

SÍFILIS: Um Estudo do Cenário Epidemiológico do Brasil e dos Municípios de Barra do Piraí e Valença (RJ)

Lethicia Cristina Ignácio Amorim¹

Maria Fernanda de Paula Freitas²

Felipe Mactavisch da Cruz³

Resumo

A sífilis é uma das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) de maior relevância e apresenta caráter reemergente nos últimos anos. Trata-se de uma doença infectocontagiosa sistêmica que atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. É transmitida pelo contato sexual, pela via vertical durante toda a gravidez e no parto, pelo contato com feridas sífilíticas ou por via transfusional (raramente), tendo como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*. No Brasil, nos últimos anos, pode ser observado um crescente número de casos e taxas de detecção e incidência das três formas da doença (adquirida, gestacional e congênita). Essa observação aponta para a necessidade de alertar e conscientizar a população sobre o quadro epidemiológico da sífilis, bem como disseminar informações sobre a doença com finalidade de incentivar sua prevenção e busca por tratamento, auxiliando, também, na redução da subnotificação nos municípios objeto dessa análise. Logo, o presente artigo tem como objetivo analisar o quadro epidemiológico da sífilis adquirida, gestacional e congênita nos municípios de Barra do Piraí e Valença (RJ). O trabalho trata-se de um estudo descritivo realizado por meio de pesquisa bibliográfica de artigos científicos e fontes secundárias obtidas em plataformas digitais governamentais, como boletins epidemiológicos, manuais, guias de vigilância, tabelas de dados epidemiológicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na análise das cidades abordadas nesse estudo, foram expostos dados que apontam, de maneira geral, o aumento de casos nas três formas de sífilis, acompanhando a tendência nacional de expansão da doença.

Palavras-chave: Brasil. Sífilis. Sífilis Adquirida. Sífilis Congênita. Sífilis Gestacional.

¹Graduada em Biomedicina pelo UGB/FERP.

²Graduada em Biomedicina pelo UGB/FERP.

³Doutor em Microbiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SYPHILIS: A Study of the Epidemiological Scenario of Brazil and the Municipalities of Barra do Piraí and Valença (RJ)

Abstract

Syphilis is one of the most relevant sexually transmitted infections (STIs) and has reemerged in recent years. It is a systemic infectious disease that affects more than 12 million people worldwide. The etiological agent is the bacterium *Treponema pallidum* and the disease is transmitted by sexual contact, vertical route throughout pregnancy and childbirth, contact with syphilitic wounds or transfusion (rarely). In Brazil, an increasing number of cases of the three forms of the disease (acquired, gestational and congenital) is observed in recent years. This data highlight the need to alert the population about the epidemiological profile of syphilis, as well as to disseminate information about the disease in order to encourage the prevention and the seek for treatment by potential patients. Therefore, this article aims to analyze the epidemiological picture of acquired, gestational and congenital syphilis in Barra do Piraí and Valença, two cities of Rio de Janeiro state. The work is a descriptive study carried out by bibliographic research of scientific articles and secondary sources obtained in digital government platforms, such as epidemiological bulletins, manuals, surveillance guides, and epidemiological data tables of the Notifiable Diseases Information System. In the analysis of the cities covered in this study, data pointed to the increase of cases in the three forms of syphilis, following the disease national trend of expansion.

Keywords: Brazil. Syphilis. Acquired Syphilis. Congenital Syphilis. Gestational Syphilis.

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um grande problema de saúde pública, sendo algumas das patologias transmissíveis mais comuns e afetando a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo. São doenças que impactam diretamente a saúde reprodutiva e infantil, podendo acarretar infertilidade, complicações na gravidez e no parto, além de provocar morte fetal e prejuízos à saúde da criança (BRASIL, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), há aproximadamente 1 milhão de casos de Infecções Sexualmente

Transmissíveis (IST) diariamente no mundo, como clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis; sendo que a presença de uma IST, como sífilis ou gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de adquirir ou transmitir a infecção pelo HIV (BRASIL, 2018).

A sífilis venérea, uma das IST de maior relevância e grande incidência mundial na atualidade, é uma patologia antiga que segundo a OMS, atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Sua erradicação representa um desafio global aos sistemas de saúde, uma vez que a patologia se reergueu mediante um “boom” de diagnósticos e notificações, configurando-se novamente, no ano de 2016, como um grave problema de saúde no Brasil (BRASIL, 2018).

É uma doença infectocontagiosa bacteriana sistêmica, exclusiva do ser humano, predominantemente transmitida pelo contato sexual, pela via vertical durante toda a gravidez e no parto, pelo contato com feridas sífilíticas (cancro duro e lesões secundárias) ou por via transfusional (essa em casos raros atualmente), cujo agente etiológico é o espiroqueta *Treponema pallidum* (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2010b).

Trata-se de uma bactéria que possui como recursos de patogenicidade a capacidade de invasão, a evasão imunológica e longo período de latência, sendo este período de grande importância epidemiológica para a cadeia de transmissão, uma vez que os indivíduos infectados podem não apresentar sinais ou sintomas, contudo, podem permanecer capazes de transmitir a doença. Suas manifestações clínicas resultam de respostas inflamatórias locais às espiroquetas replicantes, imitando, muitas vezes, as de outras doenças (PEELING *et al.*, 2017).

De acordo com seu modo e/ou estado de contágio, a sífilis pode ser dos tipos adquirida (SA), congênita (SC) ou gestacional (SG). Em relação à sífilis adquirida, se diagnosticada com menos de um ano de evolução, é classificada como sífilis adquirida recente, podendo esta ser subdividida em primária, secundária e latente recente; se diagnosticada com mais de 1 ano de evolução, tem-se a sífilis adquirida tardia, podendo também ser subdividida em latente tardia e terciária; outrossim, a sífilis congênita também pode ser classificada em precoce,

quando descoberta até o 2º ano de vida da criança e tardia se após esta mesma idade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b; PEELING *et al.*, 2017). Independentemente do modo de transmissão, a sífilis acomete vários órgãos e sistemas do organismo humano, e, apesar de seu tratamento eficaz e de baixo custo, persiste como um transtorno de saúde pública na atualidade (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

Em conformidade com a afirmação acima, nos últimos anos no Brasil foi observado uma crescente no número de casos dos três tipos de sífilis: em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0 e taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2 (sendo os dois primeiros a cada 1.000 e o último a cada 100.000 nascidos vivos). Enquanto isso, a sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos em 2017 para 75,8 casos em 2018 (ambos por 100.000 habitantes) (BRASIL, 2019). Assim sendo, pode-se atribuir este aumento a diversos fatores, como o decréscimo do uso de preservativo, o problema do desabastecimento mundial de penicilina, o emprego de testes rápidos em maior escala, a resistência de profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, entre outros. Além disso, o aumento de casos notificados pode ser um reflexo do aprimoramento do sistema de vigilância (BRASIL, 2017a).

Os dados epidemiológicos relativos à sífilis explicitam o rol alarmante de vítimas materno-infantis. A doença, no período gestacional, leva a mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo e aumenta o risco de morte prematura (BRASIL, 2018). Tal fato associado à circunstância reemergente da patologia demonstra grande necessidade de desenvolvimento de ações efetivas dirigidas para o seu controle em todas as suas esferas de transmissão (BOTTURA *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde adverte sobre a instalação sífilis adquirida, também, entre a população jovem brasileira, especialmente entre os homens, o que torna fundamental o desenvolvimento de estratégias entre diferentes âmbitos sociais, incluindo ações que despertem para a prevenção no ambiente escolar e em outros espaços de interação juvenil (BRASIL, 2018).

Dessa forma, este estudo faz-se relevante devido a necessidade de alerta e conscientização da população sobre o quadro epidemiológico da sífilis, bem como a disseminação de informações sobre a doença, como sinais, sintomas e formas de diagnóstico precoce, pretendendo incentivar a prevenção extemporânea da doença e a busca por tratamento, auxiliando na redução da subnotificação nos municípios que se constituíram objeto dessa análise. Logo, o presente artigo tem como objetivo analisar o quadro epidemiológico da sífilis adquirida, gestacional e congênita nos municípios de Barra do Piraí e Valença (RJ).

Metodologia

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo e documental, utilizando artigos científicos de plataformas como PubMed, Scielo e Google Acadêmico e dados de fontes secundárias obtidos em plataformas digitais governamentais do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, como boletins epidemiológicos anuais de 2016 a 2019, manuais e guias de vigilância; tabelas de dados epidemiológicos dos anos de 2010 a 2019, oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados no link (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>).

Na busca do material digital, foram utilizadas as palavras-chave: sífilis, sífilis adquirida, sífilis congênita, sífilis gestacional, Brasil e epidemia. Os critérios de inclusão integram artigos sobre o tema, publicados no período dos anos 2000 a 2019, relacionados à situação sifilítica no Brasil, em língua portuguesa e inglesa. Como critérios de exclusão constam publicações com idade superior a 20 anos e artigos sobre a epidemiologia da sífilis em outros países.

Foram utilizados, também, dados e orientações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Barra do Piraí, referentes ao próprio município, sobre os registros de notificações do agravo.

Desenvolvimento

Etiologia

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, sendo exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum* subespécie *pallidum* (*T. pallidum*), da ordem Spirochaetales. Há três outros organismos dentro deste gênero causadores de treponematoses não-venéreas ou endêmicas: *T. pallidum* subespécie *pertenue*, agente etiológico da boubá; *T. pallidum* subespécie *endemicum*, o qual causa bejel; e *T. carateum*, causador de pinta. São patógenos de características indistinguíveis, porém, podem ser diferenciados devido a propriedades como modo principal de transmissão, manifestações clínicas, capacidade de invasão do sistema nervoso central e placenta e sequências genômicas (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006; MURRAY *et al*, 2014; COELHO *et al.*, 2018).

O *Treponema pallidum* é uma bactéria anaeróbia e Gram-negativa, espiroqueta delgado e de forma muito espiralada, possuindo com cerca de 6 a 20µm de comprimento e 0,1 a 0,2µm de espessura e extremidades afiladas (MURRAY *et al*, 2014). É um organismo de cultivo laborioso, e sua viabilidade limitada foi conseguida apenas em células epiteliais de coelho, no entanto, a replicação é lenta, sendo possível ser mantida somente por algumas gerações. O difícil cultivo *in vitro* resulta da incapacidade metabólica devido à ausência de enzimas relacionadas ao ciclo do ácido tricarbóxico, e à necessidade de células hospedeiras para obtenção de purinas, pirimidinas, aminoácidos e lipídios. É muito frágil em condições *ex vivo* em virtude a sua sensibilidade ao oxigênio pela falta de genes codificadores para catalase ou superóxido dismutase (MURRAY *et al*, 2014; HO & LUKEHART, 2011).

Patogenia

O treponema realiza sua penetração por pequenas abrasões resultantes da relação sexual, atingindo o sistema linfático e, em seguida, outras partes do corpo pela disseminação por vias sanguíneas. A resposta imune acarreta erosão e ulceração locais. Na disseminação sistêmica, ocorre a produção de complexos imunes circulantes, podendo ser depositados em qualquer órgão. Contudo, a imunidade humoral não possui a capacidade de proteção. A imunidade celular é tardia, permitindo a multiplicação e sobrevivência por longos períodos do *T. pallidum* (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

Transmissão

A sífilis é uma doença transmitida, na maioria das vezes, por via sexual ou vertical (via transplacentária ou no momento do parto). O contágio na forma adquirida está diretamente atrelado ao contato com lesões sífilíticas mais comuns na fase primária e secundária, onde essas são pouco sintomáticas e passam despercebidas na maioria dos casos. Na transmissão vertical, a infecção pode ser disseminada da gestante para o feto através da via placentária em qualquer fase da gestação, tendo uma média de 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% na fase latente (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2019).

Sífilis primária

Caracteriza-se pelo aparecimento de uma ulceração denominada cancro duro, que pode aumentar em tamanho, de uma a duas semanas, sendo indolor, bem delimitada, bordos endurecidos, fundo liso e brilhante. O cancro duro geralmente é único, podendo ocorrer em lesões múltiplas que diferem na aparência clínica, permanecendo de duas a seis semanas e desaparecendo com ou sem tratamento. Nas mulheres o diagnóstico clínico na fase primária é mais difícil, pois o cancro duro é assintomático e localiza-se geralmente na parede vaginal, cérvix ou períneo (BRASIL, 2017b; PEELING et al., 2017).

Sífilis secundária

Período de disseminação dos treponemas no organismo, com suas reações durando em média de quatro a doze semanas. Possuindo lesões constituídas por pápulas palmo-plantares, condilomas planos, poliadenopatia generalizada, placas mucosas, alopecia em clareira e madarose. Essas lesões desaparecem independente de tratamento, e cerca de 25% dos pacientes podem apresentar agravamento (BRASIL, 2017b; PEELING et al., 2017).

Sífilis latente

Diagnosticada somente por testes imunológicos, sendo dividida em latente recente e latente tardia. Onde a sífilis latente recente é até um ano de infecção e a latente tardia é mais de um ano de infecção. Tendo variação na duração desta fase e não são observados sintomas e nem sinais clínicos (BRASIL, 2017b; PEELING et al., 2017).

Sífilis terciária

Pode levar mais de anos para se manifestar, surgindo sinais e sintomas num período variável após 3 a 12 anos ou mais do contágio. Sendo lesões pobres em treponemas, podendo surgir em diferentes órgãos e tecidos. As manifestações mais comuns são apresentações neurológicas, entre elas a demência; lesões cutâneo-mucosas, que apresentam-se como tubérculos ou gomas; doença cardiovascular sob a forma de aneurisma aórtico; manifestações ósseas e articulares, como artrites, nódulos justa-articulares, entre outros (BRASIL, 2017b; PEELING et al., 2017).

Sífilis Congênita Precoce

Surge até o segundo ano de vida, tendo um diagnóstico multifatorial composto por uma avaliação epidemiológica da situação materna, adicionado de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na própria criança. Contudo, o diagnóstico nesta é um processo mais complexo, pois grande maioria apresenta-se assintomática ao nascimento (BRASIL, 2006; BOTTURA et al., 2019).

Sífilis Congênita Tardia

Surge após o segundo ano de vida. Assim como na sífilis congênita precoce, seu diagnóstico é dado devido a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais (há maior comprometimento da criança nesta etapa) (BRASIL, 2006; BOTTURA et al., 2019).

Diagnóstico

O diagnóstico laboratorial da sífilis para ser realizado é necessário considerar a fase evolutiva da infecção, podendo ser utilizados os exames descritos abaixo. Microscopia direta que consiste na pesquisa do *T. pallidum* em material coletado por esfregaço de lesão cutâneo-mucosa. Tendo em vista que alguns fatores diminuem a sensibilidade do teste, tais quais coleta inadequada dos espécimes, tratamento prévio e coleta nas fases finais da evolução das lesões, quando a quantidade de *T. pallidum* está baixa (BRASIL, 2017b; COELHO et al., 2018). Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) que é a amplificação e detecção de DNA do *T. pallidum* no líquido, tecidos ou sangue, sendo utilizados somente em centros de pesquisas, por não estar disponível comercialmente para o diagnóstico (BRASIL, 2017b; PEELING et al., 2017).

Testes não treponêmicos, entre eles se encontram o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*); RPR (*Rapid Plasma Reagin*), USR (*Unheated Serum Reagin*) e TRUST (*Toluidine Red Unheated Serum Test*), são indicados para o diagnóstico e seguimento terapêutico por serem passível de titulação. As principais desvantagens referem-se aos resultados falso-positivos e negativos. Sendo que os falso-positivos podem acontecer devido a reações cruzadas com outras infecções treponêmicas ou doenças, como exemplo hanseníase, lúpus, artrite reumatoide. Resultados falso-negativos podem ocorrer devido à baixa sensibilidade do kit utilizado ou pelo excesso de anticorpos o que é conhecido como efeito prozona. Devido a esses fatos é feita a triagem das amostras utilizando o soro puro e o diluído, sendo que o título indica a última diluição que apresentou reatividade (MURRAY, 2014; BRASIL, 2017b).

Testes treponêmicos são testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, extremamente úteis para a confirmação do diagnóstico, sendo os mais utilizados o ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* e suas variações); FTA-abs (*Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*); TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*); MHTP (Micro-hemoaglutinação indireta); Teste Rápido (Teste Imunocromatográfico ou de dupla

migração) e EQL (Eletroquimioluminescente) (BRASIL, 2017b; PEELING et al., 2017).

Tratamento

O medicamento utilizado para o tratamento de todas as apresentações da sífilis é a Penicilina G Benzatina. Sendo feita a avaliação clínica do caso que indicará o melhor esquema terapêutico, há um protocolo onde encontra-se disponível o seguimento do tratamento, podendo ser consultados na Publicação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PEELING et al., 2017; COELHO *et al.*, 2018).

A Penicilina G Benzatina é a única droga com eficácia documentada para o tratamento da sífilis. Há poucos estudos sobre uso de drogas alternativas, tais como a azitromicina e o ceftriaxona, que não demonstram a eficácia das mesmas (BRASIL, 2019; MOTTA *et al.*, 2018). O tratamento da sífilis confirmada ou provável, com uso da Penicilina G Benzatina, quase não apresenta efeitos adversos. Considerando que a penetração líquórica da Penicilina G Benzatina é baixa e não atinge ou mantém níveis treponemicidas adequados no sistema nervoso central (MOTTA *et al.*, 2018).

Resultados

As variações de sífilis são doenças de notificação compulsória regular (até sete dias), posto que essa característica foi instituída em todo território nacional, primeiramente, para o tipo congênito no ano de 1986; seguidamente, para a condição gestacional em 2005; e, por último, para a forma adquirida no ano de

2010. Sendo assim, todas as ocorrências devem ser notificadas na Vigilância Epidemiológica e registradas no SINAN (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017b).

O critério para definição de caso para sífilis adquirida consiste em todo indivíduo assintomático ou apresentando evidência clínica de sífilis primária ou secundária, com titulação em teste não treponêmico reagente e teste treponêmico reagente. Em relação à sífilis gestacional, o caso suspeito é definido caso a gestante apresente evidência clínica ou titulação em teste não treponêmico reagente. Já a confirmação ocorre para gestante que apresente titulação em teste não treponêmico reagente e teste treponêmico reagente realizados no pré-natal, independente de evidência clínica; e gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio (BRASIL, 2017b).

A figura 1 apresenta o cenário nacional de evolução da sífilis, apontando a sua crescente incidência desde o ano da inclusão da sífilis adquirida na lista de notificação compulsória, seguido, conseqüentemente, do aumento das outras variações da doença. No período de 2010 a 2018, foram notificados no SINAN um total de 582.957 casos de SA, e, no ano de 2018, o número total de notificações de SA no Brasil foi de 158.051 casos. O gráfico indica a amplificação da taxa de detecção da forma adquirida de 2,1 casos em 2010, para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018; visto que o aumento de maior expressão pode ser observado entre 2017 e 2018: 28,3% (de 59,1 para 75,8 casos por 100.000 habitantes). Ademais, no mesmo gráfico, observa-se o incremento da taxa de detecção de SG de 3,5 no ano de 2010, para 21,4 em 2018; e o crescimento da taxa de incidência de SC de 2,4 em 2010, para 9,0/1.000 nascidos vivos em 2018 (BRASIL, 2019).

Figura 1. Taxa nacional de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.



FONTE: Boletim Epidemiológico Sífilis (MS/SVS), 2019.

Quanto às unidades federativas (UF) brasileiras, em 2018, a taxa de detecção mais elevada de SA foi observada em Santa Catarina (164,1 casos/100.000 hab.). O Rio de Janeiro integrou o quadro de estados brasileiros que apresentaram taxas de detecção superiores à taxa média nacional (75,8/100.000 habitantes): 90,5 casos/100.000 habitantes. Outro aspecto analisado da SA foi o relativo à faixa etária de maior preponderância no período estudado, verificando-se um incremento na taxa de detecção para todas as faixas etárias, e ressaltando a tendência mais acentuada de aumento na faixa etária de 20 a 29 anos, que em 2018 contabilizou 163,3 casos por 100.000 habitantes, correspondendo a 35,1% das notificações, seguidos por aqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (21,5%) (BRASIL, 2019).

Em relação aos casos de sífilis em gestantes, de 2017 para 2018, houve acréscimo no número de notificações em todas as regiões. Em 2018, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 21,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos (25,7% superior à taxa observada no ano anterior). O Rio de

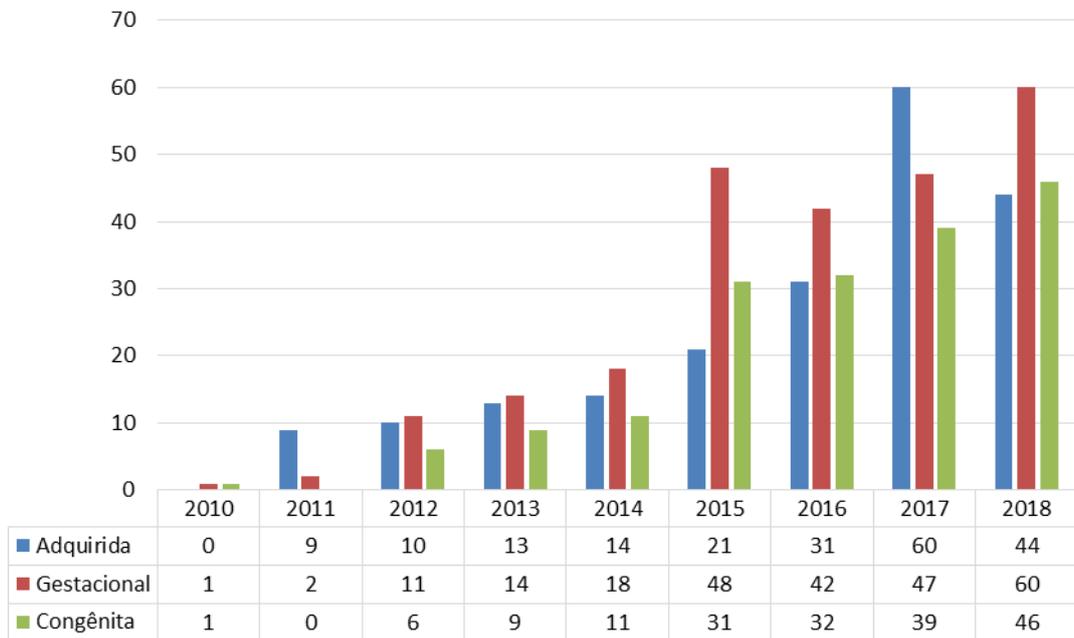
Janeiro foi a UF a apresentar a taxa de detecção mais elevada (41,4 casos/1.000 nascidos vivos, com incremento de 16,3% em relação ao ano anterior), superior à média nacional.

Considerando a série histórica de 2005 a 2018, observou-se que 52,5% das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,7% na de 15 a 19 anos e 19,4% na de 30 a 39 anos. Desde 2005, a proporção de diagnóstico de sífilis em gestantes entre 30 e 39 anos era superior à daquelas entre 15 a 19 anos, tendo-se observado uma inversão dessa relação a partir de 2011 (BRASIL, 2019).

No que tange à sífilis congênita, de 2010 a 2018, foram notificados no SINAN 150.414 casos em menores de um ano de idade e a sua taxa de incidência sofreu um expressivo aumento de 2,4 para 9,0/1.000 nascidos vivos). Em 2018, foram notificados 26.219 casos. De 2017 para 2018, houve aumento de 5,2% no número de notificações no Brasil. Em 2018, onze UF apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (9,0 casos/1.000 nascidos vivos) e entre elas encontra-se, em primeiro lugar, a do Rio de Janeiro (18,7 casos/1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2019).

A figura 2 representa o cenário epidemiológico de Barra do Pirai a cada ano de diagnóstico, entre 2010 e 2018. Nesse intervalo, a progressão foi de 0 ao total absoluto atingido de 202 casos registrados no SINAN de SA no município – com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, de 100.374 habitantes –, e a taxa de detecção da doença afastou-se da nulidade do ano de 2010, avançando para 44,0/100.000 habitantes em 2018. No tocante a SG, sua taxa de detecção estendeu-se de 1,0 no ano 2010 para 55,6 /1.000 nascidos vivos em 2018; e o número absoluto de casos foi de 243. Quanto a SC, sua taxa de incidência aumentou de 1,0 em 2010 para 42,6/1.000 nascidos vivos no ano 2018.

Figura 2. Número absoluto de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita no município de Barra do Piraí (RJ) no período de 2010 a 2018.

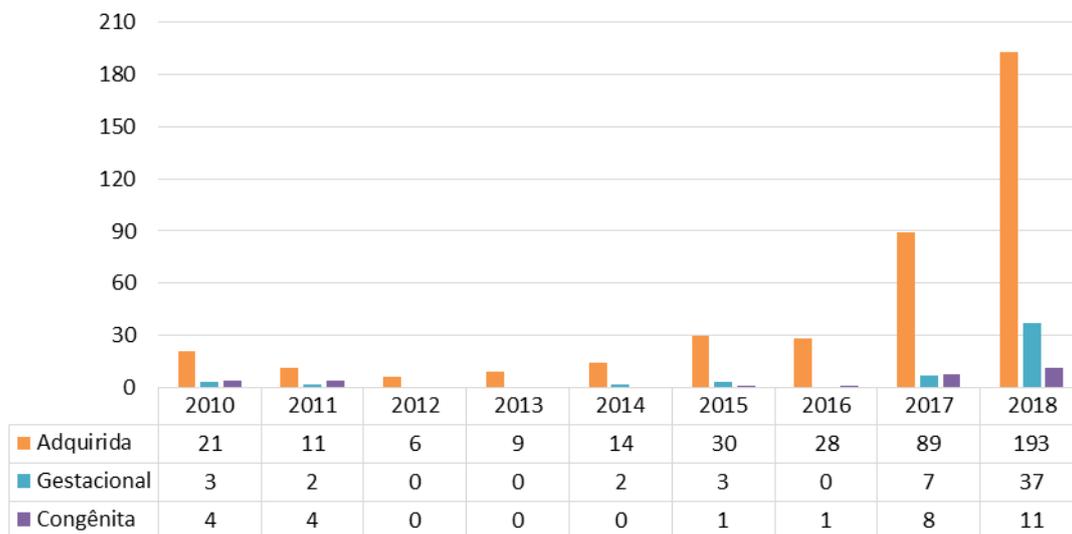


FONTE: SINAN/MS (2020) (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>).

NOTA: Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A figura 3 ilustra o quadro geral da sífilis no município de Valença – em 2019 com população estimada pelo IBGE em 76.523 habitantes –, a cada ano de diagnóstico, entre 2010 e 2018. No referido período, foi registrado no SINAN, o aumento do número absoluto de 21 para 193, totalizando 401 casos de SA na localidade. De maneira correspondente, a taxa de detecção elevou-se de 29,2 em 2010, para 253,4/100.000 habitantes em 2018. Relativamente a SG, a taxa de detecção estendeu-se de 3,2 no ano 2010 para 45,0/1.000 nascidos vivos e o número de casos totalizou 61. A SC alcançou o total de 29 casos, e sua taxa de incidência sofreu o aumento de 4,2 em 2010 para 13,4/1.000 nascidos vivos.

Figura 3. Número Absoluto de Casos de Sífilis Adquirida, Gestacional e Congênita no município de Valença (RJ) no período de 2010 a 2018.



FONTE: SINAN/MS (2020) (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>)

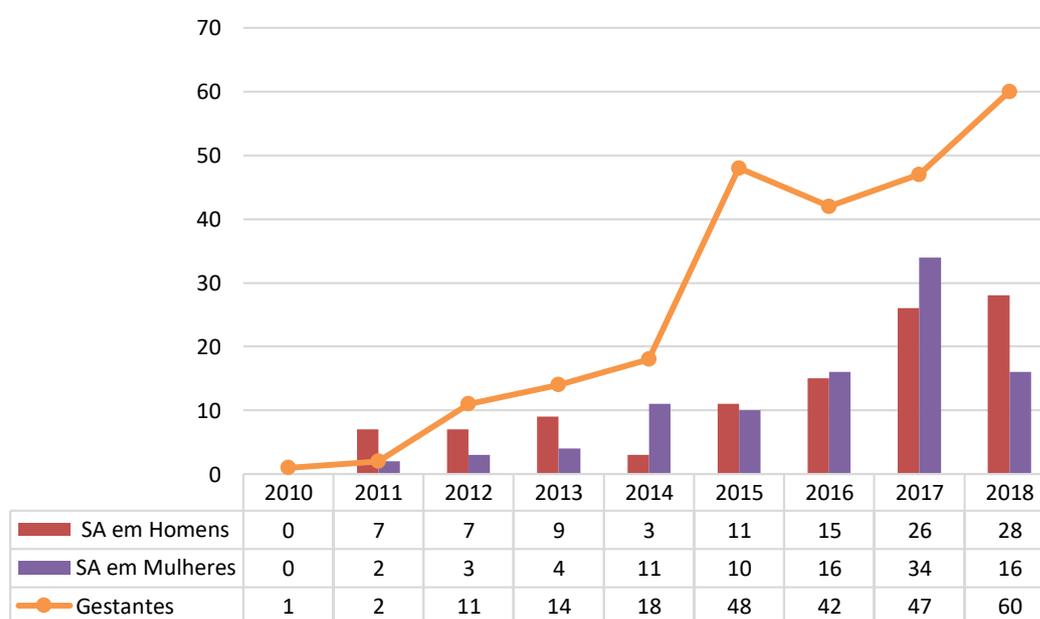
NOTA: Dados preliminares para os últimos 5 anos.

As figuras 4 e 5 traçam as comparações dos números de casos de SA distribuídos por sexo, para que sejam observados: 1- a diferença na incidência e a predominância entre homens e mulheres; 2- o quantitativo e o aumento de casos na progressão dos anos; 3- a percepção da provável e considerável subnotificação de SA em ambos os sexos em relação à SG, posto que o número de mulheres não gestantes e gestantes com sífilis apresenta discrepância e que, para cada gestante infectada, há um ou mais parceiros sexuais associados.

No âmbito nacional, foram contabilizados entre 2010 e 2018, 346.947 casos (59,6%) de SA em indivíduos do sexo masculino e 235.625 (40,4%) em indivíduos do sexo feminino. No município de Barra do Piraí, no período analisado, a prevalência nos homens (106 casos representando 52,5% do total) sobrepôs-se à ocorrência de SA em mulheres (96 casos equivalendo a 47,5% do número total).

O número absoluto de gestantes revela-se superior ao de não gestantes (figura 4). Já na cidade de Valença, a relação entre o quantitativo de gestantes e não gestantes foi inversamente verificada. Contudo, o primeiro fato também foi constatado, apontando para 248 casos (representando 61,8% do total) de SA em homens e 153 casos (correspondentes a 38,2% do total) em mulheres (figura 5).

Figura 4. Casos de sífilis adquirida com distribuição por sexo e casos de sífilis em gestantes no município de Barra do Pirai (RJ) entre 2010 e 2018.

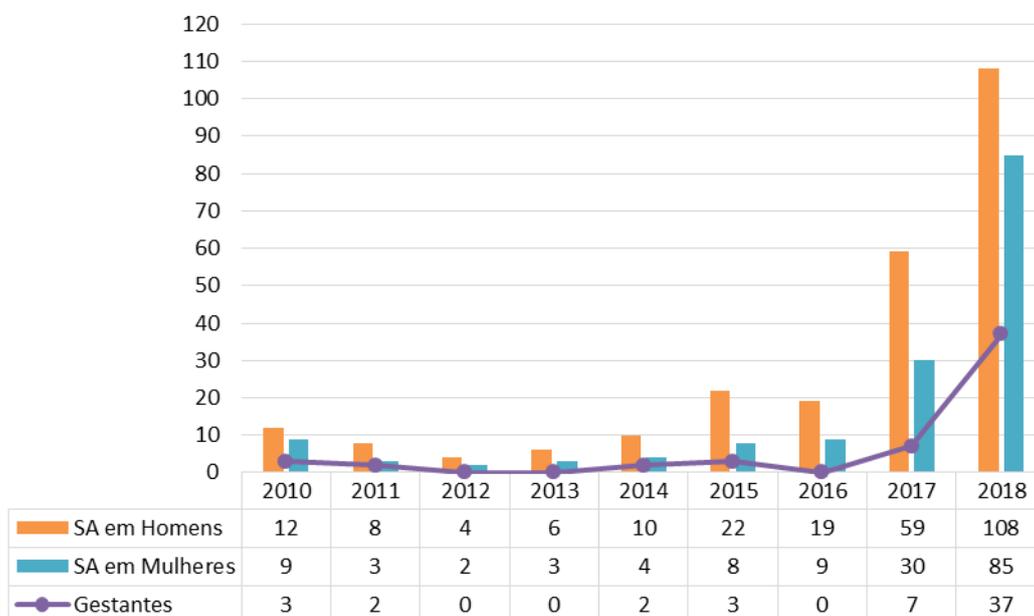


FONTE: SINAN/MS (2020) (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>)

NOTA: Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A tabela 1 assinala os números absolutos e os percentuais sobre realização de pré-natal nos casos de SC no período estudado, indicando a ocorrência do acompanhamento gestacional na maioria dos casos em ambos os municípios investigados.

Figura 5. Casos de sífilis adquirida com distribuição por sexo e casos de sífilis em gestantes no município de Valença (RJ) entre 2010 e 2018.



FONTE: SINAN/MS (2020) (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>)

NOTA: Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Já a tabela 2 mostra o cenário da sífilis congênita relativo à ocorrência ou a não realização de tratamento do parceiro da mãe nas duas cidades, expondo o quadro de busca por tratamento pelos homens associados às gestantes sífilíticas. Destaca-se o elevado quantitativo de parceiros não tratados (52,6%) e ignorados (39,4%) sobre o baixo índice de tratados (8,6%) em Barra do Piraí. Na cidade de Valença, o quadro mostrou-se semelhante, com 20,7% de indivíduos tratados, 27,6% não tratados e com destaque para o prevalente índice de 51,7% da informação ignorada.

Discussão

Para o início da análise do panorama epidemiológico nacional da sífilis, é válido enfatizar que os dados refletem a heterogeneidade esperada de um país de grandiosas dimensões, com quantitativo populacional atual estimado em 210.147.125 habitantes, desenvolvimento e estrutura diversificados. Saraceni e colaboradores (2017) ressaltam que maiores notificações de eventos em capitais de algumas UF, por exemplo, podem ser resultantes de redes de saúde mais bem estruturadas, ou da existência de profissionais em saúde mais capacitados.

Observou-se que as localidades-alvo desse trabalho acompanharam a tendência evolutiva da sífilis no país, demonstrando através dos dados estatísticos, o caráter igualmente reemergente da doença nas referidas cidades.

Tabela 1. Número total absoluto de casos notificados e distribuição percentual de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico em Barra do Piraí e Valença (RJ), 2010-2018.

	Pré-Natal	Total (%)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Barra do Piraí	Sim	154 (88%)	1 (100%)	-	5 (83,3%)	7 (77,8%)	9 (75%)	25 (80,6%)	28 (87,5%)	35 (89,7%)	44 (95,7%)
	Não	19 (10,8%)	-	-	1 (16,7%)	2 (22,2%)	3 (25%)	4 (12,9%)	4 (12,5%)	4 (10,3%)	1 (2,2%)
	Ignorado	3 (1,7%)	-	-	-	-	-	2 (6,5%)	-	-	1 (2,1%)
Valença	Sim	27 (93,1%)	3 (75%)	4 (100%)	-	-	-	1 (100%)	1 (100%)	7 (87,5%)	11 (100%)
	Não	1 (3,4%)	1 (25%)	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	1 (3,4%)	-	-	-	-	-	-	-	1 (12,5%)	-

Fonte: SINAN/MS (2020) (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>) NOTA: Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 2. Número total absoluto e distribuição percentual de sífilis congênita secundoinformação sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico em Barra do Piraí e Valença (RJ), 2010-2018.

Parceiro Tratado		Total (%)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Barra do Piraí	Sim	15 (8,5%)	-	-	1 (16,7%)	1 (11,1%)	-	1 (3,2%)	5 (15,6%)	2 (5,1%)	5 (10,9%)
	Não	92 (52,3%)	1 (100%)	-	4 (66,7%)	5 (55,6%)	8 (66,7%)	14 (45,2%)	22 (68,8%)	20 (51,3%)	18 (39,1%)
	Ignorado	69 (39,2%)	-	-	1 (16,7%)	3 (33,3%)	4 (33,3%)	16 (51,6%)	5 (15,6%)	17 (43,6%)	23 (50%)
Valença	Sim	6 (20,7%)	-	1 (25%)	-	-	-	1 (100%)	-	3 (37,5%)	1 (9,1%)
	Não	8 (27,6%)	3 (75%)	2 (50%)	-	-	-	-	1 (100%)	2 (25%)	-
	Ignorado	15 (51,7%)	1 (25%)	1 (25%)	-	-	-	-	-	3 (37,5%)	10 (90,9%)

Fonte: SINAN/MS (2020) (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>)

NOTA: Dados preliminares para os últimos 5 anos

A maior prevalência de casos de sífilis na faixa etária de jovens adultos e em idade reprodutiva, pode indicar deficiência em educação sexual que objetive a prevenção de IST, despertando para a necessidade da prática sexual segura. Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro por Oliveira et al. (2009), com indivíduos de idades entre 14 e 22 anos, em que a maioria citou o preservativo como método de prevenção de IST, destacou-se o índice de jovens que acreditam que outros recursos cumpram o mesmo papel preventivo (coito interrompido, tabelinha, pílulas anticoncepcionais, espermicidas e diafragma), sugerindo a existência de uma associação errônea entre defesa contra doenças transmitidas pelo ato sexual desprotegido e prevenção de gestações indesejadas. A abolição do uso de preservativo em relacionamentos monogâmicos, baseada na confiança no parceiro, como forma de proteção contra as IST, também chamou atenção nesse estudo.

De maneira geral, o decréscimo na utilização da camisinha representa um importante fator, já citado, de reemergência da sífilis. Oliveira e colaboradores (2009) salientam que o uso de preservativos não consta como tradição cultural fielmente seguida no Brasil, ao passo que este se expressa como um país conservador que sofre grande influência dos princípios da moralidade cristã. Além

disso, outros elementos sociais, estruturais e financeiros podem diminuir a adoção de práticas sexuais seguras por um número significativo de pessoas.

A diferença considerável entre o número de casos de mulheres com SA e o quantitativo superior de gestantes infectadas no município de Barra do Piraí, infere sobre o provável alto índice de subnotificação da forma adquirida da sífilis na cidade, indicando que muitas mulheres recebem o diagnóstico positivo somente no período gravídico, em razão do teste incluir-se nos procedimentos de pré-natal. E nesse cenário, e a efetividade no acompanhamento gestacional em Barra do Piraí se mostrou satisfatória. Já em Valença, há uma discrepância em relação a esses dados, visto que o número notificado de mulheres não gestantes com SA pela doença apresentou-se bem superior ao de gestantes acometidas, o que pode caracterizar uma grave falha na rede de serviços de saúde da localidade, apontando para defasagem na assistência à população gestante.

Sobre o demonstrativo de ocorrência de tratamento dos parceiros da mãe nos casos de SC, os dados indicadores da predominância da sua não realização em Barra do Piraí e em Valença, corroboram com a ideia de *déficit* de zelo dos homens com a própria saúde, já que muitos só recorrem aos serviços de saúde quando há um processo patológico já instalado. Tal fato assinala para a demanda de mudança cultural, principalmente em se tratando de IST (BRASIL, 2018). Conforme estudo realizado por Gomes e colaboradores (2007), o índice de procura masculina aos serviços de saúde é atribuído aos aspectos socioculturais machistas e enraizados, que visam à defesa da masculinidade e da virilidade, devido a crença de que o ato de cuidar de si é uma preocupação exclusivamente feminina. Essa característica abrange, inclusive, a problemática do risco de reinfecção por SA, sendo tal fenômeno caracterizado por uma ou mais ocorrências da doença após a infecção primária, tratamento e cura (KÖCHERT, 2018). Por outro lado, a informação ignorada pode representar um entrave no serviço de saúde que dificulta a vigilância, mascarando o problema. A falta de informação sobre o tratamento adequado da doença e os riscos relacionados à mesma devem também, ser considerados nessas condições.

Considerações finais

Pode-se concluir com este estudo, que a sífilis teve um maior crescimento nos últimos anos, tanto no Brasil como um todo, como nos municípios estudados. As fontes de pesquisa são limitadas devido ao grande número de informações que são ignoradas ou subnotificadas, o que dificulta o estabelecimento do perfil epidemiológico da sífilis em gestantes e de sífilis congênita no Brasil, prejudicando o planejamento de ações eficazes de controle da doença no país. É enfática a necessidade de capacitação dos países de coletarem dados de alta qualidade na cobertura de intervenções e desigualdades e utilizarem esses dados como base de decisões para a melhora da atenção a gestantes e crianças.

Em Barra do Piraí observou-se uma maior taxa de sífilis gestacional, quando comparada a Valença que tem seu potencial máximo refletido na sífilis adquirida, entretanto o tratamento do parceiro é fundamental em ambos os casos, sendo neste 27,6% dos parceiros não procuram tratamento e naquele 52,6%. Tal fato pode estar atrelado ao vínculo machista velado na sociedade.

O pré-natal é fundamental para saúde da mãe do bebê, no caso das IST pode prevenir, diagnosticar e tratar em tempo hábil antes que haja transmissão transplacentária. É ofertado de forma gratuita nas redes de atenção básica, portanto a sua cobertura de ser mais ampla e efetiva possível. Entretanto, em Barra do Piraí 10,8% das gestantes não procuram o serviço de saúde para dar seguimento este tipo de atenção; já em Valença observa-se uma maior cobertura onde 93% consegue obter esse serviço.

Portanto conclui-se que a sífilis é uma doença presente e compõe o atual perfil epidemiológico da população, sendo necessário maior enfoque nas áreas preventivas e diagnósticas para um melhor delineamento da saúde sexual e reprodutiva do Brasil.

Referências

AVELLEIRA, J. C. R., BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol.** V.81, n.2, p.111-26, 2006.

BOTTURA, B. R. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v. 64, n,2, p. 69-75, mai./ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico Sífilis 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/31/2016_030_Sifilis-publicacao2.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico Sífilis 2017**. Brasília, 2017a. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>> Acesso em 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 2. ed. – Brasília, 2017b. Disponível em <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf> Acesso em 19 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico Sífilis 2018**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>> Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>> Acesso em: 16 mar. 2021.

COELHO, J. M. R. et al. Sífilis: um panorama epidemiológico do Brasil e do município de Volta Redonda/RJ. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 128-147, jul./set. 2018.

GOMES, R. et al. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.23, v.3, p.565-574, 2007.

HO, E. L., LUKEHART S. A. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. **J Clin Invest**. v. 121, n.12, p.4584-92, 2011.

KÖCHERT, Ana Laura. L. **Reinfecção por sífilis adquirida: análise dos casos de Porto Alegre- 2013 a 2017**, Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

MOTTA, I. A. et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? **Rev Med Minas Gerais**, n.28, 2018.

MURRAY, P. R., ROSENTHAL, K. S., PFALLER, M. A. **Microbiologia Médica**. – 7. Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

OLIVEIRA, D. C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n.4, p.833-841, 2009.

PEELING, R. W. et al. Syphilis. **Nature reviews**. v.3, p.1-21, 2017.

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil, **Rev Panam Salud Publica**. n.41,