



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Câmpus de Araçatuba

BEATRIZ CASALE

**Notificação compulsória da sífilis adquirida, gestacional e
congênita e suas características epidemiológicas e
sociodemográficas: um estudo retrospectivo**

Araçatuba

2022

BEATRIZ CASALE

Notificação compulsória da sífilis adquirida, gestacional e congênita e suas características epidemiológicas e sociodemográficas: um estudo retrospectivo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Assoc. Ronald Jefferson Martins

Araçatuba

2022

*Ao meu pai José Casale e à minha mãe
Rose Casale, à minha irmã Bruna Casale,
ao meu noivo Bruno Bombonatti.
Dedico este trabalho a vocês.*

AGRADECIMENTOS

Ingressar em uma instituição de nível superior exemplar como a FOA-UNESP sempre foi um sonho. Hoje a realização e conclusão deste sonho só foi possível graças à minha família, a qual dedico este trabalho, por todo esforço realizado nestes anos. Nada disso seria possível sem o apoio deles.

Agradeço especialmente ao meu pai José Casale e minha mãe Rose Casale que são a base de tudo o que sou hoje, por todo esforço dedicado por esses anos para que hoje esse trabalho pudesse ser realizado, por sempre terem me dado força e luz nos dias em que foram necessários. À minha irmã Bruna Casale, que me mostra a cada dia que os laços de sangue são os mais fortes que poderíamos ter na vida. Ao meu noivo e companheiro de vida Bruno Bombonatti, que me mantém firme na caminhada todos os dias, sempre atencioso, prestativo e cuidadoso, sempre presente a ouvir meus desabafos e questionamentos, por me amparar sempre que precisei e por estar disposto a dividir a vida comigo neste novo ciclo que se inicia.

Agradeço ao meu orientador, professor Ronald Jefferson Martins, por tanto conhecimento que me fora passado ao longo desses anos, por sempre ser paciente e dedicado ao ensino com muita maestria.

À disciplina de Saúde Coletiva e ao Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora pelos ensinamentos que me proporcionaram e por sempre estarem disponíveis nessa caminhada de aprendizado.

A todo pessoal do Departamento de IST, Aids e Hepatites virais de Araçatuba por me cederem espaço durante esses meses para coleta de todos os dados deste trabalho, por estarem sempre prontificados a ajudar de maneira muito atenciosa e gentil. Em especial, agradeço à Aurineide e Lizandra, que me concederam a ajuda necessária e disponibilizaram seu tempo e conhecimento nesse processo.

Aos professores e docentes da FOA-UNESP que ao longo de todos esses anos de FOA, me transmitiram todos os conhecimentos necessários para me tornar uma profissional exemplar e que cederam ensinamentos que levarei para a vida toda. Ao professor Rogério, que com muita sensibilidade transmitiu valores e conhecimento que serei eternamente grata.

Às minhas queridas amigas Andriele e Alessandra, que transformaram meus dias em Araçatuba melhores, me fizeram perseverar na vida acadêmica e por todo companheirismo até aqui.

*“Tudo aquilo que o homem ignora não existe para ele. Por isso,
o universo de cada um se resume ao tamanho do seu saber.”*

Albert Einstein

Casale B. Notificação compulsória da sífilis adquirida, gestacional e congênita e suas características epidemiológicas e sociodemográficas: um estudo retrospectivo. 2022. 44p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

RESUMO

Nos últimos anos, em diferentes países, observa-se o aumento no número de casos da sífilis. No Brasil, em especial, caracteriza-se como uma doença reemergente, pois após período de declínio da sua incidência e aparente controle, mostra-se com um problema de saúde pública. Baseado no exposto, esta pesquisa tem como objetivo levantar as características epidemiológicas da sífilis e os aspectos sociodemográficos dos pacientes diagnosticados com sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita no município de Araçatuba-SP, São Paulo, no período de 2017 a 2020. Realizou-se a pesquisa no Departamento de IST, AIDS e Hepatites virais, onde verificaram-se às variáveis presentes nas notificações compulsórias, como: dados gerais (tipo e data da notificação, data do diagnóstico); notificação individual (idade, sexo, raça/cor autorreferida, escolaridade); dados de residência (município e zona); dados clínicos e antecedentes epidemiológicos (ocupação, antecedente de sífilis, comportamento sexual, realização de pré-natal, classificação clínica); dados laboratoriais (teste treponêmico e não treponêmico, título); tratamento (esquema de tratamento realizado); antecedente epidemiológico da parceria sexual; antecedente epidemiológico da criança; dados do laboratório da criança; tratamento e evolução. Observaram-se 194 notificações compulsórias, das quais 124 (63,92%) eram de sífilis adquirida, 29 (14,95%) de sífilis congênita e 41 (21,13%) de sífilis em gestantes. No caso da Sífilis Adquirida, a maioria dos indivíduos pertencia ao sexo masculino (69,35%), se autodeclarou branco(a) (45,97%), apresentavam baixo nível de escolaridade, tendo estudado até o ensino médio incompleto (33,87%), além de 29 (23,39%) serem HIV+ e manterem relações sexuais com homens (39,53%). Em relação a sífilis congênita, 20 mães (68,97%) realizaram o pré-natal durante a gestação, sendo o diagnóstico da doença feito nesta fase (62,07%). 18 (62,07%) parceiros não realizaram tratamento. No caso da sífilis em gestante, a maior parte se autodeclarou branca (19,46%) e estudou até o ensino médio completo (31,71%). Observou-se o aumento das notificações da doença no município no período analisado, em especial da sífilis adquirida. Também a falta de preenchimento de

algumas informações nas fichas, o que pode dificultar o desenvolvimento de políticas públicas a fim de implementar estratégias preventivas de combate à doença.

Palavras-chave: Epidemiologia. Sífilis. Notificação de Doenças.

Casale B. Compulsory notification of acquired, gestational and congenital syphilis and its epidemiological and sociodemographic characteristics: a retrospective study. 2022. 44p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

ABSTRACT

In recent years, in different countries, the number of syphilis cases has increased. In Brazil, in particular, it is characterized as a reemerging disease, because after a period of decline in its incidence and apparent control, it shows itself as a public health problem. Based on the above data, this research aims to survey the epidemiological characteristics of syphilis and the sociodemographic aspects of patients diagnosed with acquired syphilis, gestational syphilis and congenital syphilis in the city of Araçatuba-SP, São Paulo, from 2017 to 2020. The research was carried out in the Department of STIs, AIDS and Viral Hepatitis, where the variables present in the compulsory notifications were verified, such as: general data (type and date of notification, date of diagnosis); individual reporting (age, sex, self-reported race/color, education); residence data (municipality and area); clinical data and epidemiological background (occupation, history of syphilis, sexual behavior, prenatal care, clinical classification); laboratory data (treponemal and non-treponemal test, titer); treatment (treatment schedule performed); epidemiological background of sexual partnership; epidemiological background of the child; child's laboratory data; treatment and evolution. There were 194 compulsory notifications, of which 124 (63.92%) were of acquired syphilis, 29 (14.95%) of congenital syphilis and 41 (21.13%) of syphilis in pregnant women. In the case of Acquired Syphilis, most individuals were male (69.35%), self-declared white (45.97%), had a low level of education, having studied up to incomplete high school (33, 87%), in addition to 29 (23.39%) being HIV+ and having sex with men (39.53%). Regarding congenital syphilis, 20 mothers (68.97%) underwent prenatal care during pregnancy, and the diagnosis of the disease was made at this stage (62.07%). 18 (62.07%) partners did not undergo treatment. In the case of syphilis in pregnant women, most self-declared white (19.46%) and studied until high school (31.71%). There was an increase in notifications of the disease in the municipality in the analyzed period, especially of acquired syphilis. Also, the lack of filling in some information in the forms, which can hinder the development of public policies in order to implement preventive strategies to combat the disease.

Keywords: Epidemiology. Syphilis. Disease Notification.

Casale B. Notificación obligatoria de la sífilis adquirida, gestacional y congénita y sus características epidemiológicas y sociodemográficas: un estudio retrospectivo. 2022. 44p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

RESUMEN

En los últimos años, en diferentes países, se ha observado un aumento del número de casos de sífilis. En Brasil, en particular, se caracteriza como una enfermedad reemergente, ya que después de un período de disminución de su incidencia y aparente control, aparece como un problema de salud pública. Con base en lo anterior, esta investigación tiene como objetivo relevar las características epidemiológicas de la sífilis y los aspectos sociodemográficos de los pacientes diagnosticados con sífilis adquirida, sífilis gestacional y sífilis congénita en el municipio de Araçatuba-SP, São Paulo, en el período de 2017 a 2020. La investigación se llevó a cabo en el Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Virales, donde se verificaron las variables presentes en las notificaciones obligatorias, tales como datos generales (tipo y fecha de notificación, fecha de diagnóstico); notificación individual (edad, sexo, raza/color autodeclarado, educación); datos de residencia (municipio y zona); datos clínicos y antecedentes epidemiológicos (ocupación, antecedentes de sífilis, comportamiento sexual, cuidados prenatales, clasificación clínica); datos de laboratorio (prueba treponémica y no treponémica, título); tratamiento (esquema de tratamiento realizado); antecedentes epidemiológicos de la pareja sexual; antecedentes epidemiológicos del niño; datos de laboratorio del niño; tratamiento y evolución. Hubo 194 notificaciones obligatorias, de las cuales 124 (63,92%) fueron de sífilis adquirida, 29 (14,95%) de sífilis congénita y 41 (21,13%) de sífilis en mujeres embarazadas. En el caso de la sífilis adquirida, la mayoría de los individuos pertenecían al género masculino (69,35%), declaraban ser de raza blanca (45,97%), tenían un nivel educativo bajo, habiendo cursado hasta la educación secundaria incompleta (33,87%), además de que 29 (23,39%) eran VIH+ y mantenían relaciones sexuales con hombres (39,53%). En cuanto a la sífilis congénita, 20 madres (68,97%) se sometieron a cuidados prenatales durante el embarazo, y la enfermedad se diagnosticó durante esta fase (62,07%). 18 (62,07%) parejas no se sometieron a tratamiento. En el caso de la sífilis en las mujeres embarazadas, la mayoría eran blancas (19,46%) y habían estudiado hasta el bachillerato completo (31,71%). Se observó el aumento de las notificaciones

de la enfermedad en el municipio en el período analizado, especialmente la sífilis adquirida. También la falta de cumplimentación de algunos datos en los formularios, lo que puede dificultar el desarrollo de políticas públicas para implementar estrategias preventivas para combatir la enfermedad.

Palabras-clave: Epidemiología. Sífilis. Notificación de Enfermedades.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Número de casos de sífilis segundo o ano de notificação, Araçatuba, 2022	21
Gráfico 2.	Notificações compulsórias segundo a escolaridade, Araçatuba, 2022	22
Gráfico 3.	Notificações compulsórias segundo a raça/cor autorreferida, Araçatuba, 2022	23
Gráfico 4.	Notificações compulsórias segundo o esquema de tratamento, Araçatuba, 2022	24
Gráfico 5.	Notificações compulsórias segundo o diagnóstico clínico, Araçatuba, 2022	24
Gráfico 6.	Notificações compulsórias dos tipos de sífilis segundo a zona de residência, Araçatuba, 2022	25
Gráfico 7.	Notificações compulsórias dos tipos de sífilis segundo o bairro de residência no município, Araçatuba, 2022	26
Gráfico 8.	Notificações compulsórias de sífilis adquirida e sífilis congênita segundo o sexo, Araçatuba, 2022	26
Gráfico 9.	Notificações compulsórias de sífilis adquirida, sífilis congênita e de sífilis em gestantes segundo a escolaridade, Araçatuba, 2022	27
Gráfico 10.	Notificações compulsórias de sífilis adquirida, sífilis congênita e mães e sífilis em gestantes segundo a raça/cor autorreferida, Araçatuba, 2022	28
Gráfico 11.	Notificações compulsórias de sífilis congênita, sífilis em gestantes e dos parceiros das gestantes segundo esquema de tratamento, Araçatuba, 2022	29
Gráfico 12.	Notificações compulsórias de sífilis adquirida, sífilis congênita e de sífilis em gestantes segundo o diagnóstico clínico, Araçatuba, 2022	29
Gráfico 13.	Notificações compulsórias de sífilis adquirida segundo a faixa etária, Araçatuba, 2022	30
Gráfico 14.	Notificações compulsórias segundo a Identidade de gênero, Araçatuba, 2022	31
Gráfico 15.	Notificações compulsórias de sífilis adquirida segundo comportamento/vulnerabilidade, Araçatuba, 2022	31
Gráfico 16.	Notificações compulsórias segundo os resultados dos testes treponêmicos e não treponêmicos, Araçatuba, 2022	33
Gráfico 17.	Notificações compulsórias segundo os resultados dos testes treponêmico e não treponêmico no pré-natal, Araçatuba, 2022	34

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	18
3 METODOLOGIA	19
4 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são algumas das patologias transmissíveis mais comuns, constituindo, conseqüentemente, um problema de saúde pública mundial. Além de complicações na saúde, em particular, e no bem-estar, em geral, dos seus portadores, elas facilitam a transmissão sexual do HIV. Por esses motivos, desde 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu uma estratégia global para expansão dos serviços de saúde para controle e diminuição da incidência das ISTs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Uma dessas doenças é a sífilis, que será o objeto de estudo deste trabalho.

A sífilis é uma doença infecciosa bacteriana sistêmica crônica que penetra nos tecidos do organismo por meio de contato do microrganismo com o hospedeiro (SANTACROCE *et al.*, 2020). É causada pela bactéria *Treponema pallidum*, patógeno que somente acomete seres humanos, de forma espiroqueta gram-negativa, o qual também é responsável por outras doenças treponêmicas como bejel, boubá e pinta (LUKEHART, 2017; McADAM; SHARPE, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; PINTO, 2014; SANTACROCE *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2020). Além de possuir cura, a sífilis conta com medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento eficaz de baixo custo desde a década de 1950 (HOOK, 2017; LAFOND; LUKEHART, 2006; LUPPI *et al.*, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020; SMITH *et al.*, 1956). No Brasil, trata-se de uma doença reemergente, pois, o número de casos voltou a aumentar após um período de aparente controle e em que sua incidência parecia estar em declínio (BARRADAS, 1997; GARBIN *et al.*, 2019). Os motivos apontados para esta situação seriam a desnutrição, que tornaria o indivíduo mais suscetível ao microorganismo, e a fragilidade de políticas de saúde pública adotadas para infecções anteriormente controladas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

As incertezas sobre o surgimento da sífilis são muitas. Acredita-se que o primeiro registro de uma epidemia de sífilis foi em 1495, a qual teria sido causada por tropas mercenárias que disseminaram a doença pela Europa e devastaram o continente. Outra teoria associa o retorno de Cristóvão Colombo à Europa, cuja tripulação teria trazido a doença das Américas. Algumas outras teorias apontam que a sífilis já existia na Europa muito antes de 1495, mas, apenas a partir desse ano,

passou a ser distinguida de outras treponematoses e doenças com sintomas semelhantes (HARPER *et al.*, 2008; QUETEL, 1990).

Sua transmissão ocorre, principalmente, por meio do contato sexual com lesões infecciosas (como cancro, placa mucosa, erupção ou condilomas planos), com maior possibilidade de contágio nos estágios primário e secundário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020). Por esse motivo, fatores comportamentais, sociais, culturais e biológicos influenciam sua transmissão (LUKEHART, 2017; McADAM; SHARPE, 2013; SILVEIRA *et al.*, 2020) e a prevenção da doença ocorre, sobretudo, por meio do uso correto e regular do preservativo masculino ou feminino, bem como por meio do acompanhamento de gestantes e parceiros sexuais durante o pré-natal. Ressalta-se que a prevenção contínua é necessária visto que, mesmo com tratamento adequado, a pessoa pode adquirir a doença novamente sempre que entrar em contato com o agente etiológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Além do contato sexual, formas de transmissões menos comuns podem ocorrer por meio de contato pessoal não sexual, transfusões de sangue e transplantes de órgãos. Em todos esses casos de contágio, é identificada como sífilis adquirida (LUKEHART, 2017; McADAM; SHARPE, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020). Também pode ocorrer transmissão vertical nos casos de sífilis gestacional (da gestante para o feto através da placenta) e que, se não tratada corretamente, acarreta o desenvolvimento de sífilis congênita (adquirida pelo bebê no momento do parto), trazendo inúmeras complicações (ARAÚJO *et al.*, 2014; DOMINGUES; LEAL, 2016; GARBIN *et al.* 2019; MACÊDO *et al.*, 2020; MAGALHÃES *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2016).

Cerca de 40% dos casos de sífilis gestacional não tratada acarreta problemas como aborto espontâneo, natimortos, neonatal precoce, malformações do feto e baixo peso ao nascer (ARAÚJO *et al.*, 2014; LUPPI *et al.*, 2020; LYNN; LIGHTMAN, 2004; MACÊDO *et al.*, 2020; MAGALHÃES *et al.*, 2013; STOLTEY; COHEN, 2015; WORKOWSKI; BOLAN, 2015). Para prevenir os casos gestacional e congênito e reduzir os riscos da doença, é preciso realizar o pré-natal de modo a identificar e realizar o tratamento adequado da gestante e do parceiro (GARBIN *et al.* 2019; MACÊDO *et al.*, 2020). O tratamento é considerado adequado quando iniciado até 30 dias antes do parto, utilizando-se penicilina benzatina, sendo inadequados quaisquer tratamentos que não se enquadrem nesses critérios (GARBIN *et al.*, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A despeito da disponibilidade gratuita de testagem e de tratamento pelo SUS, ainda há elevada desigualdade no acesso ao pré-natal, dificultando o diagnóstico e tratamento entre mulheres em situação de vulnerabilidade social (MACÊDO *et al.*, 2020; VIELLAS *et al.*, 2014). Além disso, muitos pacientes não retornam ao serviço de saúde para continuidade do acompanhamento e tratamento, não realizam o tratamento de forma adequada e/ou não comunicam outros parceiros com quem tiveram contato sobre a necessidade de também serem testados e tratados para que a cadeia de transmissão seja quebrada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Vale notar que, nos bebês, os sintomas da sífilis congênita não aparecem ao nascer, mas nos três primeiros meses ou até nos dois primeiros anos. Além dos problemas já citados, alterações mentais, surdez, cegueira e alterações ósseas podem ser outros sinais da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Essa dificuldade em reconhecer os sintomas logo ao nascimento aumenta ainda mais a importância em realizar a testagem em diferentes momentos do pré-natal (na primeira consulta, no terceiro trimestre e no momento do parto) e, em casos positivos, realizar o tratamento correto da gestante e de seu parceiro de modo a evitar tanto a transmissão vertical quanto a reinfeção após o tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Mesmo que o tratamento das mães tenha sido adequado, a testagem nos bebês deve ser feita na hora do parto, e acompanhamentos com realização de testes não treponêmicos. Para os bebês com mães que não receberam tratamento ou receberam tratamento não adequado, é preciso diversas avaliações médicas, como coleta de amostras de sangue, avaliações neurológicas, oftalmológicas e audiológicas, e raio-x dos ossos longos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A doença se manifesta em quatro estágios de infecção, conforme descritos a seguir, com episódios de doença ativa e momentos de latência. Vale notar que as lesões características da sífilis, presentes nas fases primária e secundária, aumentam o risco de contrair e transmitir o HIV (GARBIN *et al.*, 2019; HOOK, 2017; LUPPI *et al.*, 2020; LYNN; LIGHTMAN, 2004).

- 1) Estágio primário: ocorre entre 10 e 90 dias após o contato. No local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo do útero, ânus, boca ou outros locais da pele), surge uma única lesão indolor chamada cancro duro, de base dura, bordas elevadas e rica em bactérias. Além de indolor, não coça, não arde, não tem pus e pode ser acompanhada de ínguas na virilha. A lesão desaparece sozinha entre

quatro e oito semanas depois, independentemente de tratamento (DUNNE JUNIOR, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; SILVA, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2020; TALHARI, 2015);

- 2) Estágio secundário: manifesta-se cerca de seis semanas a seis meses após o surgimento e cicatrização do cancro duro. Sua duração varia entre uma semana e seis meses, apresentando erupções cutâneas róseas pelo corpo, que não coçam e se concentram em regiões palmoplantar (de mãos e pés). Alguns sintomas como febre, dores de cabeça, mal-estar, ínguas pelo corpo, náuseas, perda de apetite, inflamação da garganta e olhos inflamados podem ocorrer esporadicamente por um ano. As lesões são altamente contagiosas e desaparecem sozinhas, independentemente de tratamento (DUNNE JUNIOR, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; SAMPAIO; RIVITTI, 2007; SILVEIRA *et al.*, 2020; TALHARI, 2015);
- 3) Estágio de latência: todos os sinais e sintomas desaparecem. Ocorre após o estágio secundário, podendo durar de dois a 40 anos, ou ainda a vida toda (DUNNE JUNIOR, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020);
- 4) Estágio terciário: evolução observada em aproximadamente um terço dos casos, desencadeando lesões cutâneas e ósseas, bem como problemas cardiovasculares e neurológicos graves, que podem levar a morte. Existe ainda a chamada de sífilis decapitada, forma menos comum da doença, a qual ocorre por meio de transfusão sanguínea ou uso de drogas injetáveis. A doença não apresenta a fase primária da lesão inicial, iniciando já na fase secundária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; SALATA, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2020).

2 OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi levantar as características epidemiológicas da sífilis e os aspectos sociodemográficos dos pacientes diagnosticados com sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita no município de Araçatuba-SP, São Paulo, no período de 2017 a 2020. Realizou-se a pesquisa no Departamento de IST, AIDS e Hepatites virais, onde verificaram-se às variáveis presentes nas notificações compulsórias.

Como forma de apoio ao objetivo geral, a pesquisa apresenta em sua Introdução uma breve descrição sobre o que é a sífilis e suas características, como tipos (adquirida, em gestante e congênita), formas de transmissão e tratamento, e sintomas apresentados em cada um dos quatro estágios.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o protocolo CAAE 51435521.0.0000.5420, dentro dos padrões exigidos pela Resolução 466/12. Realizada no Departamento de IST, AIDS e Hepatites virais do município de Araçatuba, no Estado de São Paulo, Brasil, a pesquisa está de acordo com a Lei 7658/14, portanto, as informações apresentadas nas notificações compulsórias fornecidas pela instituição parceira não continham dados que pudessem identificar os pacientes acometidos pela doença.

Trata-se de pesquisa descritiva epidemiológica analítica, de investigação documental, com análise quantitativa do conteúdo pesquisado e abordagem exploratória. As informações das notificações compulsórias relativas ao período de 2017 a 2020 foram coletadas nos meses de novembro e dezembro de 2021 em formato de arquivos em Excel. As notificações apresentaram dados sociodemográficos e epidemiológicos, a partir dos quais foram realizadas as análises referentes aos casos de sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis em gestantes.

Nas notificações compulsórias, os seguintes dados foram identificados para os três tipos de sífilis (adquirida, congênita e gestante):

- Dados sociodemográficos: sexo, raça e escolaridade;
- Residência: município, bairro e zona de moradia;
- Dados epidemiológicos: ocupação, esquema de tratamento e diagnóstico clínico.

Outros dados eram específicos a cada um dos três casos. Nos casos de sífilis adquirida, os dados específicos foram:

- Associação ao vírus HIV/AIDS
- Identidade de gênero
- Comportamento/vulnerabilidade
- Título

Os dados específicos aos casos de sífilis congênita eram:

- Idades do bebê e da mãe;
- Realização de pré-natal e diagnóstico de sífilis materna;
- Tratamento: adequação do tratamento da mãe, tratamento do parceiro;
- Dados laboratoriais do bebê: teste treponêmico parto/curetagem, teste não treponêmico parto/curetagem, teste não treponêmico bebê, teste treponêmico (18

meses), teste não treponêmico líquido, titulação ascendente, evidência de *Treponema pallidum*, alteração líquórica, diagnóstico radiológico do bebê, e sinais e sintomas.

Por fim, nos casos de sífilis em gestante, os dados específicos eram:

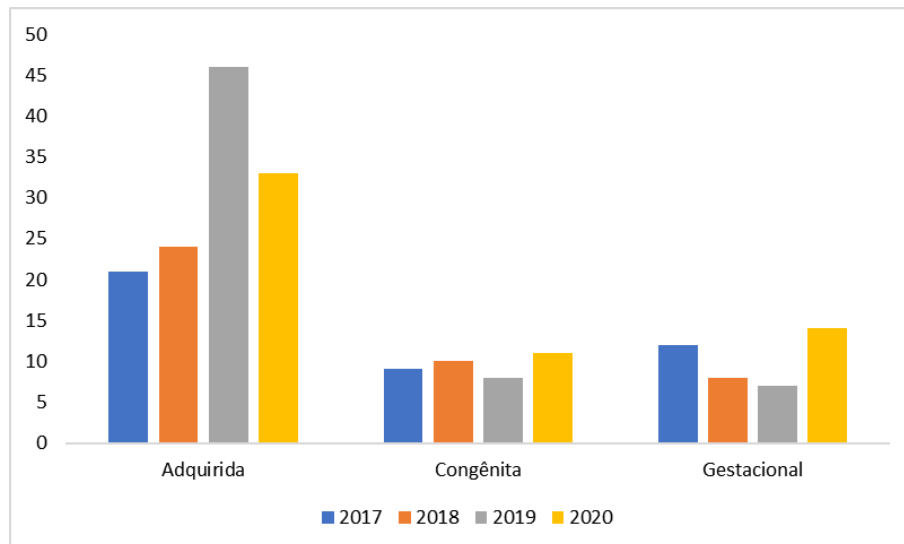
- Dados epidemiológicos da gestante: período da gestação;
- Testes: teste treponêmico pré-natal, teste não treponêmico pré-natal.

Os dados da planilha do programa Excel foram processados por meio do programa Epi Info 7.2 e apresentados em frequências absolutas e percentuais.

4 RESULTADOS

Neste estudo, foram coletados dados referentes ao período de 2017 a 2020 no Departamento de IST, AIDS e Hepatites virais do município de Araçatuba, referentes a um total de 194 notificações compulsórias, das quais 124 (63,92%) eram de sífilis adquirida, 29 (14,95%) de sífilis congênita e 41 (21,13%) de sífilis em gestantes. No **Gráfico 1**, apresentam-se os números de casos para cada ano do período. O maior número de casos de sífilis adquirida ocorreu em 2019, e para as sífilis congênita e gestacional os casos notificados ocorreram em 2020.

Gráfico 1 - Número de casos de sífilis segundo o ano de notificação, Araçatuba, 2021



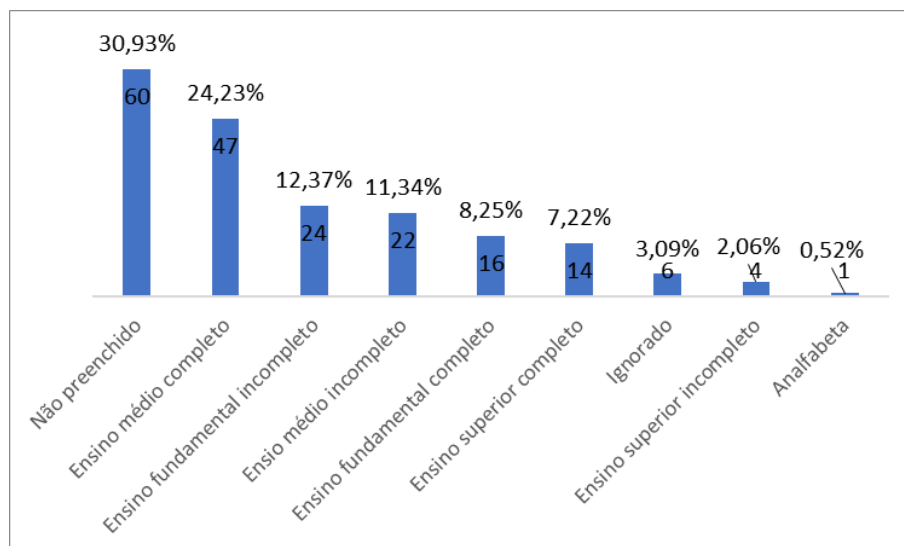
Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Utilizando-se a metodologia descrita anteriormente, foram obtidos os resultados apresentados a seguir, tanto em porcentagem, quanto em valores absolutos. Nas análises, primeiramente, serão apresentados os dados em relação ao total de notificações compulsórias, ou seja, sem considerar as informações divididas entre os três tipos de sífilis (adquirida, congênita e em gestante). Em seguida, os dados serão apresentados comparando-se a informação para cada um dos três tipos de sífilis. Por fim, serão apresentados os dados específicos a cada tipo de sífilis, ou seja, informações que foram coletadas em apenas um dos três tipos.

Resultados segundo o total das notificações compulsórias

Das 194 notificações compulsórias, 100 (51,55%) eram homens, 93 (47,94%) mulheres e apenas uma pessoa não preencheu esta informação. **No Gráfico 2**, excluindo-se as informações não preenchidas (60 pessoas ou 30,93% do total), observou-se que, das 194 notificações, a maioria possuía ensino médio completo, correspondendo a 47 (24,23% do total), seguido de 24 (12,37%) que possuíam ensino fundamental incompleto.

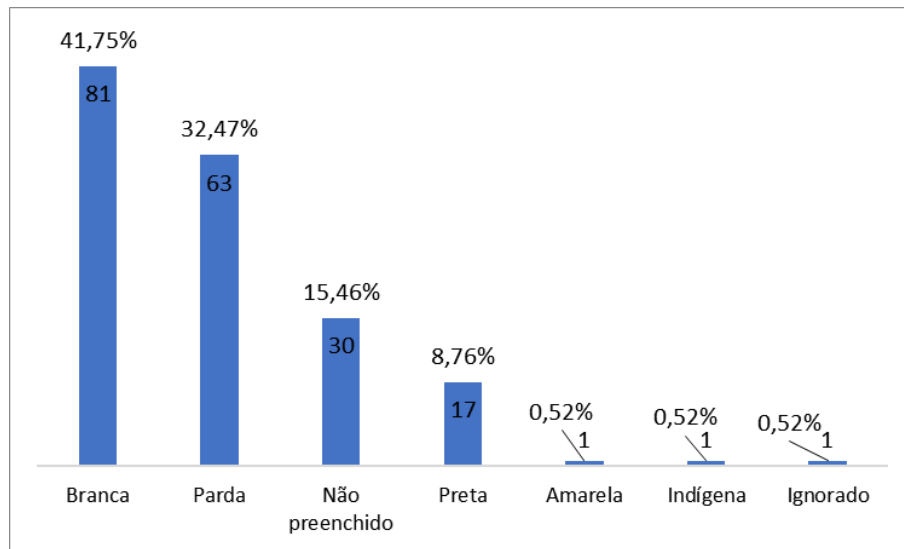
Gráfico 2 - Notificações compulsórias segundo a escolaridade, Araçatuba, 2021



Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Apenas duas pessoas (1,03%) residiam na zona rural, sendo a quase totalidade 192 (98,97%) residentes na zona urbana.

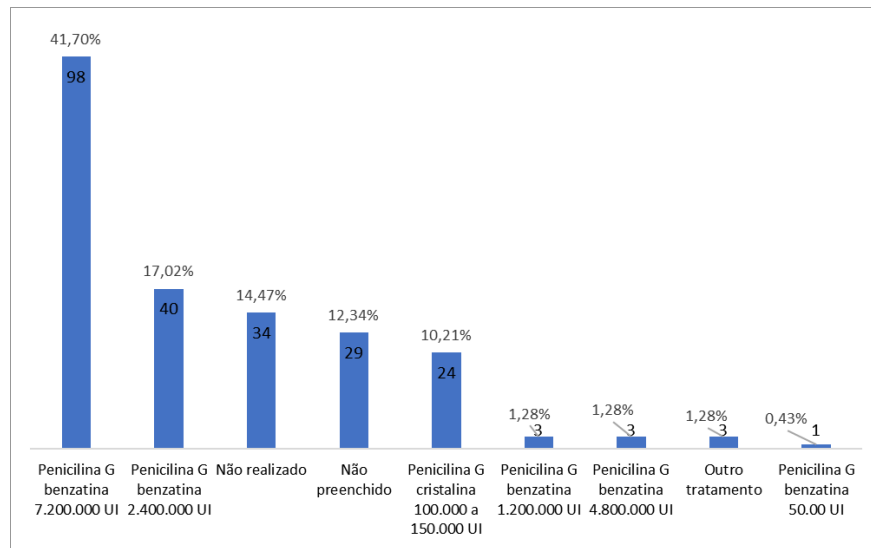
Conforme apresentado no **Gráfico 3**, em relação à raça/cor dos respondentes, a maioria de 81 pessoas (41,75%) se autorreferil como branca, seguida por 63 (32,47%) indivíduos pardos.

Gráfico 3 - Notificações compulsórias segundo a raça/cor, Araçatuba, 2021

Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Em relação ao esquema de tratamento, além dos 194 casos, foram incluídos os dados dos parceiros das gestantes, totalizando, portanto, 235 pessoas. Conforme o **Gráfico 4**, dessas 235, 98 pessoas (41,70%) receberam tratamento com Penicilina G benzatina 7.200.000 UI, 40 (17,02%) receberam tratamento com Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, 24 (10,21%) receberam tratamento com Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI. Os tratamentos com Penicilina G benzatina 1.200.000 UI, com Penicilina G benzatina 4.800.000 UI ou outros tratamentos foram realizados em três pessoas cada, ou seja, 1,28% do total cada tratamento. Apenas uma pessoa (0,43%) foi tratada com Penicilina G benzatina 50.000 UI, 34 pessoas (14,47%) não realizaram tratamento e 29 pessoas (12,34%) não preencheram a informação.

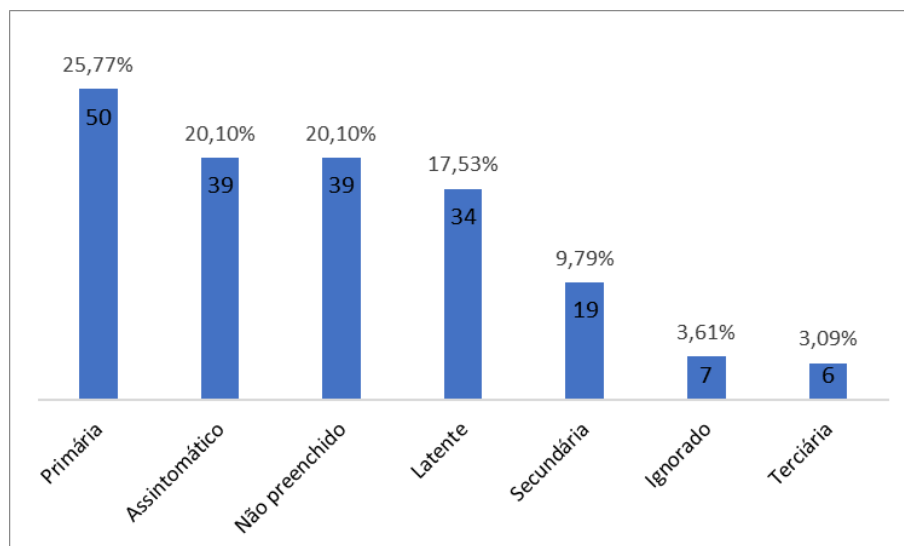
Gráfico 4 - Notificações compulsórias segundo o esquema de tratamento, Araçatuba, 2021



Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

O **Gráfico 5** apresenta os diagnósticos clínicos das 194 notificações, 50 pessoas (25,77%) estão em estágio primário da doença e 39 (20,10%) são assintomáticos.

Gráfico 5 - Notificações compulsórias segundo o diagnóstico clínico, Araçatuba, 2021



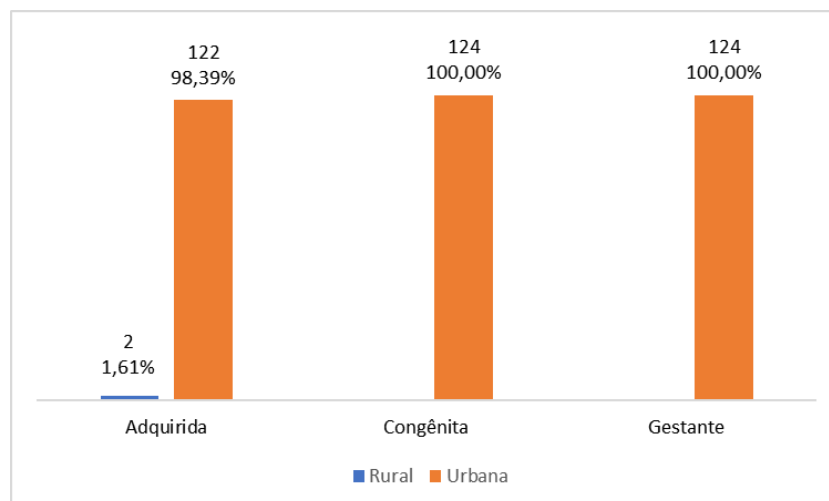
Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Resultados segundo cada tipo de notificação compulsória (sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis em gestante)

Em relação ao local da residência, para os três tipos de sífilis a maioria dos respondentes residia no município pesquisado, sendo 121 pessoas (97,58%) no caso de sífilis adquirida, 29 (100%) de congênita e 40 (97,56%) de gestantes. Nos casos de sífilis adquirida, houve um caso (0,81%) em Birigui, um (0,81%) em Guararapes e um (0,81%) em Guzolândia. Em Birigui, também houve um caso (2,44%) de gestante com sífilis.

Conforme é possível identificar no **Gráfico 6**, para os casos de sífilis congênita e sífilis em gestante, 100% (29 e 41 pessoas, respectivamente) residiam na zona urbana. Nos casos de sífilis adquirida, 122 (98,39%) residiam na zona urbana e duas (1,61%) na zona rural.

Gráfico 6 - Notificações compulsórias dos tipos de sífilis segundo a zona de residência, Araçatuba, 2021

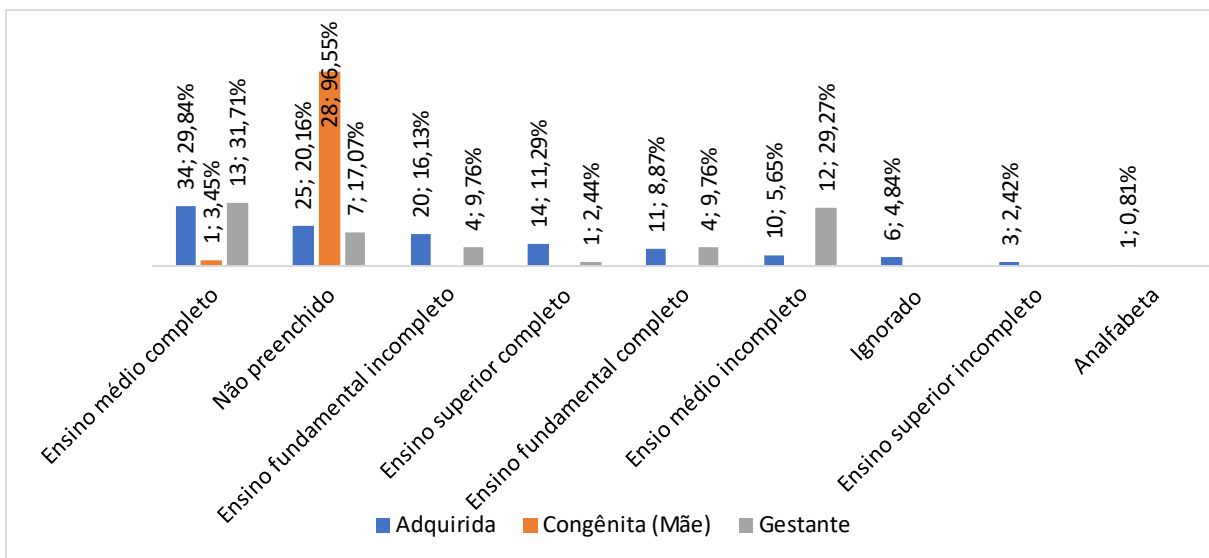


Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Em relação aos bairros de Araçatuba, a distribuição da doença mostrou-se igualitária, conforme mostra o **Gráfico 7**.

No **Gráfico 9**, observa-se o nível de escolaridade dos respondentes das notificações compulsórias de sífilis adquirida, sífilis congênita e das gestantes com sífilis. Não considerando as respostas ignoradas e não respondidas, a maioria possuía ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo. Destaca-se que a porcentagem de pessoas com ensino médio completo é muito próxima nos casos notificados de sífilis adquirida e nos casos notificados de gestantes com sífilis.

Gráfico 9 - Notificações compulsórias de sífilis adquirida, sífilis congênita e de sífilis em gestantes segundo a escolaridade, Araçatuba, 2021



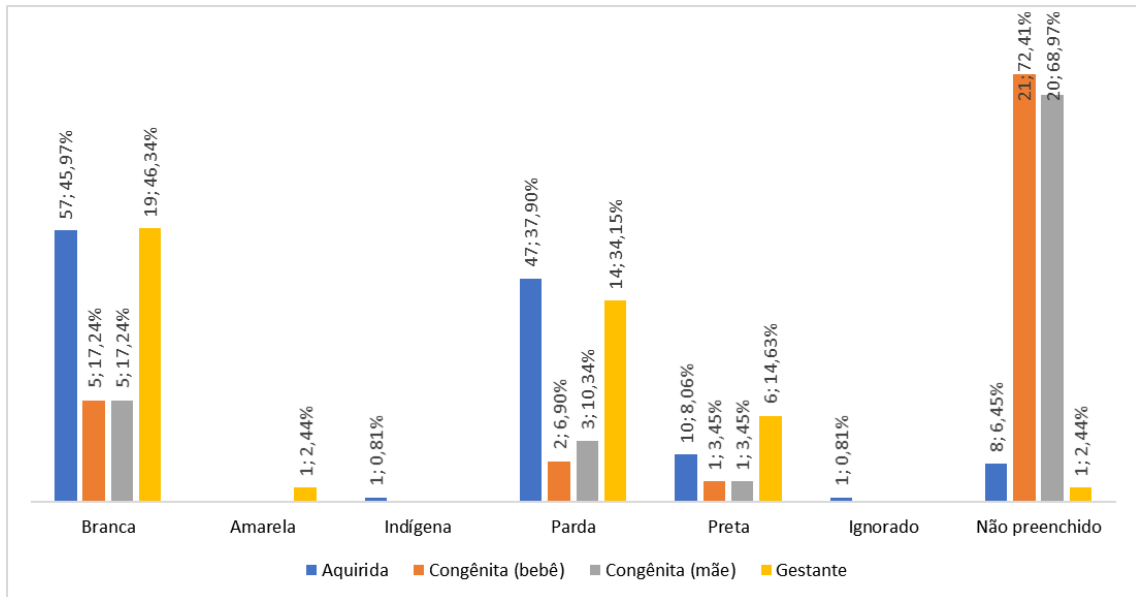
Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Dos 124 casos notificados de sífilis adquirida, os dados obtidos apontam 34 (29,84%) pessoas com ensino médio completo e 20 (16,13%) com ensino fundamental incompleto. Dos 29 casos notificados de sífilis congênita, 28 mães não preencheram a informação e apenas uma indicou possuir ensino médio completo, representando 3,45% das respondentes. Dos 41 casos notificados de sífilis em gestante, houve 13 (31,71%) pessoas com ensino médio completo e 12 (29,27%) com ensino médio incompleto.

Em relação à raça/cor, conforme apresentado no **Gráfico 10**, dentre os casos de sífilis adquirida, 57 (45,97%) eram brancas e 47 (37,90%) pardas. Para os casos de sífilis congênita, a maioria não preencheu a informação, contabilizando 21 bebês (72,41%) sem informação e 20 (68,97%) mães sem informação. Nas notificações de gestantes, 19 (46,34%) eram brancas e 14 (34,15%) pardas. Portanto, para os três

tipos de notificações, a maior frequência dos casos de sífilis ocorreu entre indivíduos brancos, seguidas por pessoas pardas.

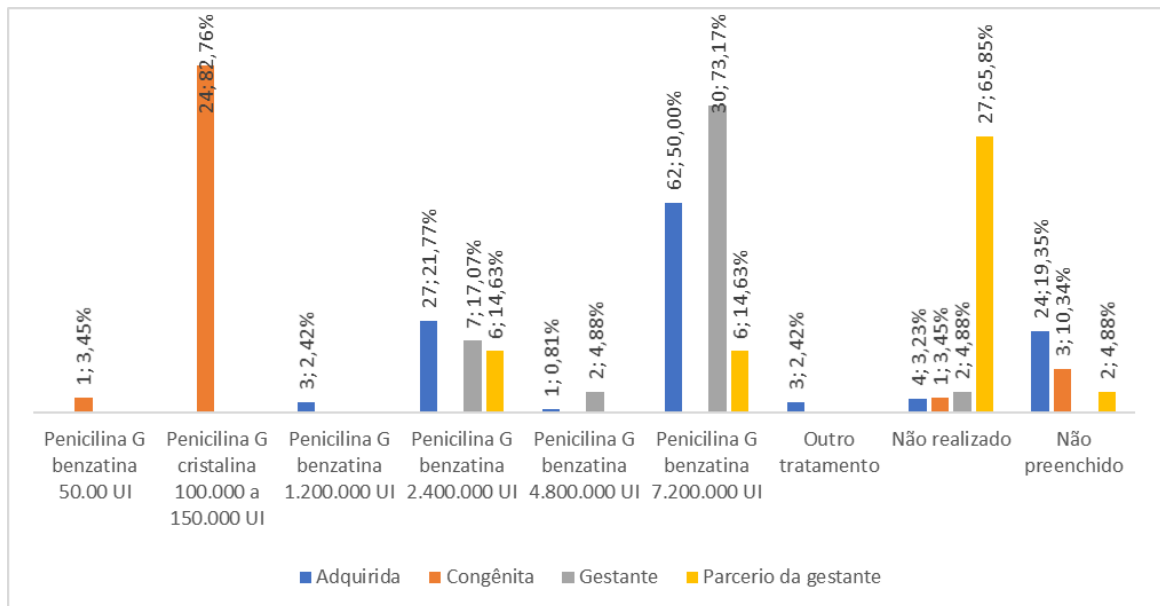
Gráfico 10 - Notificações compulsórias de sífilis adquirida, sífilis congênita e mães e sífilis em gestantes segundo a raça/cor autorreferida, Araçatuba, 2021



Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Sobre os esquemas de tratamento apresentados no **Gráfico 11**, para os casos de sífilis adquirida, metade dos casos (62 pessoas) foram tratados com Penicilina G benzatina 7.200.000 UI e 27 (21,77%) com Penicilina G benzatina 2.400.000 UI. Para os casos de sífilis congênita, 24 bebês (82,76%) foram tratados com Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI e três (10,34%) não preencheram as informações. Para os casos de sífilis em gestantes, 30 (73,17%) foram tratadas com Penicilina G benzatina 7.200.000 UI e sete (17,07%) foram tratadas com Penicilina G benzatina 2.400.000 UI. Os parceiros das gestantes também foram questionados sobre o esquema de tratamento, mas a maioria (27 parceiros ou 65,85%) não realizou tratamento e seis parceiros (14,63%) foram tratados ou com Penicilina G benzatina 2.400.000 UI ou com Penicilina G benzatina 7.800.000 UI.

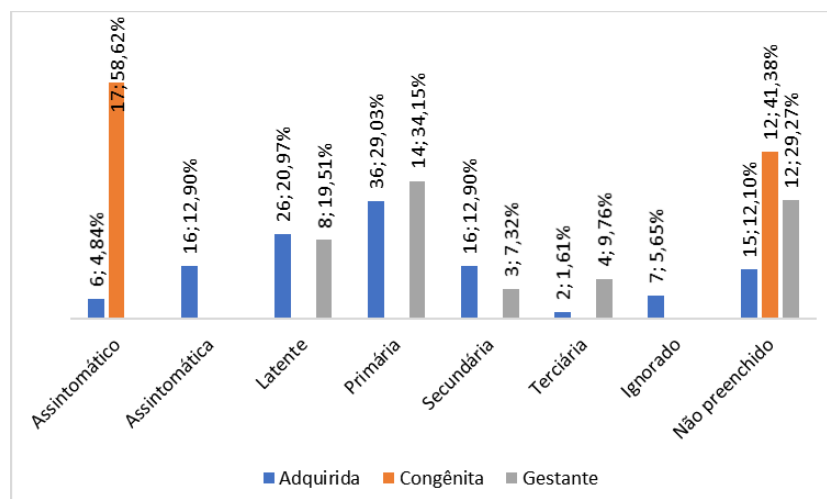
Gráfico 11 - Notificações compulsórias de sífilis congênita, sífilis em gestantes e dos parceiros das gestantes segundo esquema de tratamento, Araçatuba, 2021



Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Em relação aos dados de diagnóstico clínico apresentados no **Gráfico 12**, para os casos de sífilis adquirida, 36 pessoas (29,03%) estavam na fase primária da doença e 26 (20,97%) na latente. Para os casos de sífilis congênita, 17 bebês (58,62%) eram assintomáticos e os outros 12 (41,38%) não preencheram a informação. Para os casos de sífilis em gestante, 14 (34,15%) estavam na fase primária e oito (19,51%) na latente.

Gráfico 12 - Notificações compulsórias de sífilis adquirida, sífilis congênita e de sífilis em gestantes segundo o diagnóstico clínico, Araçatuba, 2021



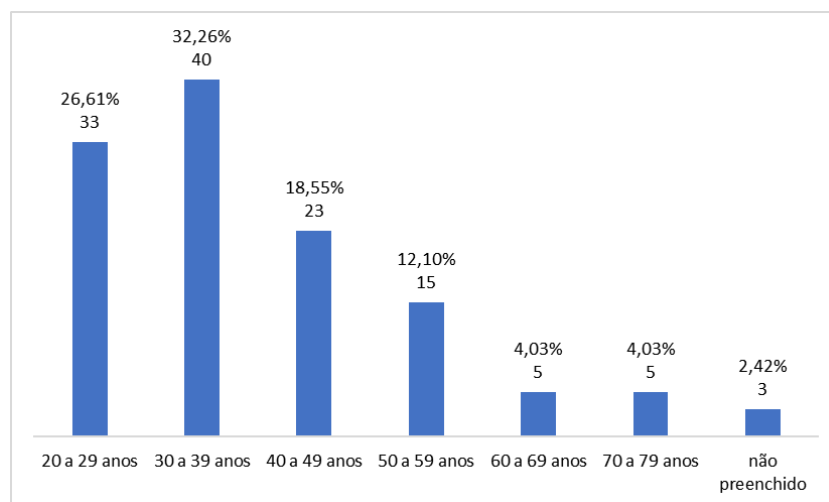
Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Resultados específicos de cada tipo de sífilis

Como indicado, algumas informações específicas foram colhidas apenas em um dos três tipos de notificações compulsórias. A seguir, são analisadas tais informações para cada um dos tipos, seguindo a sequência sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis em gestantes.

Nas notificações de sífilis adquirida, o **Gráfico 13** apresenta as faixas etárias dos respondentes, obtendo-se 40 pessoas (32,26%) entre 30 e 39 anos e 33 pessoas (26,61%) entre 20 e 29 anos.

Gráfico 13 - Notificações compulsórias de sífilis adquirida segundo a faixa etária, Araçatuba, 2021

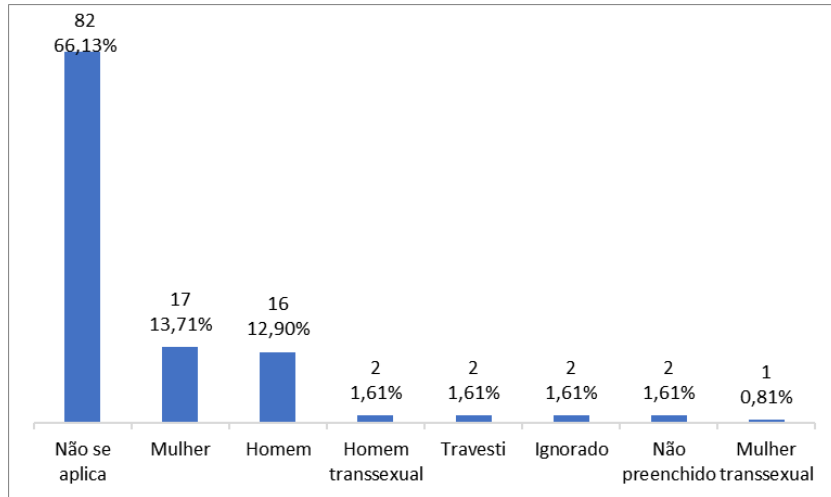


Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Dos 124 casos notificados, 29 pessoas (23,39%) também são portadoras de HIV/AIDS e 85 pessoas (68,55%) não são portadores deste vírus.

Para os casos de sífilis adquirida, além do sexo, também foi questionada a identidade de gênero dos respondentes, conforme ilustra o **Gráfico 14**, observando-se a maioria de 17 (13,71) mulheres seguido por 16 (12,90%) homens.

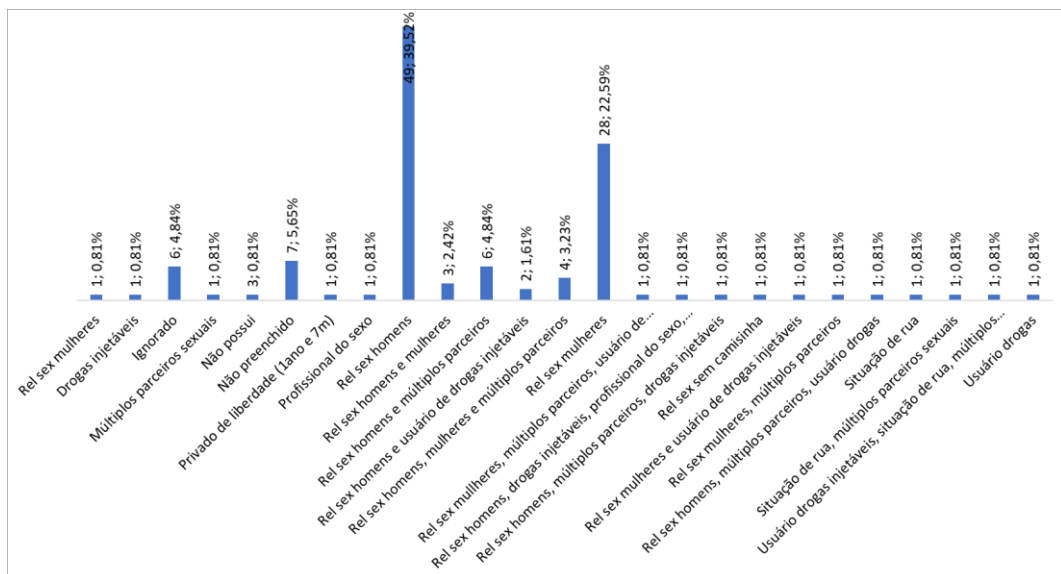
Gráfico 14 - Notificações compulsórias segundo a Identidade de gênero, Araçatuba, 2021



Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

O **Gráfico 15** apresenta os dados sobre o comportamento/vulnerabilidade dos respondentes. Sobre estes dados, destacam-se as seguintes informações: 49 (39,53%) mantêm relações sexuais com homens e 28 (22,59%) mantêm relações sexuais com mulheres.

Gráfico 15 - Notificações compulsórias de sífilis adquirida segundo comportamento/vulnerabilidade, Araçatuba, 2021



Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

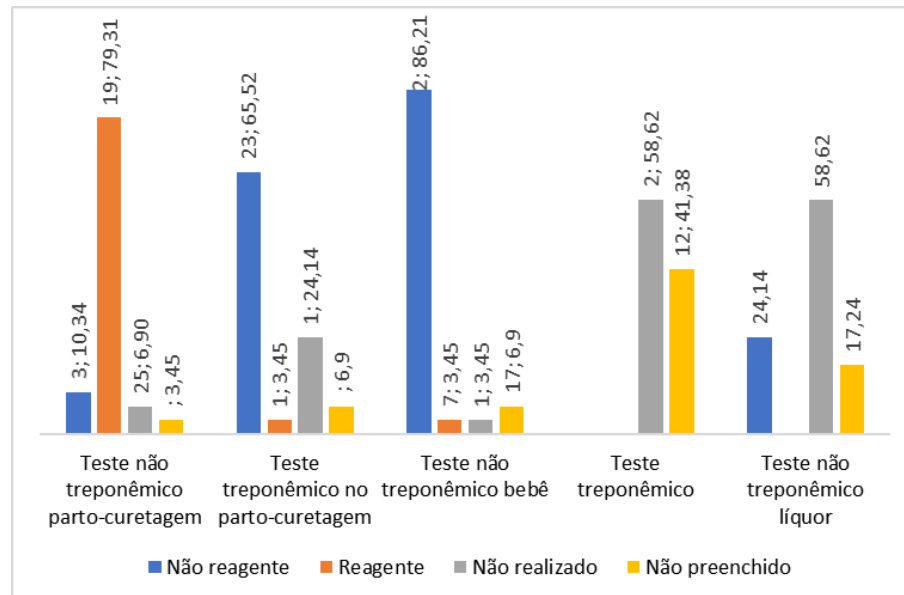
Embora a ocupação tenha sido questionada nos casos de sífilis adquirida e de sífilis em gestante, optou-se pela análise separada de cada um, dada a variedade de respostas obtidas. Nas notificações de sífilis adquirida, 42 (33,88%) não preencheram a informação sobre ocupação e nove (7,26%) se declararam estudantes. Em relação à titulação, foram obtidos os seguintes dados: 21 pessoas (17,07%) com 1:8 e 14 pessoas (11,38%) com 1:2.

Sobre as informações específicas relativas às notificações de sífilis congênita, foram questionadas a idade do bebê e da mãe. Dentre as idades dos bebês, sete (24,14%) tinham dois dias de vida, quatro (13,79%) um dia de vida e outros quatro (13,79%) tinham 3 dias de vida. As idades das mães que mais apareceram foram quatro (13,79%) com 28 anos e três (10,34%) com 19 anos, 23 anos, 26 e 27 anos cada uma.

Também foram feitas questões específicas às mães das 29 notificações compulsórias de sífilis congênita. Em relação ao pré-natal, 20 mães (68,97%) realizaram pré-natal durante a gestação e seis (20,69%) não realizaram pré-natal. O diagnóstico de sífilis materna ocorreu em 18 mães (62,07%) durante o pré-natal e em três (10,34%) no momento do parto ou após o parto. O tratamento foi adequado para 13 mães (44,83%) e inadequado para oito (27,59%). Em relação ao tratamento do parceiro, três parceiros (10,34%) realizaram tratamento e 18 (62,07%) não realizaram tratamento. A maioria das mães não preencheu a informação sobre sua ocupação 16 (55,17%), e 12 (41,38%) afirmaram ser do lar.

Em relação aos testes treponêmicos e não treponêmicos, o **Gráfico 16** apresenta os resultados obtidos a partir das notificações compulsórias. Para o teste não treponêmico no parto/curetagem, 23 (79,31%) deram reagentes e três (10,34%) deram não reagente. Para o teste treponêmico no parto/curetagem, 19 (65,52%) deram reagente e sete (24,14%) não realizaram o teste. Para o teste não treponêmico do bebê, 25 (86,21%) deram reagente e um (3,45%) deu não reagente. Para o teste treponêmico, 17 (58,62%) não realizaram o teste e os outros 12 (41,38%) não preencheram a informação. Para o teste não treponêmico do líquido, não houve teste reagente e sete (28,14%) deram não reagente.

Gráfico 16 - Notificações compulsórias segundo os resultados dos testes treponêmicos e não treponêmicos, Araçatuba, 2021



Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Sobre a titulação ascendente, seis (20,69%) não realizaram e 22 (75,86) não preencheram a informação solicitada. Em relação ao *Treponema pallidum*, apenas um (3,45%) apresentou e dois (6,90%) não apresentaram. Em relação à alteração líquórica, 14 (48,27%) não apresentaram alteração e sete (24,14%) não realizaram o exame. Em relação ao diagnóstico radiológico do bebê, 22 (75,86%) realizaram diagnóstico radiológico, seis (20,69%) não realizaram o diagnóstico radiológico, e um (3,45%) não preencheu a informação solicitada.

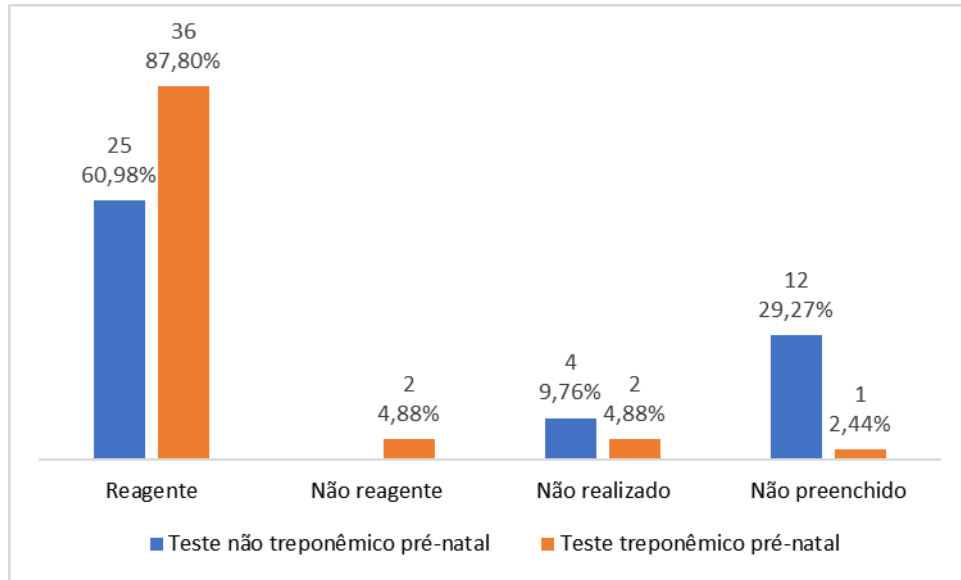
Nenhum dos 29 bebês apresentou sinais e sintomas da doença, e todos os 29 bebês estavam vivos quando o questionário foi respondido.

Sobre as informações específicas às 41 notificações compulsórias de casos de sífilis em gestantes, 20 (48,49%) estavam no primeiro trimestre de gestação e nove (21,95%) estavam no segundo trimestre. Em relação ao tratamento do parceiro, 14 parceiros (34,15%) receberam tratamento e 26 (63,41%) não receberam tratamento.

Quanto à testagem, para o teste não treponêmico pré-natal, 25 (60,98%) deram reagentes, quatro (9,76%) não realizaram o teste e 12 (29,27%) não preencheram a informação solicitada. Para o teste treponêmico pré-natal, 36 (87,80%) deram

reagente e dois (4,88%) deram não reagente. O **Gráfico 17** compara os resultados para os dois tipos de testes.

Gráfico 17 - Notificações compulsórias segundo os resultados dos testes treponêmico e não treponêmico no pré-natal, Araçatuba, 2021



Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

6 DISCUSSÃO

A despeito da existência de medidas para diagnóstico e tratamento, a sífilis ainda é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. De acordo com dados de 2012, havia cerca de seis milhões de casos da doença no mundo, o que levou as autoridades a implementarem ações para o controle e a prevenção da sífilis, visando reduzir 90% de sua incidência e eliminar os casos de sífilis congênita (LUPPI *et al.*, 2020; NEWMAN *et al.*, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). A estimativa da Organização Mundial da Saúde, para os anos de 2009 a 2016, era de 376,4 milhões de casos de ISTs curáveis pelo mundo. Desse total global, 6,3 milhões eram de casos de sífilis.

No Brasil, foram instituídas a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986, a Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005 e a Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010 para a criação das notificações compulsórias de sífilis em todo território nacional, a fim de identificar, respectivamente, os casos de sífilis congênita, em gestante e adquirida. A partir de 2010, houve agravamento nas notificações compulsórias, com taxa de detecção de 72,8 casos por 100.000 habitantes, segundo dados de 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) separa as notificações de sífilis congênita e sífilis em gestante, de modo que, de acordo com dados preliminares do Ministério da Saúde, em 2019, foram 152.915 notificações de sífilis adquirida, representando uma taxa de detecção de 72,8/100.000 habitantes; 61.127 notificações de sífilis em gestantes, totalizando uma taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos; e 24.130 notificações de sífilis congênita, com taxa de incidência em menores de um ano de 8,2/1.000 mil nascidos vivos, além de uma taxa de mortalidade de quase seis bebês a cada 100 mil nascidos vivos, totalizando 173 óbitos por sífilis congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Na região sudeste, em 2019, foram 70.291 casos de sífilis adquirida (taxa de incidência de 79,5), 27.585 casos de sífilis em gestantes (taxa de incidência de 24,0), 10.766 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 9,4), e uma taxa de mortalidade de 6,9/100.000 nascidos vivos (79 óbitos). No estado de São Paulo, foram registrados 34.140 casos de sífilis adquirida (taxa de incidência de 74,3), 11.440 casos de sífilis em gestantes (taxa de incidência de 18,9), 10.766 casos de sífilis congênita

(taxa de incidência de 6,0), e uma taxa de mortalidade de 2,5/100.000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Segundo o último censo demográfico de 2010, o município de Araçatuba possui 181.579 habitantes, com predominância da faixa etária entre 20 e 29 anos e estimativa para 2021 de 199.210 habitantes. Os dados preliminares do Ministério da Saúde para o município de Araçatuba, no ano de 2019, identificaram 70 casos (taxa de detecção 35,5%) de sífilis adquirida, 30 casos (taxa de detecção 12,5%) de sífilis em gestante e 15 casos (taxa de detecção 6,3%) de sífilis congênita (Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2021). Portanto, uma primeira conclusão identificada é que o município apresentou taxas de detecção menores do que as taxas nacionais e estaduais no ano de 2019.

Conforme os dados apresentados na análise das notificações compulsórias no município e sem considerar o tipo de sífilis, observou-se que há uma distribuição semelhante nos casos entre homens e mulheres, não sendo o sexo, portanto, um fator tão determinante. Esta distribuição igualitária permanece nos casos de sífilis congênita; contudo, nos casos de sífilis adquirida, quase 70% das notificações foram do sexo masculino, concordando com a pesquisa de OLIVEIRA *et al.* (2018)

A identidade de gênero nos casos de sífilis adquirida não aparenta ser um fator que aumenta ou diminui o risco, visto que a maioria se identificou como homem ou mulher cisgênero.

Comparando-se as informações dessa pesquisa com a realizada por GARBIN *et al.* (2019), a qual analisou os casos de sífilis adquirida, congênita e gestacional em Araçatuba entre 2010 e 2016, nota-se a predominância da sífilis adquirida em relação aos demais tipos da doença nos dois períodos, com aumento contínuo no número de casos entre 2017 e 2019.

Sobre a escolaridade, sem considerar o tipo de sífilis, notou-se que a maioria dos casos ocorreu entre pessoas com ensino médio completo, sendo menor a incidência entre aqueles com maior nível de escolaridade, como ensino superior completo e/ou incompleto. Para os casos de sífilis adquirida e sífilis em gestante, a mesma situação foi observada: a maioria possui ensino médio completo e a minoria de casos foi entre pessoas com ensino superior incompleto. Esses dados estão em concordância com outros estudos que associam maior ocorrência de sífilis entre pessoas com menor escolaridade (AQUINO; GONÇALVES, 2016; CABRAL *et al.*, 2017; CESAR *et al.*, 2008; CESAR *et al.*, 2020; COIMBRA *et al.*, 2003; CONCEIÇÃO

et al., 2019; FURTADO *et al.*, 2018; NONATO *et al.*, 2015; PADOVANI *et al.*, 2018; SAAVEDRA; CESAR, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2008; VICTORIA *et al.*, 2010).

Do total de notificações, a maioria foi relativa a pessoas que se identificaram como brancas, representando pouco menos da metade das notificações. Como nos casos de sífilis congênita quase 75% das mães não preencheram a resposta nem em relação a sua cor, nem em relação à raça/cor do bebê, torna-se tarefa difícil mensurar a ocorrência da doença em relação a esse fator. Nos casos de sífilis adquirida e em gestante, mantém-se o observado no geral: quase metade das notificações foram de pessoas que se identificaram como brancas. Concordando com MARASCHIN *et al.* (2018) o que reforça a possibilidade de que pessoas de cor branca são mais testadas para a doença e possuem maior acesso ao pré-natal.

Em relação ao tratamento, observou-se que apenas 34 pessoas, de um total de 235 pessoas (os 194 casos notificados somados com os parceiros das gestantes), não realizaram tratamento. Foram quatro pessoas com sífilis adquirida, duas mulheres do grupo de sífilis em gestante, 27 parceiros e um bebê sem tratamento. Isso indica um avanço no controle da doença, pois é possível inferir que os portadores da doença foram orientados pelos profissionais de saúde sobre a importância de realizar o tratamento de forma adequada tanto para seu próprio benefício quanto para quebra da cadeia de transmissão.

Aproximadamente um quarto do total das notificações são de pessoas no estágio primário da doença, e apenas sete estão no estágio terciário. Nos casos de sífilis adquirida, 30% estavam no estágio primário e apenas duas notificações são de estágio terciário. Nos casos de sífilis em gestante, 34% estavam no estágio primário e quase 10% estava no estágio terciário. Nos casos congênitos, 60% estavam assintomáticos. Como poucas pessoas estavam no estágio mais grave da doença, também é possível inferir que, ao menos entre a amostra pesquisada, houve realização do tratamento adequado para controle da doença.

O HIV aparece como síndrome acompanhante em 29 pessoas com sífilis adquirida, o que reforça o dado apresentado na Introdução de que a sífilis pode facilitar a infecção por este vírus. (GARBIN *et al.*, 2019; HOOK, 2017; LUPPI *et al.*, 2020; LYNN; LIGHTMAN, 2004).

Nos casos congênitos, em todas as notificações que apresentaram resposta à pergunta sobre a idade, os bebês apresentavam menos de um ano de idade, o que indica a rápida testagem, diagnóstico e tratamento em casos de transmissão vertical.

Isso pode ser percebido como um avanço no controle dos casos congênitos. Entre as mães, as idades estavam entre 19 e 37 anos, e 20% delas não realizaram o pré-natal. Aproximadamente 40% das mães não receberam tratamento ou receberam tratamento inadequado. Esses dados confirmam outros estudos que apontam para a grande desigualdade no acesso ao pré-natal e, conseqüentemente, ao tratamento necessário para o controle da doença entre mães e gestantes (MACÊDO *et al.*, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Há estudos sobre a relação entre fatores socioeconômicos e a não realização de pré-natal e/ou não-realização de testagem em gestantes (AQUINO; GONÇALVES, 2016; CABRAL *et al.*, 2017; CESAR *et al.*, 2008; CESAR *et al.*, 2020; COIMBRA *et al.*, 2003; CONCEIÇÃO *et al.*, 2019; FURTADO *et al.*, 2018; NONATO *et al.*, 2015; PADOVANI *et al.*, 2018; SAAVEDRA; CESAR, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2008; VICTORIA *et al.*, 2010). Dessa forma, em regiões com maior oferta de serviços de saúde públicos e facilidade de acesso a esses serviços, há maiores taxas de realização de pré-natal, testagem e tratamento. Isso também ocorre quando considerada a raça das mulheres: entre as mães de raça branca, pré-natal, testagem e tratamento apresentam taxas maiores do que entre mães de raça negra (CESAR *et al.*, 2008; CESAR *et al.*, 2020; COIMBRA *et al.*, 2003; SAAVEDRA; CESAR, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2008; VICTORIA *et al.*, 2010).

Fatores que podem explicar essas disparidades são a renda e a escolaridade, dado que, no Brasil, as classes com rendas mais baixas são as que mais concentram negros e pardos. Com menor renda, há dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja por falta de recursos para transporte até os centros de saúde ou pela impossibilidade de faltar no trabalho (CESAR *et al.*, 2008; CESAR *et al.*, 2020; COIMBRA *et al.*, 2003; SAAVEDRA; CESAR, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2008; VICTORIA *et al.*, 2010). Associada à menor renda está a falta de acesso ao estudo o que, conseqüentemente, reduz conhecimento sobre formas de prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs (AQUINO; GONÇALVES, 2016; CABRAL *et al.*, 2017; CESAR *et al.*, 2008; CESAR *et al.*, 2020; COIMBRA *et al.*, 2003; CONCEIÇÃO *et al.*, 2019; FURTADO *et al.*, 2018; NONATO *et al.*, 2015; PADOVANI *et al.*, 2018; SAAVEDRA; CESAR, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2008; VICTORIA *et al.*, 2010).

Um fator que dificultou a análise é a grande quantidade de informações não preenchidas e/ou ignoradas em todas as notificações, como pode ser percebido na seção de resultados. Contudo, as lacunas nas informações não invalidam a pesquisa

realizada neste trabalho, mas ressaltam a necessidade de ampliar programas de informação, prevenção, diagnóstico e tratamento. Como os dados utilizados foram os mesmos que são enviados ao sistema de notificações do Ministério da Saúde, nota-se também a dificuldade por parte das autoridades de saúde federal, estadual e municipal em identificar o número exato de casos e levantar todas as informações necessárias para que os programas sejam implementados nas cidades onde há mais casos, ou em que a população dispõe de menor renda.

O aumento dos casos de sífilis no Brasil e no mundo é preocupante, principalmente por se tratar de uma doença que dispõe de tratamento. No Brasil, o Sistema Único de Saúde fornece métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento simples, de fácil acesso e sem custo para todos aqueles que procurarem pelo serviço de saúde. Entretanto, a falta de informação por parte da população dificulta a procura e, conseqüentemente, torna-se mais complexa a tarefa de quebrar a cadeia de transmissão da doença.

No município de Araçatuba, foi possível identificar uma taxa menor de casos de sífilis adquirida, congênita e em gestantes quando comparado com os dados para o estado de São Paulo e a região sudeste. Por outro lado, os dados obtidos seguem o padrão identificado por outras pesquisas em relação ao maior número de casos entre pessoas com baixa escolaridade e com dificuldade de acesso ao pré-natal.

Contudo é possível questionar se essa taxa de casos menor é resultado de políticas públicas adequadas ou por causa da subnotificação da doença no município. Esta segunda hipótese, aparentemente, é a mais provável, sobretudo porque, como demonstrado, muitas fichas de notificação apresentam informações incompletas.

Portanto, ainda há lacunas a serem superadas no que diz respeito às notificações da doença no município, sobretudo porque muitas das informações solicitadas pelas unidades de saúde não são preenchidas ou são preenchidas de forma incorreta, dificultando a análise. A fim de superar tal dificuldade, é preciso garantir maior acesso da população à informação sobre a doença e à possibilidade de tratamento, bem como capacitar e incentivar os funcionários da área da saúde a preencher as notificações de modo correto. Dessa forma, com dados mais completos será possível para os gestores municipais implantarem programas adequados às necessidades de cada município no que tange o combate à propagação da sífilis.

7 CONCLUSÃO

Observou-se o aumento das notificações da doença no município no período analisado, em especial da sífilis adquirida. Também a falta de preenchimento de algumas informações nas fichas, o que pode dificultar o desenvolvimento de políticas públicas a fim de implementar estratégias preventivas de combate à doença.

REFERÊNCIAS

- Aquino GT; Gonçalves HC. Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012. **Arq. Catarinenses de Med.** 2016; 44(4):72- 81.
- Araújo MAL, Barros VL, Moura HJ, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad Saude Colet.** 2014; 22(3):300-6. doi:10.1590/1414-462X201400030012
- Barradas RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Rev Saúde Pública.** 1997; 31(5):531-7.
- Cabral BTV, Dantas JC, Silva JA *et al.* Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. **Rev Ciênc Plural.** 2017; 3(3):32-44.
- Cesar JA, Camerini AV, Paulitsch RG, Terlan RJ. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Rev bras epidemiol.** 2020; 23:1-12. 2020. doi:10.1590/1980-549720200012
- Cesar JA, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJ, Dias-da-costa JS, Barros FC *et al.* 2008. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad Saúde Pública.** 2008; 24(Supl. 3): S427-36. 2008. doi:10.1590/s0102-311x2008001500008
- Coimbra LC, Silva AA, Mochel EG, Alves MTSS, Ribeiro VS, Aragão VMF *et al.* Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. **Rev Saúde Pública.** 2003; 37(4):456-62.: doi:10.1590/S0034-89102003000400010
- Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em Debate.** 2019; 43(123):1145-1158. doi:10.1590/0103-1104201912313
- Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2016; 32(6):e00082415.
- Dunne Júnior W. M. Mecanismos das doenças infecciosas. In.: Porth CM. **Fisiopatologia.** 6th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. Cap. 17. p. 296-317.
- Furtado MFS, Brasil GVDS, Aragão FBA *et al.* Fatores epidemiológicos da sífilis em gestantes no município de São Luís-MA. **Rev UNINGÁ.** 2018; 52(1):51- 55.
- Garbin AJI, Martins RJ, Belila NM, Exaltação SM, Garbin CAS. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. **Rev Soc Bras Med Trop.** 2019; 52:1-4. doi:10.1590/0037-8682-0226-2018

Harper KN, Ocampo PS, Steiner BM, George RW, Silverman MS, Bolotin S *et al.* On the Origin of the Treponematoses: A Phylogenetic Approach. **PLoS Negl Trop Dis.** 2021; 2(1):e148. 2018. doi:10.1371/journal.pntd.0000148

Hook 3rd EW. Syphilis. **Lancet.** 2017; 389(10078):1550-7. doi:10.1016/S0140-6736(16)32411-4

Lafond RA, Lukehart SA. Biological Basis for Syphilis. **Clin Microbiol Rev.** 2006; 19(1): 29-49. doi:10.1128/CMR.19.1.29-49.2006

Lukehart SA. Sífilis. In: Harrison. **Medicina Interna de Harrison.** 19 ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. Cap. 169. p. 1380-1388.

Luppi CG, Tayra A, Domingues CSB, Gomes SEC, Pinto VM, Silva MA *et al.* Sífilis no estado de São Paulo, Brasil, 2011–2017. **Rev Bras Epidemiol.** 2020; 23:1-14. doi:10.1590/1980-549720200103

Lynn WA, Lightman S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. **Lancet Infect Dis.** 2004; 4(7):456-66. doi:10.1016/S1473-3099(04)01061-8

Macedo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cad saúde colet.** 2020; 28(4):518-528. doi:10.1590/1414-462X202028040395

Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad Saude Publica.** 2013; 29(6):1109-20. doi:10.1590/S0102-311X2013000600008

McAdam AJ, Sharpe AH. Doenças infecciosas. In.: Kumar V, Abbas AK, Aster JC. **Robbins patologia básica.** 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. Cap. 08. p. 357-432.

Maraschin M *et al.* Caracterização de indivíduos acometidos por sífilis adquirida e congênita em um município do oeste do Paraná. **Nursing. (São Paulo)** 2018; 21(243): 2294-2298.

Ministério da Saude (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Sífilis Congênita. 2008. [citado 23 set. 2021]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Sifilis_Congenita.pdf

Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico Sífilis 2020. Brasília, Ano VI – n01. 2020. [citado 03 set. 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>

Ministério da Saúde (BR). Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. 2021 [citado 23 set. 2021]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>

Ministério da Saúde (BR). Sífilis. 2021. [citado 23 set. 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/infecoes-sexualmente-transmissiveis/sifilis>.

Newman LM, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N *et al*. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012. **PLoS One**. 2015; 10(12): e0143304. doi:10.1371/journal.pone.0143304

Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol Serv Saúde**. 2015; 24(4):681-694.

Oliveira Souza BS, Rodrigues RM, Lima Gomes RM. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Rev Soc Bras Clín Méd**. 2018; 16(2):94-98.

Organização Pan-Americana da Saúde. Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 2: Saúde e doença na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2010.

Padovani C, Oliveira RR, Peloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev Latino-Am Enferm**. 2018; 26:1-10.

Pinto VM *et al*. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev Bras Epidemiol**. 2014; 17(2):341-354.

Quetel C. The history of syphilis. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1990.

Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2015; 31(5):1003-14. doi:10.1590/0201-311X00085014

Salata RA. Doenças sexualmente transmissíveis. In.: Goldman L, Schafer AI. **Cecil Medicina**. 24 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Cap. 107. p. 754-757.

Sampaio SAP, Rivitti EA. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. In.:_____. **Dermatologia**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. Cap. 42. p.703-753.

Santacroce L, Bottalico L, Topi S, Castellaneta F, Charitos IA. The “Scourge of the Renaissance”. A Short Review About *Treponema pallidum* infection. **Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets**. 2020; 20(3):335-343. doi:10.2174/1871530319666191009144217

Santos GS, Oliveira LX, Guimaraes AMD, Nardello DM, Braz JM, Barreto IDC. Aspectos epidemiológicos da sífilis congênita associados à escolaridade materna. **Rev Enferm UFPE**. 2016; 10(8):2845-52.

Silva ALS *et al.* Uretrites, Cervitites e outras infecções ginecológicas. In.: Hinrichsen SL. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Cap. 65. p. 607-618.

Silveira MF, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Victora CG. Socioeconomic differentials in performing urinalysis during prenatal care. **Rev Saúde Pública**. 2008; 42(3):389-95. doi:10.1590/ S0034-89102008000300001

Smith CA, Kamp M, Olansky S, Price ES. Benzathine penicillin G in the treatment of syphilis. **Bull World Health Organ**. 1956; 15(6):1087-96.

Stoltey JE, Cohen SE. Syphilis transmission: a review of the current evidence. **Sex Health**. 2015; 12(2):103-9. doi:10.1071/SH14174

Talhari S *et al.* Sífilis. In: Veronesi. **Tratado de infectologia**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2015. Cap. 75. p. 1543-1554.

Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC. Socioeconomic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy Plan**. 2010; 25(4):253-61. doi:10.1093/heapol/czp065

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme MMFA, Costa JV *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**. 2014; 30(Supl 1):S1-15. doi:10.1590/0102-311X00126013

Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. **MMWR**. 2015; 64(3):34-53.

World Health Organization. Global Health Sector Strategy on sexually transmitted infections 2016-2021 towards ending STIs. World Health Organization. 2016. [citado 03 dez. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf?sequence=1>