

## PREVALÊNCIA DA SÍFILIS ADQUIRIDA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – PARANÁ

MAR, Sara Mendes do<sup>1</sup>  
DALL’ASTA, Heloísa Bonatto<sup>2</sup>  
TAVARES, Luciana Regina Rodrigues<sup>3</sup>  
OSÓRIO, Luciana Cavalli<sup>4</sup>

### RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica a qual diagnóstico e tratamento são possíveis em nossa contemporaneidade, entretanto a erradicação desta não se concretizou e assim continua se mantendo um problema de saúde pública. Trata-se de uma doença sexualmente transmissível, cujo agente é o *treponema pallidum* a qual apresenta inúmeras manifestações clínicas e sérias complicações. Além de ser transmitida por via sexual, pode ser transmitida de forma vertical durante a gestação. (TABISZ, 2012) (SILVA, 2013). Clinicamente, a sífilis alterna entre períodos de atividade e latência, os quais são específicos para cada fase da doença, a qual é dividida em Sífilis Primária, Secundária e Terciária, Sífilis Latente e ainda, com relação ao período em que foi feito o diagnóstico, Sífilis Recente (diagnóstico é feito até um ano depois da infecção) e Sífilis Tardia (diagnóstico é feito após um ano da infecção) (AVELLEIRA, et al, 2006) (SILVA, 2013). Segundo Silva, A.C. (2013), o tratamento da Sífilis é feito com Penicilina Benzatina (Benzetacil), abordando-se tanto o paciente quanto o parceiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis adquirida. Transmissão. Epidemiologia. Saúde pública.

## PREVALENCE OF SYPHILIS ACQUIRED IN THE MUNICIPALITY OF CASCAVEL – PARANÁ

### ABSTRACT

Syphilis is a chronic infectious disease which the diagnosis and treatment are possible in our contemporaneity, however eradication of this has not materialized thus continues to remain a public health problem. It is a sexually transmitted disease, the agent of which is the *treponema pallidum*, which presents numerous clinical manifestations and serious complications. In addition to being sexually transmitted, it can be transmitted vertically during pregnancy. (TABISZ, 2012) (SILVA, 2013). Clinically, syphilis alternates between periods of activity and latency, which are specific for each stage of the disease, which is divided into Primary, Secondary and Tertiary Syphilis, Latent Syphilis, and also, in relation to the period in which the diagnosis was made, Recent syphilis (diagnosis is made up to one year after infection) and late syphilis (diagnosis is made after one year of infection) (AVELLEIRA, et al, 2006) (SILVA, 2013). According to Silva, A.C. (2013), the treatment of Syphilis is made with Penicillin Benzathine (Benzetacil), addressing both the patient and the partner.

**KEYWORDS:** Syphilis acquired. Streaming. Epidemiology. Public health.

## 1. INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença de notificação compulsória, assim o Estado tem o dever através do Sistema Único de Saúde (SUS) de fornecer o tratamento para o doente e para seus parceiros sexuais. Além disso, o fato desta doença ser de notificação compulsória revela que o país busca seu controle e erradicação, entretanto através dos dados epidemiológicos temos visto um aumento nos casos desta doença nos últimos anos.

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º período de Medicina, Centro Universitário FAG. E-mail: mendesara11@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do 8º período de Medicina, Centro Universitário FAG. E-mail: helo\_bd@hotmail.com

<sup>3</sup> Pediatra na UBS Floresta Cascavel

<sup>4</sup> Professora de Medicina da família no Centro Universitário FAG. E-mail: losoriocavalli@yahoo.com

Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2016), no período de 2010 a junho de 2016, foram notificados no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) um total de 227.663 casos de sífilis adquirida, dos quais 62,1% foram casos residentes na região Sudeste, 20,5% no Sul, 9,3% no Nordeste, 4,7% no Centro-Oeste e 3,4% no Norte.

Nesse âmbito justifica-se a realização desse trabalho, para análise dos dados epidemiológicos no município de Cascavel, em relação a incidência da sífilis adquirida em específico. O estudo é significativo para ampliar as informações quanto ao diagnóstico e tratamento desta patologia, assim como identificar quais as características individuais, clínicas e epidemiológicas da população mais exposta.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A sífilis é uma doença infecciosa crônica a qual diagnóstico e tratamento são possíveis em nossa contemporaneidade, entretanto a erradicação desta não se concretizou e assim continua se mantendo um problema de saúde pública.

O agente etiológico de acordo com, Cavalcanti (2012), foi denominado em 1905, como sendo o *Treponema pallidum*, uma espiroqueta adquirido na maioria dos casos durante relações sexuais.

Assim, a sífilis trata-se de doença sexualmente transmissível, cujo agente é o *Treponema pallidum*, com inúmeras manifestações clínicas e sérias complicações. A transmissão da doença pode ser transmitida via sexual ou de forma vertical durante a gestação (TABISZ, 2012) (SILVA, 2013).

De acordo com Silva, A. C. (2013), há também outras transmissões atípicas, como o contato com objetos contaminados e transfusão sanguínea. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesão secundária) é responsável por 95% dos casos (CONTRERAS, et al, 2008).

Clinicamente, a sífilis alterna entre períodos de atividade e latência, os quais são específicos para cada fase da doença, a qual é dividida em Sífilis Primária, Secundária e Terciária, Sífilis Latente e ainda, com relação ao período em que foi feito o diagnóstico, Sífilis Recente (diagnóstico é feito até um ano depois da infecção) e Sífilis Tardia (diagnóstico é feito após um ano da infecção) (AVELLEIRA, et al, 2006) (SILVA, 2013).

A sífilis primária é caracterizada pela:

A lesão específica da Sífilis é o cancro duro ou protossifiloma, que surge no local da inoculação após a infecção, isto em torno de três semanas, surge inicialmente uma pápula de cor rósea, que evolui para um vermelho mais intenso e exulceração, geralmente é único,

indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais, as bordas induradas descem suavemente até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolor. Localiza-se na região genital em 90% a 95% dos casos (SANTOS, 2009, p. 02).

Segundo Filho, F. B. (2012) a sífilis primária apresenta um cancro único, indolor, bem delimitado, que surge no local de inoculação em média 3 semanas após a infecção e tem resolução em 3 a 6 semanas, podendo estar acompanhado de adenopatia inguinal unilateral ou bilateral.

Já a sífilis secundária é caracterizada por,

Geralmente se inicia entre quatro e oito semanas após a lesão primária. Em muitos dos casos o paciente não se lembra de ter tido lesão primária. Por outro lado, em um quarto dos casos de SF secundária a lesão primária ainda está presente. Isto pelo fato de que o cancro primário pode surgir de 7 a 90 dias após o contágio sexual. Os sintomas gerais do secundarismo luético mais relatados são: mal-estar, cefaleia, dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, irite e rouquidão, exantema no corpo e face, na região palmar; linfadenopatia, cancro primário residual, condiloma plano, hepatoesplenomegalia, placas mucosas e alopecia (SANTOS, 2009, p. 03).

Segundo Filho, F.B. (2012) pacientes com sífilis secundária podem apresentam sintomas sistêmicos que incluem cefaleia, febre, anorexia, perda de peso, dor de garganta e mialgia. Os principais sinais dermatológicos desta fase incluem exantema maculopapular, micropoliadenopatia generalizada, condiloma plano, placas mucosas e alopecia.

Clinicamente, a sífilis latente, caracteriza-se por um período em que não se observa sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção) (Protocolo da Sífilis Adquirida do Ministério da Saúde, 2016).

As manifestações clínicas da sífilis terciária apresenta-se como uma doença inflamatória lentamente progressiva e nesse estágio tem um grande potencial de evoluir e afetar múltiplos órgãos. As manifestações mais comuns são: aortite, neurosífilis, psicose, paresia, acidente vascular cerebral ou meningite (SMELTZER; BARE, 2002; SANTOS, 2009).

De acordo com o Protocolo da Sífilis Adquirida do Ministério da Saúde (2016), na sífilis terciária,

Ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, podendo surgir entre dois a 40 anos depois do início da infecção. A sífilis terciária é considerada rara, devido ao fato de que a maioria da população recebe indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o *T. pallidum* e que levam a cura da infecção. Quando presente, a sífilis nesse estágio manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso,

verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais (BRASIL., 2016, p. 91).

Cumprе salientar que a neurosífilis acomete o sistema nervoso central (SNC), o que pode ser observado já nas fases iniciais da infecção. Esse acometimento precoce, no entanto, ocorre por reação inflamatória da bainha de mielina, não havendo destruição anatômica das estruturas neurais. Estatisticamente, ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados, na sua maioria de forma assintomática, só diagnosticada pela sorologia do líquido, exteriorizando-se clinicamente em apenas 1% a 2% como meningite asséptica (Protocolo da Sífilis Adquirida do Ministério da Saúde, 2016).

A sífilis congênita é definida como:

O resultado da disseminação hematogênica do *T. Pallidum* da gestante infectada que não tenha recebido tratamento ou que o recebeu de maneira inadequada para o conceito por via transplacentária, sendo conhecida como transmissão vertical. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical são o estágio da doença na mãe e a duração de exposição do feto no útero, sendo maior nas fases iniciais devido ao maior número de espiroquetas na circulação (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). A contaminação pode ocorrer também no momento do parto, no período expulsivo (SANTOS, 2009, p. 04).

Em relação ao diagnóstico o cancro duro é o melhor momento para diagnóstico e tratamento da patologia. Entretanto, clinicamente não é o que observamos, já que poucos pacientes procuram atendimento nessa fase. Acredita-se que pela falta de sintomatologia dolorosa da lesão, localizações imperceptíveis, regressões espontâneas da lesão, autopercepção de que são meros traumatismos decorrentes da prática de sexo e especialmente por desinformação quanto ao valor dos preservativos como regra para a prática sexual segura (MOLERI, 2012).

Na ausência de sintomas clínicos vamos diagnosticar através dos exames sorológicos,

A utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. São divididos em testes não treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). No Brasil, o VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) é o teste mais utilizado, sendo o resultado descrito qualitativamente (“reagente”, “não reagente”) e quantitativamente (titulações tais como 1:2, 1:32 etc.). O FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption*), TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*) e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) são testes específicos e qualitativos, utilizados para a confirmação da infecção. Em geral, tornam-se reativos a partir do 15º dia da infecção e permanecem pelo resto da vida, considerando-se a persistência de anticorpos treponêmicos no restante da vida de um indivíduo infectado, mesmo após o tratamento específico (MESQUITA, 2012, p. 01).

De acordo com o Ministério da Saúde(2016), o diagnóstico é dividido em exames diretos (microscopia em campo escuro e pesquisa direta com material corado) e testes imunológicos.

A pesquisa do *T. pallidum* por microscopia de campo escuro pode ser realizada tanto nas lesões primárias como nas lesões secundárias da sífilis, em adultos ou em crianças. Esse teste possui sensibilidade G entre 74% e 86%, e sua especificidade G pode alcançar 97%, dependendo da experiência do técnico que realiza o exame (LARSEN; STEINER; RUDOLPH, 1995; ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 2015).

A Pesquisa direta com material corado também pode ser realizada, contudo apresenta sensibilidade inferior a microscopia de campo escuro (M.S., 2016).

Em relação ao testes imunológicos embora o tempo para o surgimento dos anticorpos antitreponêmicos possa variar de individuo para individuo, na maioria dos casos eles poderão ser detectados a partir de dez dias do aparecimento da lesão primária da sífilis (M.S., 2016).

E existem dois tipos de testes imunológicos para sífilis: os não treponemicos e os treponemicos. Os testes não treponemicos detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para os antígenos G do *T. pallidum*. A sua importância será abordada na sequência. Os testes treponemicos, por sua vez, detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum*. (M.S., 2016)

O teste não treponêmico mais usado é o VDRL,

A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na sífilis secundária e cerca de 75% na terciária. E possui 98% de especificidade para o diagnóstico da sífilis congênita. O VDRL é um exame de baixo custo, de fácil execução, mas suscetível a resultados falso-positivos, principalmente nos casos de idade avançada, uso de drogas ilícitas, neoplasias, desordens autoimunes e doenças causadas por vírus (como as causadas pelo *Epstein-Baar* e as hepatites virais), por protozoários e ainda por *Mycoplasma spp.* (TABISZ, 2012, p.02).

Segundo o Ministério da Saúde (2016) os testes treponêmicos,

Utilizam lisados completos de *T. pallidum* ou antígenos treponêmicos recombinantes e detectam anticorpos específicos (geralmente IgM e IgG) contra componentes celulares dos treponemas. Os testes treponemicos são os primeiros a apresentar resultado reagente após a infecção, sendo comuns na sífilis primária resultados reagentes em um teste treponemico (o FTA-Abs pode tornar-se reativo aproximadamente três semanas após a infecção) e não reagentes em um teste não treponemico. Esses testes são uteis também nos casos em que os testes não treponemicos apresentam pouca sensibilidade, como, por exemplo, na sífilis tardia (LARSEN et al., 1998). Em aproximadamente 85% dos casos, os testes treponemicos permanecem reagentes durante toda a vida nas pessoas que contraem sífilis, independentemente de tratamento (SCHROETER et al., 1972). Dessa forma, não são uteis para o monitoramento da resposta a terapia (JANIER et al., 2014; ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 2015). Cerca de 1% da população apresenta resultados falso-positivos para os testes treponemicos, sendo que essa exceção é geralmente observada em portadores da doença de Lyme. Nesses pacientes, o teste não treponemico geralmente é não reagente (BRASIL., 2016, p, 24).

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a triagem sorológica pré-natal para a sífilis, com realização do VDRL na primeira consulta e, sendo a mulher negativa no primeiro teste, a repetição do mesmo é feita no início do terceiro trimestre. Para as gestantes positivas, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado através de exames mensais até o parto (TABISZ, 2012).

Segundo Santos, V.C. (2009) a maioria dos pacientes que foram infectados com SF permanecerão com testes de anticorpos treponêmicos positivos e permanecerá positivo para sempre, independente do tratamento ou do estágio da doença. Mais do que 11,5 a 20% das pacientes tratadas durante o estágio primário podem retornar a não-reatividade depois de dois a três anos (CDC, 1998 *apud* LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Para possível diagnóstico da sífilis primária temos que:

Quando não for possível a realização da pesquisa direta do *T. pallidum*, o diagnóstico deverá ser realizado pela observação da lesão típica e da anamnese do paciente, sendo importante investigar se existe história pregressa de tratamento de sífilis. Devem-se ainda realizar testes, preferencialmente treponêmicos, para detecção de anticorpos. Para indivíduos com histórico de sífilis tratada, o diagnóstico, além de considerar a presença de lesões típicas, deve considerar o título encontrado no teste não treponêmico quantitativo. O resultado desse teste deve apresentar elevação de títulos em duas diluições, quando comparado com os resultados dos testes previamente realizados para o monitoramento do tratamento anteriormente instituído importante enfatizar que a sífilis curada não confere imunidade e que uma pessoa pode contrair a infecção tantas vezes quantas for exposta a ela (BRASIL., 2016, p. 29).

Na Sífilis secundária, o diagnóstico é baseado na presença de lesões típicas na pele e mucosas disseminadas, que costumam ser exuberantes nessa fase. A confirmação ocorre por meio dos testes treponêmicos e não treponêmicos. (MS, 2016). A sífilis latente não apresenta qualquer manifestação clínica. Nesse estágio, todos os testes que detectam anticorpos permanecem reagentes, e observa-se uma diminuição dos títulos nos testes não treponêmicos quantitativos. (M.S., 2016)

Em relação ao diagnóstico da sífilis terciária, os testes que detectam anticorpos habitualmente são reagentes, principalmente os testes treponêmicos; os títulos dos anticorpos nos testes não treponêmicos tendem a ser baixos e raramente podem ser negativos. (M.S., 2016)

Além disso, como a sífilis terciária acomete não apenas a pele, mas também órgãos internos, o diagnóstico, quando possível, deve ser baseado na investigação de amostras provenientes dos órgãos nos quais haja suspeita de atividade do patógeno (BRASIL, 2015a). (M.S., 2016).

O diagnóstico da sífilis em gestante e congênita ocorre,

Caracteriza-se como sífilis congênita precoce aquela que se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, e como sífilis congênita tardia aquela que se manifesta após os dois anos (BRASIL, 2015a). O diagnóstico da sífilis congênita precoce e tardia é realizado por

meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e da avaliação clinicolaboratorial e estudos de imagem na criança (BRASIL., 2016, p. 31).

Já em gestantes é imprescindível a realização dos exames durante o pré-natal. Para o diagnóstico de sífilis em gestante, podem ser utilizados os testes treponemicos rápidos ou os testes treponemicos convencionais (Elisa, FTA-Abs, TPHA, dentre outros) e os não treponemicos (VDRL, RPR, TRUST, dentre outros). (MS, 2016). Para o diagnóstico da sífilis congênita, deve-se avaliar a história clinicoepidemiologica da mãe, realizar exame físico detalhado da criança e avaliar os resultados dos testes laboratoriais e dos exames radiológicos. (M.S., 2016)

De acordo com Cavalcante, A. E. S. (2012) o tratamento das DST, de preferência, deveria ser ministrado em dose única, visto que o seu objetivo é a quebra imediata da cadeia de transmissão. Contudo, nessa patologia o tratamento é prolongado e doloroso, o que gera a não adesão de muitos pacientes levando a recidiva da doença. Muitas vezes, a recidiva da sífilis está associada à recusa do parceiro em realizar os exames e tratamento da doença. Um dos importantes fatores relacionados à não adesão ao tratamento é o temor de que outros descubram a soropositividade. Para manter sigilo do seu *status*, o paciente recusa o tratamento, o que é consequência do medo de discriminação, rejeição e estigma.

Segundo Santos, V. C. (2009) o intuito do controle da SF é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos, evitando que a doença se propague. No entanto, é necessário a detecção e um tratamento individualizado precoce e adequado para cada cliente.

Segundo Silva, A.C. (2013), o tratamento da Sífilis é feito com Penicilina Benzatina (Benzetacil), abordando-se tanto o paciente quanto o parceiro. Segue o seguinte esquema do Ministério da Saúde:

*Sífilis Primária* - Penicilina benzatina 2.400.000UI, IM, dose única;

*Sífilis Secundária ou Latente Recente* - Penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.4MUI;

*Sífilis Terciária, Sífilis Latente tardia e Sífilis Latente de tempo desconhecido* - Penicilina benzatina 7.2MUI, IM, em três doses semanais de 2.4MUI e Neurosífilis com Penicilina Cristalina EV.

*Sífilis Congênita*: Em mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser com penicilina cristalina 50.000UI/kg/dose, EV, duas vezes ao dia se tiver menos de uma semana de vida e três vezes ao dia se tiver mais de uma semana de vida, por 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/kg, IM, por 10 dias (SILVA, 2013, p. 04).

O Protocolo do Ministério da Saúde (2016) preconiza que, a penicilina e o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis. Níveis de penicilina superiores a 0,018 mg por litro são

considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos sete a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia. As recomendações a seguir satisfazem esses padrões.

- a. Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração)
  - Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).Alternativa:
  - Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 15 dias (exceto para gestantes);
  - Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
- b. Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária
  - Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.Alternativa:
  - Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 30 dias (exceto para gestantes);
  - Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.Neurossífilis:
  - Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.Alternativa:
  - Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias (BRASIL, 2016, p. 97).

Na gestação, tratamentos não penicilínicos são inadequados e só devem ser considerados como opção nas contraindicações absolutas ao uso da penicilina. Após a primeira dose de penicilina, o paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido, as quais regredem espontaneamente após 12 a 24 horas, sem a necessidade da descontinuidade do tratamento (Protocolo da MS, 2016). Tal reação não se caracteriza por uma alergia a penicilina e sim configura a Reação de Jarish-Herxheimer, a qual decorre em resposta ao derrame de proteínas e de outras estruturas dos treponemas mortos pela penicilina na corrente sanguínea. Esta pode vir acompanhada de febre, artralgia e mal-estar. Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto pré-termo, pela liberação de prostaglandinas em altas doses. (M.S., 2016)

Já em relação a alergia, é um fenômeno raríssimo, onde a possibilidade de reação anafilática é de 0,002%, segundo o levantamento das evidências científicas constante no relatório de recomendação da incorporação da penicilina para a prevenção da sífilis congênita, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (Conitec).

Cumprido salientar que, o receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina na Atenção Básica. A adrenalina e a droga de escolha para tratamento dessas reações. (Protocolo do M.S., 2016).

Quanto a epidemiologia temos que no período de 2010 a junho de 2016, foram notificados no Sinan um total de 227.663 casos de sífilis adquirida, dos quais 62,1% foram casos residentes na região Sudeste, 20,5% no Sul, 9,3% no Nordeste, 4,7% no Centro-Oeste e 3,4% no Norte.

Na série histórica de casos de sífilis adquirida notificados, observa-se que 136.835 (60,1%) são homens. Em 2010, a razão de sexos era de 1,8 caso em homens para cada caso em mulheres; em 2015, foi de 1,5 caso em homens para cada caso em mulheres. Em 2015, observou-se que 55,6% dos casos de sífilis adquirida, no Brasil, eram da faixa etária de 20 a 39 anos, 16,3% cursaram ensino médio completo, 40,1% declararam ser da raça/cor branca e 31,0% parda. Ressalta-se que em 36,8% dos casos a informação de escolaridade constava como ignorada (Boletim Epidemiológico, 2016, p. 05).

Com isso o que percebemos, é que mesmo com o tratamento da doença não ocorreu uma erradicação, e ao contrário do que muitos imaginavam, ainda nos deparamos com o aumento da prevalência desta patologia. Isso se deve as mudanças no comportamento sexual da população após a utilização da pílula anticoncepcional onde houve o aumento dos casos de sífilis, envolvendo homens, recém-nascidos e, principalmente, mulheres (CAVALCANTE, 2012).

Dentre os fatores de risco para que tal doença se desencadeie temos que as mulheres são mais vulneráveis a esse acometimento, visto que apresentam características biológicas, já que a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa. As relações desiguais e dependência econômica também se torna um fator de risco para a mulher, pois estas são por vezes limitadas as informações. Além disso, tem o quesito vulnerabilidade da mulher, que muitas vezes depende do parceiro e não quer acusá-lo de traição e aceita o fato deste não realizar o tratamento (CAVALCANTE, 2012).

Assim constatamos que existem lacunas no que concerne ao tratamento. Um estudo feito por Cavalcante, A. E.S. revela que muitas mulheres ainda apresentavam dúvidas sobre o que era a doença, seus sinais, sintomas e formas de transmissão, após o tratamento. Como a sífilis apresenta sinais e sintomas que passam muitas vezes despercebidos, ela não é vista como uma doença, dificultando assim o tratamento e entendimento sobre sua transmissão (CAVALCANTE, 2012).

A Organização Mundial de Saúde – OMS ressalta que os usuários dos serviços devem receber informação sobre a doença e ser convencidos de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde das mulheres (CAVALCANTE, 2016).

Vale ressaltar que o conhecimento sobre a sífilis pode ajudá-las no enfrentamento da doença, minimizando os sentimentos negativos e as repercussões desse problema de saúde em suas vidas (CAVALCANTE, 2016). Jamais devemos responsabilizar a mulher pela doença, é preciso uma conversa franca com uma linguagem clara para conscientizá-la sobre todo o processo da doença.

Segundo Santos, V.C. (2009) se pensarmos em prevenção de maneira global, não restringindo a um grupo específico, é aconselhável o uso de preservativos nas relações sexuais, bem como o uso do papel filme quando forem praticar o sexo oral-genital, reduzir o número de parceiros sexuais, realizar diagnóstico precoce em mulheres em idade fértil. Além disso, salienta que pelo fato de não existir uma vacina, a equipe multidisciplinar deve focar na prevenção em suas ações assistências.

Cumprido salientar que paciente com uma DST geralmente apresenta maior risco de transmissão do HIV, sendo imperativo que médicos que trabalhem com DST tenham este conhecimento, contribuindo assim para o controle da epidemia da AIDS (FILHO, 2012).

A sífilis apesar de ser mais frequente na gestação do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de ser factível de cura, com tratamento simples e de baixo custo, não tem a mesma visibilidade e mobilização para o seu controle, quando comparada ao HIV (LINO, 2011).

A melhor forma de prevenção da sífilis congênita é a realização do pré-natal.

A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas, também representa importante fator para explicar diversos casos de sífilis congênita, que são dados alarmantes e sugerem uma baixa qualidade da assistência pré-natal no país e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde, sejam gestores ou diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis na gravidez. Mesmo sendo a sífilis facilmente diagnosticada pelo VDRL e tendo eficácia quando tratada com penicilina (LINO, 2011, p. 06).

Visto isso, compreendemos a necessidade de promoção de ações direcionadas ao controle da doença, incluindo ações de notificação, busca ativa, tratamento adequado, a fim de que possam ser propostas mudanças que impliquem em um melhor enfrentamento da doença e, por sua vez, numa melhor qualidade de vida às mulheres (CAVALCANTE, 2012).

É necessário também inserir o tema de forma mais sistemática nos currículos das escolas médicas e estimular a educação continuada dos profissionais envolvidos no cuidado pré-natal e na assistência obstétrica, de forma a promover amplo rastreamento da sífilis, tratamento adequado e acompanhamento pós-terapêutico das pacientes e seus parceiros, para que se consiga, efetivamente, alcançar o objetivo traçado de eliminar a sífilis congênita do país. Educação continuada e programas de reciclagem de recursos humanos em saúde constituem medidas importantes para assegurar a correta assistência às gestantes, necessária para a resolução do problema da sífilis congênita (LINO, 2011, p. 07).

No fim, a boa relação médico-paciente é importante para aconselhamento do paciente, que deve ser encorajado a comunicar o parceiro e estimulado a usar preservativos na relação sexual. A erradicação da SF é uma perspectiva almejada há quase meio século, desde o período em que não havia tanta disponibilidade de recursos humanos e financeiros. Na atualidade, continua sendo foco de preocupação para a saúde individual e coletiva. Logo, fica a reflexão de um paradoxo, no qual a área da saúde evoluiu tanto e alguns de seus problemas que têm grande chance de ser abolidos se estacionam ou, até mesmo, progridem (SANTOS, 2009 e FILHO, 2012).

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter quantitativo a partir de fonte de dados primários realizado de maneira transversal. O estudo foi realizado em Cascavel, Paraná, no Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde. A população foi constituída pelos casos de sífilis adquirida ocorridos no município no período de junho de 2015 a junho de 2017, totalizando 1340 casos.

Para a seleção foram considerados os seguintes critérios: idade, sexo, gestante, raça, escolaridade, classificação clínica e evolução. Os dados foram coletados no período de setembro e outubro de 2017, a partir de relatórios dos sistemas de informação disponíveis no Serviço de Vigilância Epidemiológica, sendo eles: Sistema de Informação de Agravos de notificação (SINAN-NET) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Esta pesquisa foi norteada nos princípios da Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Faculdade Assis Gurgacz (Parecer no 085346/2017).

### **4. RESULTADOS**

O número de casos diagnosticados com sífilis adquirida de junho de 2015 a junho de 2017 foram de 1340, em relação as características da população avaliada conclui-se que 56% (754/1340) eram do sexo masculino, e 44% do sexo feminino (586/1340).

No que concerne aos dados epidemiológicos, temos que a faixa etária mais predominante encontra-se entre 18 e 30 anos, com uma porcentagem que ultrapassa os 75%, com o ápice por média dos 23 anos, conforme demonstra o gráfico 2.

Quanto ao grau de escolaridade observamos que o que mais prevaleceu foi o da população que possuía ensino médio completo com 27%, o que equivale a cerca de 361/1340 casos, seguidos de uma prevalência de 14% (192/1340) de indivíduos com ensino médio incompleto, de 12% (158/1340) de indivíduos com 5º-8º série do ensino fundamental incompleta. Em torno de 25,5% dos indivíduos possuía menos de 8 anos de estudos.

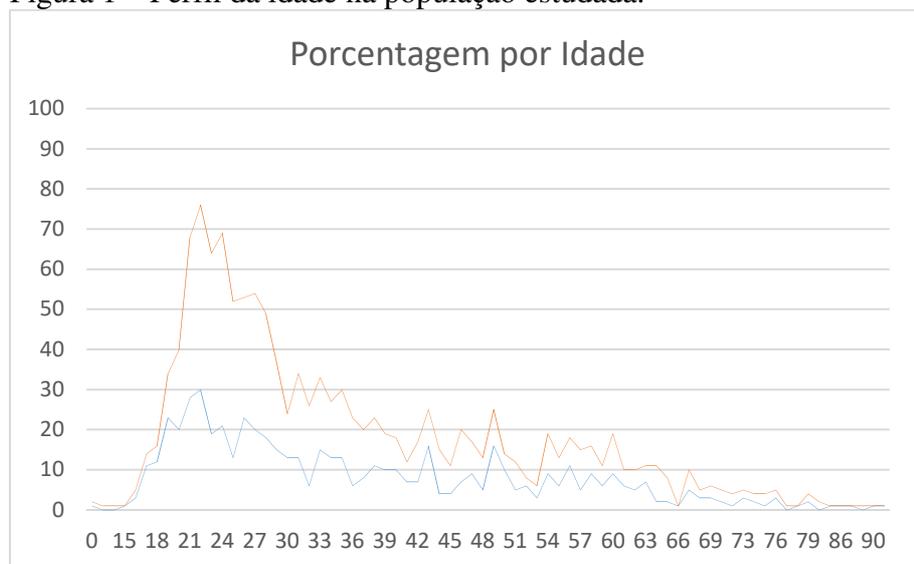
A tabela 1 caracteriza a raça/cor, a que mais predomina com cerca de 60% das pessoas (805/1340) é a raça classificada como branca, seguida de 35% (468/1340) parda, 4% (49/1340) preta, 1% (10/1340) amarela.

Em relação a classificação clínica 100% foram classificadas com sífilis primária.

Tabela 1 – Característica da população estudada.

<b>DADOS DE CARACTERIZAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	754	56,27
FEMININO	586	43,73
<b>RAÇA/COR</b>		
BRANCA	805	60,07
PRETA	49	3,66
AMARELA	10	0,75
PARDA	468	34,93
INDIGENA	1	0,07
IGNORADO	7	0,52
<b>ESCOLARIDADE</b>		
ANALFABETO	16	1,19
1º - 4º SÉRIE INCOMPLETA	104	7,76
4º SÉRIE COMPLETA	63	4,70
5º- 8º SÉRIE INCOMPLETA	158	11,79
<b>ENSINO FUNDAMENTAL</b>		
COMPLETO	119	8,88
<b>ENSINO MÉDIO</b>		
INCOMPLETO	192	14,33
ENSINO MÉDIO COMPLETO	361	26,94
<b>EDUCAÇÃO SUPERIOR</b>		
INCOMPLETO	82	6,12
<b>EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA</b>		
COMPLETA	74	5,52
IGNORADO	171	12,76
<b>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA</b>		
PRIMÁRIA	1334	99,55
SECUNDÁRIA	0	0,00
TERCIÁRIA	0	0,00
LATENTE	0	0,00
IGNORADO	6	0,45
<b>TOTAL</b>	<b>1340</b>	<b>100,00</b>

Figura 1 – Perfil da idade na população estudada.



## 5- DISCUSSÃO

Como exposto na tabela 1, a quantidade do homens com sífilis adquirida predominou no estudo. Segundo o boletim de vigilância epidemiológica da sífilis (2017), quando analisada a série histórica de casos notificados de sífilis adquirida, observa-se que 177.119 (59,3%) deles ocorreram em homens. Em 2010, a razão de sexos era de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres; em 2016, foi de 1,5 casos em homens para cada caso em mulheres, razão que vem se mantendo desde 2013.

Cavalcante (2012) em seu estudo aponta um dos fatores para o qual o índice masculino é maior, segundo ele tem o quesito vulnerabilidade da mulher, que muitas vezes depende do parceiro e não quer acusá-lo de traição e aceita o fato deste não realizar o tratamento.

Em 2016, de acordo com o boletim epidemiológico (2017) a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (34,1%), seguidos daqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (22,1%). As notificações de indivíduos nas faixas de 13 a 19 anos e 20 a 29 anos vem apresentando tendência de aumento desde 2010. Entre 2010 e 2016, o incremento no percentual da faixa etária de 13 a 19 anos foi de 39,9% e na faixa etária de 20 a 29 anos foi de 13,8%. Nas demais faixas descritas, com exceção da faixa etária de 50 anos ou mais, que se mantem estável, a tendência é de queda.

Assim como no estudo, a grande maioria da população doente encontra-se entre os 18 e os 29 anos (com uma média de 40,6%), com um pico por volta dos 23 anos onde alcança a porcentagem

de 78%, seguidos daqueles que estão entre 30 a 39 anos (com uma média de 25,5%). Entretanto, ainda é perceptível picos crescentes nas outras faixas etárias.

De acordo com os elementos há maior prevalência de sífilis adquirida em indivíduos com ensino médio completo. Com isso, concluímos que essa epidemia não está relacionada a escolaridade, já que compreende indivíduos de alta instrução.

A mudança em relação a faixa etária foi ocorrendo conforme os anos, em um estudo realizado por Fernandes et.al (2000), perante a uma epidemia de DST verificou-se que o grupo de pessoas com que a infecção estava mais se elevando possuía um nível de escolaridade entre analfabetos e 1º grau. Araújo E. C. (2006) concluiu em seu estudo que o baixo nível socioeconômico está associado à baixa escolaridade, esta, por sua vez, está relacionada à falta de conhecimento sobre DST, e constatou que a maioria da população possuía o 1º grau incompleto, cerca de 67,4%. Segundo Holanda, M. T. C. G. (2011) quanto a população de seu estudo a maioria dispunha de pelo menos sete anos de estudo 67,9%. Lafetá, K.R.G. (2016) afirma que em seu estudo que cerca de 44,1% possuía escolaridade de ensino médio incompleto até ensino superior completo.

Segundo o boletim epidemiológico de sífilis (2017) em 37,7% das notificações, a informação sobre escolaridade foi ignorada. Entre os casos informados, 16,7% possuíam ensino médio completo, e 21,3%, ensino fundamental incompleto.

Em suma, tudo é certificado através dos dados do IBGE (2014) aonde relata que foi mantida a tendência de declínio das taxas de analfabetismo e de crescimento da taxa de escolarização do grupo etário entre 6-14 anos, e que na população com 25 anos ou mais de idade, o nível de instrução passou de 33,6% para 42,5%. Portanto, com o decorrer dos anos aumentou o nível de escolaridade da população, assim hoje o predomínio de sífilis adquirida ocorrerá numa faixa etária maior.

Quanto a informação sobre raça/cor, observou-se segundo o boletim epidemiológico de sífilis (2017) que a maior parte das pessoas notificadas foram brancas (38,5%), seguidas de 33,1% de pessoas pardas e 9,3% de pessoas pretas.

Ao comparar os dados dessa pesquisa, constatou-se que há convergência com as informações do IBGE (2015) as quais 45,22% dos brasileiros se declararam como brancos, 45,06% como pardos, 8,86% como pretos, 0,47% como amarelos e 0,38% como indígenas.

Em relação a classificação clínica, o Ministério da Saúde faz um adendo: quanto a análise das informações sobre os casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica, observou-se que grande parte do preenchimento pode ter sido feita de maneira equivocada, especialmente pela grande proporção de notificações de casos de sífilis primária, o que, de acordo com a fisiopatologia da doença, não se justifica (Boletim epidemiológico, 2017).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados comprovam que mesmo sendo uma patologia conhecida há décadas, o número de casos continuam progredindo, portanto a realidade da sífilis adquirida no município de Cascavel encontra-se longe da ideal, na qual se busca o manejo da doença.

O achado dos determinantes sociais para o risco de sífilis adquirida comprova que apenas ações conjuntas irão diminuir o índice das desigualdades sociais na saúde pública. É importante salientar que só através da prevenção esta doença será reduzida. Assim é crucial que toda a equipe de saúde esteja envolvida nas adoções de medidas de controles, intervenções que sejam capazes de elucidar a população e os profissionais de saúde sobre a doença.

Além disso, temos que a grande maioria dos pacientes com sífilis são assintomáticos, ou seja apresentam sífilis latente, e assim uma das formas de serem diagnosticados é através do rastreamento das DST na atenção básica de saúde, por isso é imprescindível a importância das campanhas educativas e da detecção de casos.

Também é necessário a erradicação da subnotificação no preenchimento das fichas de notificação compulsória, para que seja possível uma posterior investigação dos perfis da doença e uma consciência maior do município sobre aonde agir de maneira eficaz.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 1, Pará, 2006.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Anais Brasileiro de Dermatologia. [ S. l. ]: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2017. Disponível em< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017> > Acesso em: 01/11/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: 2016. Disponível em< [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo\\_pcdt\\_ist\\_15\\_08\\_pdf\\_22990.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_15_08_pdf_22990.pdf)> Acesso em: 27/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: 2016. Disponível em< [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual\\_sifilis\\_10\\_2016\\_pdf\\_19611.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual_sifilis_10_2016_pdf_19611.pdf) > Acesso em: 27/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Vol. 47.n.35.2016. Disponível em < <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> > Acesso em: 27/04/2017.

CAVALCANTE, A.E.S.; *et al.* Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 24. Ed. n. 4. Rio de Janeiro: 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo *Nascer no Brasil*. **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, ed. Rio de Janeiro: 2016.

FERNANDES, A.M.S.; *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, n.1, ed. Rio de Janeiro: 2000.

FILHO, F.B.; *et al.* Sífilis em Apresentação com Fases Sobrepostas: Como Conduzir? **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 24. Ed. n. 2. Rio de Janeiro: 2012.

HOLANDA, M. T. C. G.; *et al.* **Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007**. Epidemiologia Serviço de Saúde. Brasília: 2011.

JUNG, D.L.; *et al.* Efeito prozona no diagnóstico de sífilis pelo método VDRL: experiência de um serviço de referência no sul do Brasil. **Revista Epidemiológica de Controle Infectológico**, v. 4, n. 1, p. 02-06, Rio Grande do Sul, 2014.

LAFETÁ, K.R.G., *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

LIMA, M. G. *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 499-506, Minas Gerais, 2013.

LINO, A.P.S., *et al.* Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. **Revista Brasileira de Medicina e de Pediatria Moderna**. p.149-154.São Paulo: Moreira Junior, 2011.

MALVEZI, C.M.; *et al.* Ações de controle da Sífilis Gestacional. **Revista Científica Unilago**, v. 1, n. 1, São Paulo, 2016.

MAUCH, S.D.N.; *et al.* O significado da sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 127-143, Brasília, 2012.

MESQUITA, O. K.; *et al.* Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 24. ed. Rio de Janeiro: 2012.

MOLERI, A.B.; *et al.* Diagnóstico Diferencial das Manifestações da Sífilis e da Aids com Líquen Plano na Boca: Relato de Caso. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 24. ed. Rio de Janeiro: 2012.

PIRES, A.C.S.; *et al.* Ocorrência de Sífilis Congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade: revisão de literatura. **Revista UNINGÁ**, v. 19, n. 1, p. 58-64. Paraná, 2014.

SANTOS, V.C.; ANJOS, K.F. Sífilis: uma realidade prevenível. sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 2, n. 2, p. 257-263, 2009.

SARACENI, V.; LEAL, M.C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, 2003.

SILVA, A.C.Z.; BONAFÉ, S.M. **Sífilis**: uma abordagem geral. [S.l.]

Disponível

em <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit\\_mostra/ana\\_carolina\\_zschornak\\_da\\_silva.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/ana_carolina_zschornak_da_silva.pdf)> Acesso em: 23/02/2017.

TABISZ, L.; *et al.* Sífilis uma doença reemergente. **Revista do Médico Residente**. v.14. n. 3. [S.l.], 2012.