



SÍFILIS CONGÊNITA E EM GESTANTES NO BRASIL: ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DE 2001 A 2017

Ângelo Silva, Natália Freitas, Leonardo Leony, Ramona Daltro, Emily Santos, Rodrigo Del-Rei, Carlos Silva, Fred Santos

Instituto Gonçalo Moniz (FIOCRUZ-BA)

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de caráter crônico, sistêmico e exclusiva do ser humano. Pode ser transmitida durante a relação sexual sem preservativo ou de forma vertical, através da placenta, do parto ou amamentação. Dos 130 milhões de bebês que nascem a cada ano, 6,3 milhões morrem de sífilis e cerca de um milhão de gestantes são infectadas por ano no mundo. Apesar da existência de testes diagnósticos e tratamento eficaz, o aumento do número de casos de sífilis registrados no Brasil evidenciou a fragilidade do sistema público de saúde. A associação da doença a grupos específicos já está bem estabelecida, entretanto a identificação de áreas vulneráveis necessita ser mapeada para combate à infecção.

OBJETIVO

Avaliar a distribuição espaço-temporal da sífilis congênita (SC) e em gestantes (SG) no Brasil entre os anos de 2001 a 2017.

MATERIAIS E MÉTODOS

Casos notificados de sífilis congênita e sífilis em gestantes foram obtidos dos 5.567 municípios brasileiros e agrupados em microrregiões. A construção dos mapas de distribuição foi baseada em médias móveis utilizando média trienal de 2001 a 2017. A incidência anual foi calculada para as 558 microrregiões brasileiras. Para determinar o risco relativo de cada microrregião, os mapas foram construídos usando a primeira média trienal como denominador, assumindo que não houve mudanças no tempo e espaço.

RESULTADOS

Entre 2001 e 2017, foram notificados 188.630 casos de sífilis congênita e 231.771 de sífilis em gestantes. A taxa média de casos reportados no Brasil foi de 5,5 por 100.000 habitantes por ano para a SC, variando de 2,3 a 12,5. Quanto à SG, a taxa média foi de 10,5, variando de 0,1 a 33,6. No período de estudo foram observados dois momentos epidemiológicos distintos. No primeiro deles (2001 a 2008), a SC e SG apresentaram uma incidência de 29,6 e 13,1 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Estes valores aumentaram para 82,3 e 118,5 no segundo período (2009 a 2017), indicando um aumento respectivo de 278% e 905% (Figura 1). Das 558 microrregiões, 549 (98,4%) e 558 (100%) notificaram respectivamente pelo menos um caso de SC e SG durante o período de estudo.

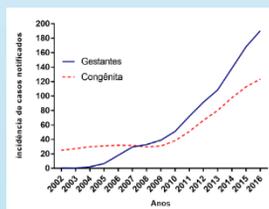


Figura 1: Incidência da sífilis congênita e em gestantes no Brasil de 2001 a 2017.

A análise da distribuição espacial da SG (Figura 2) demonstrou alta incidência nas microrregiões de Japurá-AM (20.208/100.000), Santo Antônio de Pádua-RJ (14.717) e Itaguara-MG (6.544). Para a SC (Figura 3) foram observadas taxas de 365 na microrregião de Cotinguiba-SE, 344 para Recife-PE e 330 para Aracaju-SE e Araguaína-TO.

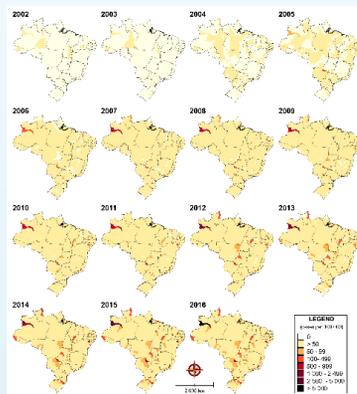


Figura 2: Distribuição espaço-temporal da sífilis em gestantes no Brasil de 2001 a 2017.

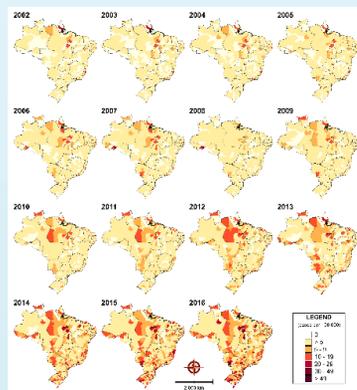


Figura 3: Distribuição espaço-temporal da sífilis congênita no Brasil de 2001 a 2017.

DISCUSSÃO

A SC pode ser prevenida pela testagem pré-natal seguida pelo tratamento das mulheres infectadas, seus parceiros e do recém-nascido. O aumento do número de casos de SC e em mulheres grávidas no Brasil indicam que essa estratégia tem sido aplicada de maneira falha ou insuficiente. A distribuição espaço-temporal dessa doença nos permite diagnosticar regiões onde é premente a necessidade de estudos específicos para definição de um plano efetivo de combate a SC. Além disso, outros fatores têm sido atribuídos a esse aumento, como o desabastecimento mundial da penicilina, altos números de parceiros sexuais, sexo sem preservativo e uso de drogas recreativas.

REFERÊNCIAS

Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017. Ministério da Saúde, 48(36): 41, 2017.