

## Transmissão vertical do HIV e sífilis congênita em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro: desafios e estratégias para superar os obstáculos na prevenção, vigilância e tratamento.

### Vertical transmission of HIV/AIDS and congenital syphilis in Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro: challenges and strategies to overcome the obstacles in prevention, surveillance and treatment.

Regina Célia de Souza Campos Fernandes <sup>1</sup>, Danielle Pires e Silva <sup>2</sup>, Alexandre Machado Gomes <sup>2</sup>, Paulo Giovanni de Carvalho Cavalcanti Fernandes <sup>2</sup>, Talita Yurie Nakata <sup>2</sup>, Luciana Cordeiro de Araújo <sup>3</sup>, Enrique Medina-Acosta. <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médica Pediatra, Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Professora da Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ.

<sup>2</sup> Alunos do sexto ano da Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ.

<sup>3</sup> Mestre em Biociências, Hospital Geral de Guarus, Campos dos Goytacazes, RJ.

<sup>4</sup> Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, RJ.

#### RESUMO

A transmissão vertical do HIV e a sífilis congênita são consideradas problemas de saúde de extrema relevância na atualidade em nosso país. Acompanhando a heterossexualização e feminização da epidemia de AIDS, hoje mais que 90% dos casos de AIDS pediátrica são relacionados à transmissão materno-infantil, que pode ser reduzida de 25% para 0 a 2% pelo diagnóstico da doença materna, pelo uso de tratamento anti-retroviral ou profilaxia com Zidovudina, pelo parto cesário e pela alimentação artificial para o recém-nato. Em relação à sífilis, a taxa de transmissão pode chegar a 100% na sífilis materna primária e a única chance de desfecho favorável é pelo diagnóstico materno e tratamento com a penicilina benzatina na gravidez. Mesmo considerando diferenças regionais, redução expressiva da transmissão vertical do HIV tem sido obtida, permanecendo a sífilis como um grande desafio. Em nosso município pouco se avançou nos últimos anos na redução da transmissão vertical do HIV e a sífilis ainda representa um enorme problema. Sem esforço conjunto de profissionais de Saúde, dos gestores e do governo a eliminação destas patologias não será possível num futuro próximo.

**Descritores:** transmissão materno-infantil do HIV, sífilis congênita, recém-nascido, gestante.

#### ABSTRACT

Mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis are considered health problems of extreme relevance nowadays in our country. Following the trends of heterosexual transmission and feminization of the AIDS epidemic, today more than 30% of AIDS pediatric cases are related to mother-to-child transmission, which can be reduced from 25% to 0 a 2% through the diagnosis of the maternal disease, the use of anti-retroviral therapy or prophylaxis with Zidovudine, elective cesarean delivery and bottle artificial feeding of the newborn. With regards to syphilis, the transmission rate can reach 100% in the case of primary maternal syphilis and the only chance for a favorable outcome is the diagnosis of the disease in pregnant women and the correct treatment during pregnancy with benzathin penicillin. Even considering regional differences, expressive reduction of vertical transmission of HIV has been obtained in Brazil; however, congenital syphilis still remaining a major challenge. In the county of Campos dos Goytacazes little progress was made in the last years towards the reduction of vertical transmission of HIV, and congenital syphilis persists as a great health problem. Without joint efforts of care providers, decision makers and government the eradication of these pathologies will not be possible in the near future.

**Keywords:** mother-to-child transmission of HIV, congenital syphilis, newborn, pregnant woman.

---

#### Autor para correspondência:

Regina Célia de Souza Campos Fernandes

Programa Municipal DST/AIDS de Campos dos Goytacazes - RJ, Rua Conselheiro Otaviano 241, Centro, Campos dos Goytacazes - RJ, CEP 28010-140; Tel: (22) 2733-3335, Fax: (22) 2733-0088; e-mail: reg.fernandes@bol.com.br

## INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV e a sífilis são duas doenças de transmissão sexual, mas que podem também ser transmitidas da mãe para o filho.

A transmissão vertical do HIV em nosso país começou a adquirir importância a partir da década de 90, quando o controle do sangue e de seus derivados passou a ser rigoroso e também com o maior acometimento da população feminina em idade fértil, em decorrência da predominância da transmissão heterossexual.

A partir da revisão de diferentes estudos sobre transmissão materno-infantil (TMI) do HIV, Kourtis e colaboradores estimaram taxas de transmissão em relação à época da gestação: até a 14ª semana ela seria de 4%; de 14 a 36 semanas seria de 13%; da 36ª semana até o parto atingiria 39%; no parto, seria de 26% e pela amamentação atingiria 18%<sup>1</sup>. Logo ela ocorre prioritariamente muito próxima ao parto e durante o mesmo, não devendo ser desprezado o papel da amamentação ao seio.

Em 1996, a publicação do estudo randomizado de Sperling e colaboradores nos Estados Unidos veio demonstrar que a transmissão vertical do HIV, de 25 a 30% na ausência de qualquer intervenção, poderia ser reduzida em 66% pelo uso de Zidovudina a partir da 14ª semana de gestação e no momento do parto pela via venosa, além do uso pelo recém-nascido de suspensão nas seis primeiras semanas de vida (protocolo ACTG 076)<sup>2</sup>. Com a utilização de cesariana eletiva, da fórmula láctea e da terapia tripla para tratamento da gestante, a transmissão vertical do HIV pode cair para valores inferiores a 2%<sup>3</sup>.

Desde 1996 no Brasil começou a ser utilizado o protocolo ACTG 076 como parte dos esforços para prevenção da transmissão vertical do HIV e em Campos dos Goytacazes isto aconteceu a partir de 1999.

Já a sífilis é uma doença relatada desde o século XV. Na década de 40, com a descoberta da penicilina, se acreditou na possibilidade de sua erradicação. A partir dos anos 80, ela voltou a merecer destaque no contexto de expansão do uso de drogas ilícitas, prostituição, gravidez na adolescência, urbanização e acesso limitado a serviços de saúde<sup>4</sup>. Mais do que 12 milhões de novos casos ocorrem anualmente, com predominância nos países em desenvolvimento<sup>5</sup>.

A TMI do *Treponema pallidum* ocorre em praticamente todos os conceitos de mães com sífilis primária ou secundária não tratada (70 a 100%)<sup>4</sup>. Ela pode acontecer em qualquer fase da gravidez ou estágio da doença materna.

Em 1995, o Brasil participou do Projeto para

Eliminação da Sífilis Congênita das Américas, cuja meta seria de < 1 caso /1000 nascidos vivos até o ano de 2000 e que não foi atingida até hoje, apesar de abordagem para diagnóstico e tratamento bem mais simples da sífilis do que para a infecção materna pelo HIV<sup>6</sup>.

Segundo dados do último Estudo Sentinela Parturiente realizado em 2004, que incluiu uma amostra representativa de gestantes de 15 a 49 anos, de todas as regiões do país, a incidência VDRL positivo entre gestantes foi de 1,6% o que corresponde a 50.000 gestantes infectadas e considerando 25% de transmissão vertical, um total de 12.000 recém-natos com sífilis congênita<sup>7</sup>. Portanto ainda estamos muito longe da meta almejada.

Baseado nesses fatos, o objetivo do presente trabalho é expor a situação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil e em nosso município enfatizando os obstáculos a serem vencidos para que se consiga a eliminação das mesmas.

## MÉTODO

Foi feita uma revisão de trabalhos com dados epidemiológicos mais expressivos sobre a TMI do HIV e da sífilis no Brasil; de trabalhos realizados em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro; bem como de documentos e normatizações do Programa Nacional de DST/AIDS.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os estudos realizados no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência sobre Sífilis Congênita e no Centro de Testagem e Aconselhamento, Programa Municipal DST/AIDS de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, sobre a TMI do HIV foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos.

## RESULTADOS

No Brasil o uso do protocolo ACTG 076 data de 1996, merecendo destaque os valores alcançados pelo Programa de Assistência Integral à Gestante HIV Positiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com uma taxa de transmissão de 1,6%<sup>8</sup> e a experiência da Escola Paulista de Medicina com nenhum caso de infecção pelo HIV num grupo de 111 crianças expostas e cujas mães receberam terapia tripla<sup>9</sup>.

Mais recentemente foi relatada a redução de transmissão vertical de 16% em 1995 para 2,4% em 2005, no estado de São Paulo nas instituições que participaram do estudo multicêntrico da Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>10</sup>. Este estudo realizado em 2003 verificou uma

taxa global de TMI de HIV no país de 6,8% (Figura 1), porém com grandes desigualdades regionais. No Norte ela atingiu 14,3% contra 4,3% na região Centro-Oeste <sup>11</sup> (Tabela 1).

Em Campos dos Goytacazes atuamos na profilaxia da TMI do HIV desde 1999. Inicialmente trabalhamos na conscientização sobre a necessidade de solicitação do teste anti-HIV para todas as gestantes e que hoje já deve ser feita de forma obrigatória no 1º e 3º trimestres e também no parto, sempre que não haja um exame realizado nos 30 dias anteriores a ele.

A seguir demonstramos a cobertura pela testagem anti-HIV na gestação, no Centro de Testagem e Aconselhamento de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro (Tabela 2). Em 2006 vale a pena mencionar que ao total de gestantes da tabela 2 deve ser acrescentado um contingente decorrente da descentralização da testagem incluindo mais quatro unidades de saúde. Assim sendo, pouco mais da metade de nossas gestantes é submetida a testagem. Nossa taxa de transmissão vertical do HIV foi de 6,8% no período de 1999 a 2003 <sup>12</sup>, caindo para 6,25% entre 2004 e abril de 2007 <sup>13</sup>.

Com relação à sífilis congênita uma dificuldade adicional é representada pela subnotificação, que persiste apesar de muito se trabalhar neste sentido e que foi muito bem caracterizada em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro entre 1999 e 2000, após campanha de eliminação da sífilis congênita, em que a subnotificação dos casos ao SINAN foi de 60 a 70% <sup>14</sup>. Isto também se repete em Campos dos Goytacazes, quando o número de casos de sífilis congênita notificados à Secretaria Estadual de Saúde em 2002 foi zero, subiu para cinco em 2003, chegando a vinte casos durante o ano de 2004, época em que realizávamos estudo em uma das maternidades locais e finalmente com queda para um caso em 2005 com a descontinuação do estudo <sup>15</sup>.

Tais fatos justificaram a compulsoriedade na notificação das gestantes durante a gestação a partir de 2005, determinada pelo Ministério da Saúde <sup>16</sup>.

Devem-se também considerar as diferenças regionais na prevalência de VDRL positivo entre gestantes, por exemplo, de 1,9% na região Nordeste contra 1,6% na região Sudeste e 1,3% no Centro-Oeste <sup>17</sup>; diferenças regionais na mortalidade por sífilis congênita como verificado entre 1980 e 1995 com variação de 6,8/100.000 menores de um ano no Nordeste, 3,62 no Sudeste e 1,82 no Centro-Oeste <sup>18</sup>; e também diferenças em uma mesma comunidade, muito bem explicitadas em estudo realizado em Porto Alegre, RS, onde os autores conseguiram caracterizar dois perfis de gestantes em risco para sífilis congênita, um constituído por pacientes de baixo nível sócio-econômico e outro por pacientes com comportamentos de risco, como relação não estável, uso de drogas, fumo, álcool, etc. O primeiro se mostrou com maior risco de apresentar casos de sífilis congênita <sup>19</sup>.

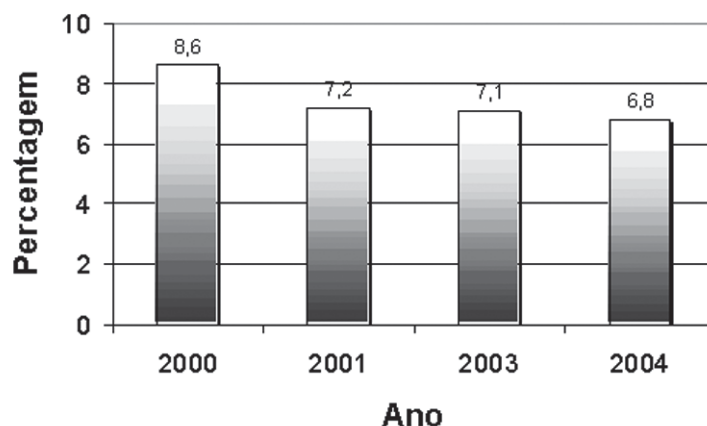
Os números da cidade do Rio de Janeiro em relação à sífilis na gravidez no período de 1999 a 2004 são mostrados na Tabela 3. A taxa de cobertura pela testagem para sífilis foi de pouco mais de 70%. Merecem destaques, a queda na prevalência do VDRL positivo entre as gestantes e a proporção de parceiros tratados muito baixa <sup>20</sup>.

Em Campos dos Goytacazes, estudos realizados no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência mostraram o seguinte panorama (Tabela 4). Aqui também se verificou uma queda do VDRL positivo entre as gestantes.

A tabela 5, relativa ao estudo realizado no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência entre 2006 e 2007, ilustra a época do diagnóstico da sífilis materna. Ele é feito principalmente a partir do 4º mês, o que constitui sério obstáculo para o rápido tratamento, para o controle de cura e para o diagnóstico e retratamento no caso de re-infecção.

No desfecho dos vinte e cinco casos de sífilis congênita relatados na Tabela 4 para o período 2006/2007 tivemos: 02 casos descartados, 14 casos presumíveis e 09 confirmados, sendo 02 destes com alterações ósseas e 07 com neurosífilis (todos os bebês foram investigados por VDRL, hemograma, RX de ossos longos e punção lombar). Estes dados ainda serão publicados.

Figura 1. Taxa de transmissão vertical do HIV por ano de nascimento. Brasil, 2000-2004 <sup>a</sup>



(a) Fonte: Succi, R. 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, 2003. Grupo de Estudo da Transmissão Vertical do HIV da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2002-2004. Dados preliminares. 2002 - Dados incompletos.

Tabela 1. Taxas de transmissão materno-infantil do HIV por Região: desigualdades (\*).

Região	Número de casos	Transmissão vertical (%)
Norte	74	13,4
Nordeste	222	7,7
Centro-oeste	213	4,3
Sudeste	2029	7,6
Sul	836	4,9

(\*) Fonte: Succi, 2003. Pesquisa da Sociedade Brasileira de Pediatria.

**Tabela 2.** Número de gestantes atendidas no Centro de Testagem e Aconselhamento Programa Municipal de DST/AIDS de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro e estimativa do número total de gestantes do município através do indicador "número de nascidos vivos" (SISNAC/DATASUS) no município.

Número Total de Gestantes	Ano					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
No município	7.811	7.741	7.542	7.659	7.558	7.398
Atendidas do CTA	2.226	2.883	2.718	3.337	3.879	3.861
Cobertura (%)	8,49	37,24	36,04	43,57	51,32	52,19

**Tabela 3.** Cobertura de testagem VDRL <sup>a</sup> para sífilis na gestação, proporção de gestantes positivas, proporção de gestantes positivas tratadas e proporção de parceiros tratados no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, período 1999-2004.

Ano	Cobertura de testagem	Gestantes positivas	Gestantes positivas tratadas	Parceiros tratados
	(%)	(%)	(%)	(%)
1999 <sup>b</sup>	74,8	4,7	88,4	16,1
2000	77,9	4,2	91,4	18,5
2001	73,3	3,5	87,1	19,9
2002	74,3	2,7	88,0	25,1
2003	73,1	2,4	84,2	19,1
2004	72,7	2,8	85,4	17,7

(<sup>a</sup>) Teste VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

(<sup>b</sup>) Dados referentes ao segundo semestre, exclusivamente.

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde.

**Tabela 4.** Prevalência de VDRL positivo entre gestantes admitidas para parto e/ou curetagem no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro.

Ano	Gestantes Analisadas	Gestantes com VDRL positivo	
	n	n	%
2001 <sup>a</sup>	1.742	59	3,5
2003	1.705	26	1,52
2006/2007 <sup>b</sup>	2.117	25	1,18

(<sup>a</sup>) Período de janeiro a setembro de 2001.

(<sup>b</sup>) Período de agosto de 2006 a abril de 2007.

**Tabela 5.** Época do diagnóstico da sífilis materna no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, no período de agosto de 2006 a abril de 2007.

Total de Gestantes Analisadas (n = 2.117)	n	%
Gestantes com VDRL positivo	25	1,18
Diagnóstico da Sífilis Materna no 1º Trimestre	2	8,0
Diagnóstico da Sífilis Materna no 2º Trimestre	9	36,0
Diagnóstico da Sífilis Materna no 3º Trimestre	8	32,0
No Parto e/ou Curetagem	5 <sup>a</sup>	20,0

(<sup>a</sup>) Em um caso a mãe teve VDRL negativo na gestação e no parto e o diagnóstico de sífilis congênita foi feito durante investigação, porque o bebê desenvolveu quadro de sepsis nos primeiros dias de vida.

## DISCUSSÃO

Muita atenção tem sido dada à prevenção da infecção de bebês pelo HIV a partir de suas mães e com êxito razoável se considerando a complexidade e custo mais elevado dos insumos para tal finalidade, mas de outro lado não pode ser esquecida a sífilis congênita com sua taxa de transmissão quatro vezes maior, com importante repercussão na mortalidade fetal e perinatal e com um tratamento simples e barato <sup>21</sup>.

Em relação à cidade de Campos dos Goytacazes no que tange a TMI do HIV esbarramos nos seguintes fatores: dificuldade em aumentar a cobertura pela testagem anti-HIV no pré-natal; uso incorreto do teste rápido anti-HIV no parto; e o conjunto representado por doença materna avançada associada a novas gestações.

Quanto ao primeiro aspecto, já em 2005 constatávamos a urgência na necessidade de descentralização da testagem, inicialmente concentrada no Centro de Testagem e Aconselhamento e de forma a atingir áreas distantes do nosso município e incluir todas as gestantes. Em 2006 isto começou a se materializar e agora em 2007 também com as novas instalações do Laboratório Regional de Campos dos Goytacazes, RJ, acrescentamos à testagem anti-HIV, a possibilidade de realização local dos exames de carga viral e dosagem de linfócitos CD4/CD8, que todos nós envolvidos com atendimento de gestantes soropositivas sabemos quão importantes são para o correto tratamento da infecção pelo HIV nas mesmas. Mas há necessidade de encarar isto como uma verdadeira prioridade. Não podemos esquecer que a AIDS na infância pode ser eliminada se assim procedermos e não devemos nos satisfazer com a taxa de transmissão de 6,25%. Ela tem que chegar ao redor de 2%, pois temos todos os instrumentos para conseguir tal meta.

O uso incorreto do teste rápido no parto passou a ser caracterizado a partir de sua utilização mais rotineira. A análise da transmissão vertical em nosso município no período de 2004 a 2007 mostrou que 11,3% (9/80) dos recém-natos foram amamentados ao seio e que tal fato foi relacionado ao teste rápido realizado no dia posterior ao parto e com repercussão inclusive sobre a taxa de TMI do HIV. No grupo que foi amamentado ao seio, a TMI foi de 12,5% contra 4,3% nos não amamentados <sup>13</sup>.

O último aspecto foi muito bem explicitado por Krogstad <sup>22</sup> em editorial publicado em 2007, quando chama atenção para a necessidade de avaliação de novos anti-retrovirais para uso pediátrico, especialmente para uso nos casos em que a doença é contraída a partir de mães com doença antiga e que usaram múltiplos esquemas de tratamento. Ele também fala sobre a

importância do uso mais rotineiro dos exames de genotipagem para caracterizar a resistência viral e orientar o uso de anti-retrovirais para estas crianças. Tudo isso só reforça a importância da prevenção.

Essas gestantes multiexperimentadas também necessitam de um acompanhamento mais próximo, do fornecimento de informações mais precisas, de acesso aos métodos de anticoncepção de forma a prevenir novas gestações, o que certamente além de ter repercussão na TMI do HIV ainda atuará impedindo a emergência de vírus multirresistentes. E quando estas mulheres, ainda que conscientes dos riscos optarem por nova gestação, e a elas é garantido este direito, temos que assegurar um acompanhamento ainda mais criterioso.

A sífilis congênita para sua eliminação esbarra em três sérios obstáculos: cobertura da triagem para sífilis na gestação; a má qualidade do atendimento pré-natal; a dificuldade de acesso ao parceiro.

A cobertura de triagem para sífilis na gravidez ainda não atinge 100% da população de gestantes, embora mais que 70% relatem comparecimento ao pré-natal. Em 2003/2004 um estudo executado no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência em Campos dos Goytacazes mostrou um comparecimento de 84,8% das gestantes ao pré-natal <sup>15</sup>. Nesta instituição no período 2006/2007 o estudo demonstrou que apenas 8% das gestantes com VDRL positivo tiveram diagnóstico da sífilis no 1º trimestre, como é recomendado pelo Ministério da Saúde e 20% chegou ao parto sem diagnóstico (Fernandes, RCSC, dados não publicados). Isto é muito sério porque apenas o tratamento e em tempo hábil durante a gestação pode impedir os desfechos fatais da sífilis na gravidez, pois a transmissão vertical dá-se na fase intra-uterina. Por isso a notificação da sífilis na gestação foi instituída pelo Ministério da Saúde como forma de melhorar a atuação neste problema <sup>16</sup>. Além disso, é importante ressaltar que nos dias atuais mais que 70% dos casos de sífilis congênita são assintomáticos e o diagnóstico é sorológico e só poderá ser estabelecido pelo conhecimento da situação materna <sup>23</sup>.

Teríamos que investir na verdadeira causa da falta e/ou atraso no diagnóstico materno: dificuldade de acesso às unidades de saúde; demora na realização e obtenção dos resultados dos exames no pré-natal; ou até mesmo o baixo esclarecimento da população que não discerne a importância do diagnóstico, o mais breve possível para a instituição de terapia.

A má qualidade da assistência pré-natal engloba diferentes aspectos. Não basta solicitar o VDRL, a gestante deve ser aconselhada para que compreenda a relevância do exame a ser solicitado. Uma vez disponível o resultado,

ela deve ser tratada corretamente – isto significando o uso da penicilina benzatina, único antibiótico com ação sobre o feto; o uso da dose apropriada para o estágio da sífilis; a necessidade de confirmação da resposta ao tratamento que corresponde a uma queda de quatro vezes no título do VDRL e que deve ser feita com exames mensais. O pré-natalista também deve trabalhar a necessidade do uso do preservativo para prevenir a re-infecção.

Finalmente o terceiro grande obstáculo é representado pelo não tratamento do parceiro e isso não pode ser de forma alguma esquecido.

Entre 2003/2004 o estudo executado no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência em Campos dos Goytacazes mostrou que apenas 9,1% dos parceiros foram tratados <sup>15</sup> e no período 2006/2007 este número ficou em 12% (Fernandes, RCSC, dados não publicados), a exemplo de estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, que relatou valor de 17,7% para o ano de 2004 <sup>20</sup>. É importante ressaltar que sempre que o parceiro não é captado, testado e se positivo, tratado, ou se negativo, submetido à profilaxia do contactante de sífilis, mesmo com a instituição de tratamento materno, estamos diante de um caso de tratamento inadequado e se o recém-nato tiver VDRL positivo, ele deverá ser investigado e tratado obrigatoriamente. Possibilidades para incremento na atenção à gestação e captação do parceiro surgem nos programas Assistência Integral à Mulher e de Saúde da Família. Só nos falta resolução e empenho para que estas ações frutifiquem.

Para encerrar em nosso último estudo no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência em Campos dos Goytacazes, em 2006/2007, chamou atenção a constatação de sete casos de neurosífilis em neonatos com diagnóstico confirmado de sífilis congênita, na maioria, assintomáticos. O tratamento destes menores com êxito não teria sido possível sem o diagnóstico da doença materna e acompanhamento e investigação rigorosa ao nascimento. Neste estudo considerando-se apenas os nove casos confirmados para um total de 2117 gestações verificamos quão distantes nos encontramos da meta de um caso para 1000 nascidos vivos, apesar da diminuição constatada da prevalência de sífilis entre as gestantes analisadas.

## CONCLUSÃO

A sífilis e o HIV constituem hoje prioridade para o nosso país. O seu enfrentamento passa menos pela necessidade de recursos adicionais e mais pela mudança de postura dos profissionais de saúde, gestores e governantes, já sendo as estratégias para a obtenção de êxito de pleno domínio - Prevenção, Vigilância e Tratamento. É

fundamental que sempre que nos deparemos, na nossa prática diária com uma criança infectada por transmissão vertical da sífilis e/ou do HIV, ela seja encarada como a expressão de falhas ocorridas na identificação da gestante infectada e na aplicação de medidas profiláticas.

## AGRADECIMENTOS

O presente estudo recebeu apoio financeiro da Faculdade de Medicina de Campos através do Programa de Bolsas de Iniciação Científica. Nossa gratidão aos companheiros do Centro de Testagem e Aconselhamento de Campos dos Goytacazes e da Maternidade do Hospital dos Plantadores de Cana. Um agradecimento especial às colegas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência sob a coordenação de Dra. Patrícia Lizandro Albernaz, responsáveis pela investigação completa dos casos de sífilis congênita, no segundo estudo lá desenvolvido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Kourtis AP, Lee FK, Abram SEJ, Jamieson DJ, Bulterys M. Mother-to-child transmission of HIV: timing and implications for prevention. *Lancet Infect Dis* 2006; 6(11):726-32.
2. Sperling RA, Shapiro DE, Coombs RW, Todd JA, Herman AS, Mc Shery GD, et al. Maternal viral load, Zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *N Engl J Med* 1996; 335:1621-29.
3. Mofenson LH, Munderi P. Safety of antiretroviral prophylaxis of perinatal transmission for HIV-infected pregnant women and their infants. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30:200-15.
4. Sampaio MG. Sífilis congênita: aspectos clínicos e epidemiológicos atuais de uma doença antiga. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
5. Hook EWIII, Peeling RW: Syphilis control - a continuing challenge. *N Engl J Med* 2004; 351:122-24.
6. Ministério da Saúde: Projeto de eliminação da sífilis congênita. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde; 1997.
7. Ministério da Saúde: Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2005; Ano II; n.1.
8. Nogueira SA, Abreu T, Oliveira R, Araújo L, Costa T, Andrade M, et al. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz Infect Dis* 2001; 5:78-86.
9. Succi RCM. Avaliação da implementação da prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil: resultados e



problemas enfrentados, a experiência da Escola Paulista de Medicina EPM/UNIFESP. In: Conferência Internacional sobre infecção pelo HIV em mulheres e crianças. Rio de Janeiro: Informed Eventos; 2002. p. 6-7.

10. Matida LH, da Silva MH, Tayra A, de Menezes Succi RC, Gianna MC, Gonçalves A, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in São Paulo State, Brazil. An update. *AIDS* 2005; 19 Suppl 4:S37-41.

11. Ministério da Saúde. HIV e aids; Brasil, 1980-2006. <http://www.datasus.gov.br/> Informação em Saúde (acessado em 11/ Novembro/ 2006).

12. Fernandes RCSC, Araújo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2005;21(40):1153-1159.

13. Pires e Silva D, Gomes MA, Fernandes RCSC, Araújo LC, Medina-Acosta E. Transmissão materno-infantil do HIV em Campos dos Goytacazes (RJ), no período de 2004 a 2007. *Braz J Infect Dis* 2007; 11 Sup 2:S19.

14. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003; 19:1341-1349.

15. Fernandes RSC, Fernandes RSC, Fernandes RCSC. Aspectos epidemiológicos da Sífilis Congênita em uma maternidade do município de Campos dos Goytacazes, RJ. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos* 2006; 1 (1):15-19.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria no 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. *Diário Oficial da União*, Brasília, p.111, 15 jul.2005. Seção1.

17. Szwarcwald CL. Relatório: primeiros resultados do Estudo- Sentinela Parturiente 2004. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde; 2004.

18. Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *J Bras de Patologia e Medicina Laboratorial* 2002; 38(40):267-71.

19. Lago EG, Rodrigues LC, Fiori RM, Stein AT. Congenital Syphilis: Identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk. *Sexually Transmitted Diseases* 2004; 31(1):33-7.

20. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(2):103-111.

21. Walker DG, Walker GJA. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet Infect Dis* 2002; 2: 432-436.

22. Krogstad PA. Resistance to antiretroviral drugs: a threat to the prevention and treatment of pediatric HIV infection. *JID* 2007; 195:1393-95.

23. Donalísio MR, Freire JF, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil- desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém- nascido. *Epidemiologia e Serviços* 2007; 16 (3):165-73.