**.

Recursos Financeiros

Atualmente, o Ministério da Saúde investe R\$ 38,8 milhões na aquisição de medicamentos anti-retrovirais para gestantes HIV+ e crianças expostas ao HIV, inibidores de lactação, fórmula infantil e testes para HIV e sífilis. Para ampliar as ações, visando alcançar as metas estabelecidas no plano, estão previstos mais R\$ 16 milhões no repasse anual que o Ministério da Saúde faz para os estados e municípios.

Esses recursos são necessários para adequar a rede de atenção, revisando fluxos de referência e contra-referência entre serviços de pré-natal e laboratórios de testagem e maternidades. Nesse contexto, é estratégica a aproximação entre a atenção básica e os serviços especializados, capilarizando a cobertura do sistema a partir da integralidade das ações.

Com o plano, pretende-se, ainda, aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal. O teste VDRL, usado para detectar a sífilis, é disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Espera-se que o número de testes de sífilis realizados em gestan-

tes aumente de 2,1 milhões para 4,8 milhões por ano. No caso dos testes anti-HIV, estima-se que passará de 1,4 milhão para 2,3 milhões.

Os cálculos, do aumento de cobertura da testagem para 100% das gestantes atendidas na rede pública de saúde, foram feitos com base no número estimado de grávidas atendidas no SUS por ano (2,4 milhões/2006 – DATASUS).

Contexto

Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que aproximadamente 12,5 mil recém-nascidos sejam expostos ao vírus da aids por ano no Brasil. Cerca de 48 mil casos de sífilis ocorrem ao ano em gestantes no país, resultado de uma prevalência de 1,6%, e cerca de 12 mil casos de sífilis congênita².

Por meio de medidas preventivas e de tratamento adequado, as chances de transmissão vertical do HIV caem para aproximadamente 1%. Da mesma forma, com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro, durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública no país, ou seja, reduzir o índice para menos de um caso por mil nascidos vivos.

Para avançar na prevenção desses dois agravos, é necessário que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atender a gestante portadora de HIV ou sífilis, bem como o seu recém-nascido. No caso de sífilis diagnosticada em parturientes, somente poderemos diminuir a morbidade perinatal, visto que o agravo já ocorreu, mas, pode-se abordar a infecção materna, e dos parceiros, interrompendo o ciclo de infecção no casal e suas consequências no longo prazo. Torna-se, assim, imprescindível a necessidade de ampliação do acesso ao diagnóstico e a atenção a essas mulheres e seus parceiros, principalmente durante o pré-natal.

Para a sífilis, apesar de estar bem estabelecido o uso da penicilina, deparamo-nos com serviços, na esfera da atenção primária, que recusam a aplicação da penicilina. Em 19 de janeiro de 2006 foi publicada portaria ministerial normatizando o uso da mesma em unidades básicas de saúde.

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer por meio da passagem do vírus da mãe para o bebê, durante a gestação, no trabalho de parto, no parto propriamente dito (por meio do contato com as secreções cervico-vaginais e sangue materno) ou pela amamentação. Cerca de 35% das transmissões do HIV da mãe para o bebê ocorrem durante a gestação e 65%, no periparto³. Há, ainda, um

¹ Farmacêutica – bioquímica, Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde (PN DST e Aids).

² Enfermeira em Oncologia Clínica, PN DST e Aids.

³ Médico Infectologista, PN DST e Aids.

⁴ Médica Pediatra Sanitarista, Mestre em Saúde Materno-Infantil, Diretora PN DST e Aids.

⁵ Médico, Mestre em Saúde Pública, PN DST e Aids.

Quadro 1. Taxa de transmissão vertical do HIV, no Brasil, por região¹

Região	Taxa de transmissão ¹ (%)	Redução proposta para cada região até 2009 (%)	Taxa esperada até 2009 (%)	Redução proposta para cada região até 2011 (%)	Taxa esperada até 2011 (%)
Norte	13,40	30	9,40	30	6,60
Nordeste	7,70	30	5,40	30	3,80
Centro-Oeste	4,30	30	3,00	30	2,10
Sudeste	7,60	30	5,30	30	3,70
Sul	4,90	30	3,40	30	2,40

Quadro 2. Taxa de redução da transmissão vertical da sífilis, no Brasil, por região¹

Região	Taxa de incidência estimada por 1.000 nascidos vivos ²	Redução proposta com relação à taxa de inc. estimada para 2009 (%)	Taxa de incidência esperada por 1.000 nascidos vivos até 2009	Redução proposta com relação à taxa de inc. estimada para 2011 (%)	Taxa de incidência esperada por 1000 nascidos vivos até 2011 (%)
Norte	4,5	30	3,15	30	2,20
Nordeste	4,7	30	3,29	30	2,30
Centro-Oeste	3,2	30	2,24	30	1,57
Sudeste	4,0	30	2,80	30	1,96
Sul	3,5	30	2,45	30	1,71

risco acrescido de transmissão por meio da amamentação natural, com índices entre 7% e 22% por exposição (mamada)^{4,5}.

Quando não são realizadas as intervenções de profilaxia, a transmissão vertical do HIV ocorre em cerca de 25% das gestações das mulheres infectadas. Entretanto, a administração da zidovudina (AZT), na gestação, adicionada ao uso de AZT injetável durante o trabalho de parto e do AZT xarope ao recém-nascido, reduzem a taxa de transmissão vertical para 8,3%, segundo um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França (Protocolo ACTG 076)⁶.

As intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (PN-DST/Aids), atualmente, são:

- Uso de medicamentos anti-retrovirais, a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia anti-retroviral tríplice;
- Utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto;
- Realização de cesárea eletiva, em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica^{7,8};
- Administração de AZT oral para o recém-nascido exposto, do momento do nascimento até 42 dias de vida; e inibição de lactação à mãe, associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade^{9,10}.

Variações regionais

Em estudo multicêntrico conduzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a taxa estimada de transmissão vertical do HIV no Brasil, em 2004, era de 6,8%, variando entre 13,4%, na região Norte, e 4,3%, na região Centro-Oeste¹. Nas regiões onde houve

sensibilização e empenho para reduzir a transmissão vertical, observam-se números semelhantes aos dos países desenvolvidos.

Já a prevalência de sífilis em parturientes encontra-se em 1,6%², aproximadamente quatro vezes maior que a infecção pelo HIV, também apresentando diferenças regionais com 1,8% para a região Norte, 1,9% para a Nordeste, 1,6% para a sudeste, 1,4% para a Sul e 1,3% para a Centro-Oeste, representando cerca de 50 mil gestantes infectadas no ano de 2005. A sífilis congênita é um claro evento marcador da qualidade da assistência à saúde, ocorrendo, em média, cinco mil novos casos notificados a cada ano, com uma taxa de incidência de 1,9 caso por mil nascidos vivos¹¹. Considerando-se uma importante subnotificação, estima-se que ocorram, no entanto, cerca de 12 mil casos da doença, o que elevaria a taxa de incidência para cerca de 4 casos por 1.000 nascidos vivos.

Apesar da elevada cobertura de pré-natal no país, próximo a 96%, a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades¹². Contudo, verifica-se ora a inobservância da realização da rotina preconizada, ora um tratamento inadequado, incluindo-se o não tratamento do parceiro.

Os casos notificados e investigados de sífilis congênita, segundo características maternas, apresentam índices baixíssimos com relação ao tratamento do parceiro, que apresenta uma média de apenas 13%¹¹.

Legislação, tecnologia e insumos para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis já existem e são disponibilizados pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais. Porém, os dados epidemiológicos não são satisfatórios e as diferenças regionais demonstram que é possível e, sobretudo, necessária a

implementação de medidas mais efetivas de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Para qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis, particularmente para gestantes, durante o pré-natal e nas maternidades, o Ministério da Saúde, além das estratégias já citadas, inclui a implantação, em cenários específicos, dos testes rápidos para o diagnóstico. Entretanto, deve-se destacar que apenas o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhora da qualidade da atenção à gestante portadora de HIV e/ou sífilis, além disso, devemos pensar na captação precoce da gestante, instituição e adesão ao tratamento e tratamento dos parceiros.

O plano busca agregar todos os atores envolvidos na redução da TV do HIV e da sífilis, com o objetivo de sensibilizá-los, bem como definir responsabilidades, com perspectivas de que as ações sejam de fato executadas no país para que na próxima década casos de transmissão vertical do HIV e da sífilis sejam identificados como eventos raros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Succi RCM et al. Protocolo Colaborativo Multicêntrico Brasileiro para Avaliar as Taxas de Transmissão Materno-Infantil do HIV em Filhos de Mulheres com Diagnóstico da Infecção pelo HIV realizado antes, durante ou até três meses após o Parto. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estudo Sentinela Parturientes. Rev Saúde Pública 2004; 38(6): 764-772.
3. Kuhn L, Abrams EJ, Matheson PB, Thomas PA, Lambert G, Bamji M et al. Timing of maternal infant HIV transmission: association between intrapartum factors and early polymerase chain reaction results. Aids 1997; 11:429-35.
4. Bhana N, Ormrod O, Perry CM, Figgitt DP. Zidovudine: a review of its use in the management of vertically-acquired pediatric HIV infection. Paediatr Drugs 2002; 4:515-53.
5. Read JS. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Aids. Pediatrics 2003; 112:1196-205.
6. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, Sullivan MJ et al. Reduction of maternal-infant transmission of immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994; 331:1173-80.
7. Kind C, Rudin C, Siegrist CA, Wyler CA, Biedermann K, Lauper U et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective cesarean section and zidovudine prophylaxis. Aids 1998; 12:205-10.
8. Minkoff H. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy. Obstet Gynecol 2003; 101:797-810.
9. Bryson YJ. Perinatal HIV-1 Transmission: recent advances and therapeutic interventions. Aids 1996; 10 Suppl 3:S33-42.
10. Orloff SL, Simonds RJ, Steketee RW, Louis ME. Determinants of perinatal HIV-1 transmission. Clin Obstet Gynecol 1996; 39:386-95.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Ano III – nº 1 – 1ª-26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Estudo Sentinela Parturientes; 2006 (dados não publicados).

Endereço para correspondência:

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, UNIDADE III

Avenida W 3 Norte SEPN 511, Bloco C, 2º andar, Asa Norte, Brasília, DF.

CEP: 70750-543

Tel: 55 61 3448-8068, Fax: 55 61 3448-8206

E-mail: grupodst@aids.gov.br

Recebido em: 21/12/2007

Aprovado em: 21/02/2008