

## Perfil Histórico Epidemiológico da Sífilis Adquirida no Brasil na última década (2011 a 2020)

### Historical Epidemiological Profile of Acquired Syphilis in Brazil in the last decade (2011 to 2020)

Karoline Reis de Matos<sup>1\*</sup>, Lorena Gonçalves Simões<sup>1</sup>, Raick Barbosa de Souza<sup>2</sup>, Pedro Costa Campos Filho<sup>3</sup>

---

#### RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), de notificação compulsória, que possui como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum* e, como forma de transmissão, a via sexual e vertical. Desse modo, esse artigo propôs delinear o perfil histórico-epidemiológico da Sífilis Adquirida no Brasil, entre os anos de 2011 a 2020. Para tal, recorreu-se ao banco de dados do DATASUS (SINAN), a fim de buscar as referências acerca do número de indivíduos contaminados pela sífilis adquirida em cada região brasileira, bem como, as faixas etárias, raças, sexo, evolução e critério diagnóstico utilizado. Os resultados evidenciaram que no Brasil existem 844.376 casos de indivíduos contaminados, com predomínio na faixa etária entre 20 a 39 anos, contabilizando 478.287 (56,64%) casos, com maior ocorrência, na região Sudeste sendo 245.683 (29,09%) casos. No que se refere à raça, observou-se que há um domínio da raça branca com 314.660 (37,26%) casos, e, em relação ao sexo, predomina o gênero masculino, com 507.123 (60,05%) casos. Contudo, no tocante à evolução, verificou-se que prepondera os ignorados/brancos, sendo 438.499 (51,93%) casos. O método diagnóstico mais utilizado foi o laboratorial 551.577 (65,32%) casos.

**Palavras-chave:** *Treponema pallidum*; Epidemiologia; Saúde pública.

---

#### ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection (STI), of compulsory notification, whose etiological agent is the bacterium *Treponema pallidum* and, as a form of transmission, the sexual and vertical route. Thus, this article proposed to outline the historical-epidemiological profile of Acquired Syphilis in Brazil, between the years 2011 to 2020. To this end, the DATASUS database (SINAN) was used in order to seek references about the number of individuals infected by acquired syphilis in each Brazilian region, as well as age groups, races, sex, evolution and diagnostic criteria used. The results showed that in Brazil there are 844,376 cases of contaminated individuals, with a predominance in the age group between 20 and 39 years, accounting for 478,287 (56.64%) cases, with a higher occurrence in the Southeast region, with 245,683 (29.09%) cases. With regard to race, it was observed that there is a dominance of the white race with 314,660 (37.26%) cases, and, in relation to sex, the male gender predominates, with 507,123 (60.05%) cases. However, with regard to evolution, it was found that the ignored/white predominated, with 438,499 (51.93%) cases. The most used diagnostic method was laboratory in 551,577 (65.32%) cases.

**Keywords:** *Treponema pallidum*; Epidemiology; Public health.

---

---

<sup>1</sup> Faculdade Santo Agostinho de Itabuna  
\*E-mail: karolmatos29@gmail.com

## INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, com uma estimativa de 376 milhões de casos novos por ano (OMS, 2019). Dentre as IST, encontra-se a sífilis adquirida, a qual apresenta grande taxa de transmissibilidade entre os indivíduos ativamente expostos, fato que se confirma através Boletim Epidemiológico da doença, divulgado pelo Ministério da Saúde, o qual apontou que em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Do ponto de vista etiológico, a sífilis é ocasionada por uma bactéria classificada como espiroqueta, a *Treponema pallidum*, da subespécie *pallidum*, da Ordem Spirochaetales, organismos virulentos para a espécie humana, descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann, no ano de 1905. Sendo assim, há pequenas informações sobre a origem, mas se acredita na migração do agente para a Europa pelos marinheiros de Colombo, após o descobrimento da América, descrita pela primeira vez há aproximadamente 500 anos (ZILHÃO et al. 2004).

Em relação a transmissibilidade, o *Treponema pallidum* penetra pela pele e /ou mucosas através do contato íntimo (disseminação horizontal), caracterizando a via sexual como principal meio. Assim, os agentes se aderem à superfície das células do hospedeiro devido à fibronectina encontrada neste local (OLIVEIRA, Laila, 2011). Quando através de mucosas, penetra por meio de ferimentos ou solução de continuidade, sendo o processo facilitado através de uma enzima com poder de destruir o ácido hialurônico dos tecidos, produzida pelo próprio microorganismo - a hialuronidase. Assim, o *T. pallidum* multiplica-se neste local muito lentamente, permanecendo em período de incubação de três semanas, acarretando numa infiltração de polimorfonucleares, plasmócitos, macrófagos e, a partir daí, pode atingir os linfonodos e a corrente sanguínea (OLIVEIRA, Laila, 2011).

A sífilis adquirida é caracterizada por fases marcantes e, o período de incubação pode durar entre nove a 90 dias, sendo mais comum três semanas (BROWN T.J e YEN-TYRING S.K, 1999). Nesse período o indivíduo já está susceptível a transmitir a doença, mesmo sem a apresentação dos sintomas. A Sífilis primária, ocorre após período de incubação, se caracterizando por aparição de lesões específicas chamadas de cancro duro, cujas bordas se apresentam elevadas e regulares, sem secreção e indolor, e linfadenopatia regional, localizando-se na região genital em 90- 95% dos casos (AZULAY, 2004).

A sífilis secundária é caracterizada por manifestações na pele ou mucosas, que geralmente ocorrem de seis a oito semanas após período de incubação (AZULAY, 2004). Pode ser acompanhada de febre baixa, mialgia e cefaléia. As sífilides tendem a serem maculosas, sem descamação ou prurido, simétricas, ovais ou arredondadas, levemente eritematosas. Geralmente acometem as regiões palmares e plantares, face, região perianal e tronco. (TOLEDO, Érica et. al., 2013).

A sífilis latente, caracteriza-se pela não manifestação da sintomatologia, porém apresenta sorologia positiva para a doença. Esse período é variável, podendo ocorrer manifestações clínicas a qualquer momento (MARANGONI, 1998). Já na Sífilis terciária, pode surgir comprometimento cardiovascular, nervoso que podem se manifestar entre 10 e 30 anos, e cutâneo como gomas sífilídicas e nodulações firmes e agrupados, com tendência a disposição circinada (AZULAY, 2004). Há ausência quase total do *T. pallidum*.

O *Treponema pallidum* é capaz de atravessar a placenta antes do quarto mês de gestação, ou seja, pode acontecer a transmissão vertical durante todo o período gestacional. Já foi constatada a presença de *Treponema pallidum* em fetos abortados, ainda no primeiro trimestre de gravidez, derrubando a teoria de que até o quarto mês gestacional não aconteceria a transmissão (BERMAN, 2004). Além disso, enfatiza-se que todas as gestantes com sífilis deverão ser notificadas no Boletim de Notificação Compulsória da Secretaria Municipal da Saúde, com o objetivo de realizar vigilância epidemiológica (NADER; PEREIRA, 2004, 2004; BRASIL, 2005).

Neste ínterim, o presente trabalho traz um conjunto de informações sobre o perfil epidemiológico da sífilis adquirida no Brasil no período de 2011 à 2020, abordando aspectos das faixas etárias, raças, sexo, evolução e critério diagnóstico utilizado nos indivíduos contaminados em cada região brasileira, objetivando traçar o perfil histórico-epidemiológico na última década (2011 a 2020).

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo levantamento retrospectivo exploratório, de caráter transversal e quantitativo, sobre a descrição epidemiológica da sífilis adquirida no Brasil, onde a população de estudo se constituiu de todos os casos notificados entre os anos de 2011 e 2020. As informações foram coletadas mediante busca eletrônica nos registros do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema

Único de Saúde (DATASUS), através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Para obtenção dos dados, selecionou-se a opção: “Acesso à informação”, seguida do item “Informações de saúde (TABNET)” e “Epidemiológicas e morbidades”, encontrando o item “Doenças e Agravos de Notificação 2007 em diante (SINAN)”. A seguir, buscou-se informações do agravo “Sífilis Adquirida”, selecionando posteriormente a “Abrangência geográfica” e, por fim, os dados contidos no Brasil por região, UF e Município.

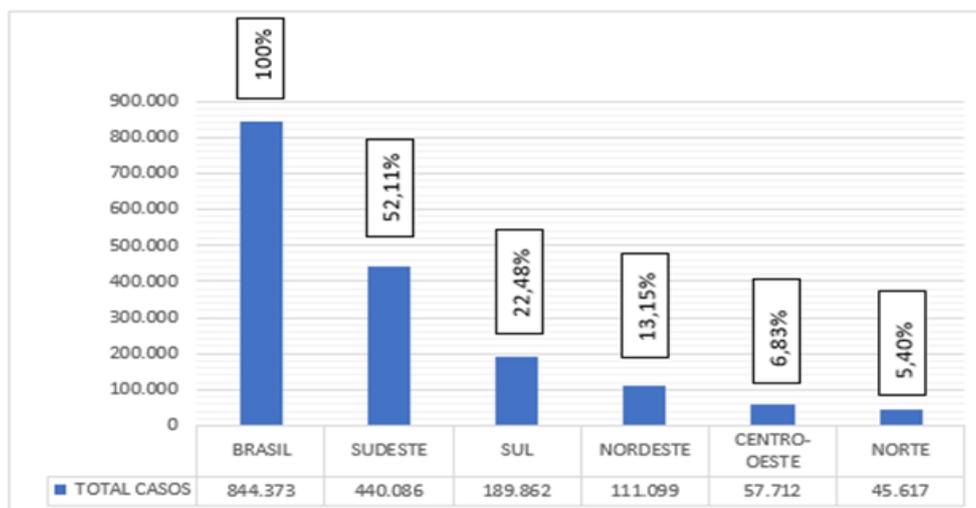
Neste trabalho serão discutidos os casos de sífilis adquirida com base nos dados nacionais, regionais e estaduais. As variáveis do estudo foram divididas em cinco categorias: a faixa etária (> 1 a 80 +), a raça/cor (branca, parda, preta e indígena), gênero (femino e masculino), a evolução (cura, morte por agravo, morte por outra causa) e critério diagnóstico (laboratorial e clínico-epidemiológico).

As buscas foram obtidas entre fevereiro e março de 2022, coletando informações referentes ao período de 2011 a 2020. Ante o exposto, foi delineado um perfil histórico a partir das notificações realizadas neste período, com o objetivo de avaliar o padrão epidemiológico da sífilis adquirida, levando em consideração todos os aspectos biopsicossociais envolvidos na contaminação e disseminação da doença. Para melhor disponibilizar e visualizar as diferenças e distribuição entre proporções, foram empregados tabelas e gráficos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme os dados obtidos, observou-se que no Brasil, foram notificados 844.373 casos de sífilis adquirida, entre os anos de 2011 a 2020 - informada pelo Sistema de Agravos e Notificações (SINAN). As estimativas indicam que, destes, 440.086 (52,11%) correspondem aos casos ocorridos na região Sudeste, seguida da região Sul com 189.860 (22,48%), região Nordeste com 111.099 (13,15%), Centro-Oeste com 57.712 (6,83%) e, por fim, a região Norte com 45.617 (5,4%) casos. (Figura 01)

**Figura 01:** Perfil Epidemiológico da Sífilis Adquirida no Brasil e em suas Regiões, de 2011 a 2020.



Fonte: SINAN, 2022.

Nota-se que, de acordo com as informações notificadas, a região Sudeste foi acometida com maior número de casos de sífilis adquirida, constituindo mais da metade do total de ocorrências no Brasil (tabela 01). Outro dado importante é que, dos 52,11% de casos da região Sudeste, a maior concentração se encontra no estado de São Paulo com 259.537 infectados, correspondendo a 58,97% do total de casos dessa região. Em contrapartida, o estado do Espírito Santo se configura como aquele que possui menor incidência, representando apenas 28.774 (6,53%) casos do total de pacientes infectados na região Sudeste. A ordem crescente dos estados que possuem maiores índices são subsequentemente: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo.

Por conseguinte, da região Sul que apresenta um total de 189.862 casos (22,48% em relação ao Brasil), verificou-se em ordem de grandeza decrescente, os seguintes estados: Rio Grande do Sul com 88.395 casos (46,55%), Santa Catarina com 51.491 (27,12%) e Paraná com 49.976 (26,32%).

Por sua vez, na região Nordeste que teve um total de 111.099 (13,15%) casos, observou-se que a Bahia se consagrou com maior número de ocorrências, equivalendo a um total de 32.947 (29,65%) casos e Alagoas representa o menor número 2.171 (1,95% casos). Em relação a ordem de grandeza dos estados nessa região com o número de casos de pacientes com sífilis, observou-se a seguinte sequência: Bahia, Pernambuco, Ceará, Rio Grande de Norte, Maranhão, Sergipe, Paraíba, Piauí e Alagoas.

Na sequência, a região Centro-Oeste apresentou 57.712 (6,83%) casos, tendo o estado de Goiás um total de 20.058 (34,75%) casos e Mato Grosso com 8.176 (14,16%) casos, sendo a maior e menor ocorrência. Os demais estados evidenciados quanto à ordem de grandeza foram: Goiás, Mato Grosso de Sul, Distrito Federal e Mato Grosso.

Por fim, a região Norte apresentou um total de 45.617 (5,40%) notificações, tendo o estado do Amazonas com maior número de casos 17.093 (37,47%) e o Acre com menor número 1.629 (3,57% casos). Os outros estados que se destacaram em relação à grandeza crescente do número de infectados foram: Amazonas, Pará, Tocantins, Rondônia, Roraima, Amapá e Acre.

Diante dos achados, torna-se importante ressaltar que o maior número de ocorrências da sífilis adquirida se concentra na região Sudeste, e esse achado pode ser explicado pois, é a região brasileira mais desenvolvida do país, sendo considerada um polo de referência de desenvolvimento tecnológico, além de que, dispõe de uma alta concentração de profissionais de saúde com elevado nível de capacitação, o que facilita no diagnóstico e, conseqüentemente, na notificação dos casos. Ademais, a região em questão, se consagra como a mais populosa, quando comparada com as demais regiões do país, concentrando, portanto, o maior número de habitantes por quilômetro quadrado (MENEZES et. al., 2021; CHIACCHIO et al., 2020).

Em contrapartida, a região Norte, que é a menos populosa, apresenta características opostas às supracitadas, como falta de profissionais da área da saúde e suas qualificações, menor investimento em tecnologia, bem como a falta de acessibilidade a saúde de sua população, por apresentar grande extensão territorial, no qual grande parte de seu território é composto por Mata Atlântica, isolando comunidades em áreas de difícil acesso. Outro entrave é que a razão entre médicos por habitantes é de 1:3.000, sendo esta região uma das mais precárias (MENEZES et. al., 2021; SALDIVA, 2018)

**Tabela 01:** Perfil Epidemiológico da Sífilis Adquirida nas regiões brasileiras e em seus respectivos estados, de 2011 a 2020.

|                     |                |             |                     |               |             |
|---------------------|----------------|-------------|---------------------|---------------|-------------|
| <b>SUDESTE</b>      | <b>440.086</b> | <b>100%</b> | <b>CENTRO OESTE</b> | <b>57.712</b> | <b>100%</b> |
|                     | <b>casos</b>   |             |                     | <b>casos</b>  |             |
| São Paulo           | 259.537        | 58,97%      | Goiás               | 20.058        | 34,75%      |
| Rio de Janeiro      | 78.821         | 17,91%      | Mato Grosso do Sul  | 18.966        | 32,86%      |
| Minas Gerais        | 72.954         | 16,57%      | Distrito Federal    | 10.512        | 18,21%      |
| Espírito Santo      | 28.774         | 6,53%       | Matos Grosso        | 8.176         | 14,16%      |
| <b>SUL</b>          | <b>189.862</b> | <b>100%</b> | <b>NORTE</b>        | <b>45.617</b> | <b>100%</b> |
|                     | <b>casos</b>   |             |                     | <b>casos</b>  |             |
| Rio Grande do Sul   | 88.395         | 46,55%      | Amazonas            | 17.093        | 37,47%      |
| Santa Catarina      | 51.491         | 27,12%      | Pará                | 11.540        | 25,29%      |
| Paraná              | 49.976         | 26,38%      | Tocantins           | 6.135         | 13,44%      |
| <b>NORDESTE</b>     | <b>111.099</b> | <b>100%</b> | Rondônia            | 5.139         | 11,26%      |
|                     | <b>casos</b>   |             | Roraima             | 2.289         | 5,01%       |
| Bahia               | 32.947         | 29,65%      | Amapá               | 1.792         | 3,92%       |
| Pernambuco          | 28.190         | 25,37%      | Acre                | 1.629         | 3,57%       |
| Ceará               | 13.769         | 12,38%      |                     |               |             |
| Rio Grande do Norte | 8.832          | 7,94%       |                     |               |             |
| Maranhão            | 7.773          | 6,99%       |                     |               |             |
| Sergipe             | 7.694          | 6,92%       |                     |               |             |
| Paraíba             | 6.212          | 5,59%       |                     |               |             |
| Piauí               | 3.511          | 3,16%       |                     |               |             |
| Alagoas             | 2.171          | 1,95%       |                     |               |             |

Fonte: SINAN, 2022.

No que se refere à idade, verificou-se que, no Brasil, os casos de sífilis adquirida foram predominantes na faixa etária de 20 a 39 anos, contabilizando o total de 478.287 (56,64%) casos, seguida daqueles que possuem entre 40 a 59 anos, com 205.253 (24,30%) casos (tabela 02). A faixa etária que apresentou menor número de casos foi das 1 a 4 anos, com um total de 3 casos (0,00035%). Esses números, relacionado às faixas etárias, representam a realidade de todas as regiões, bem como também, todos os estados da nação, uma vez que o padrão se repete em cada um deles.

Alguns estudos corroboram com esses achados, nos quais, a população jovem de 20 a 39 anos se destaca em relação a outras faixas etárias. Tal feito, pode ser justificado por se tratar de um intervalo estático, que se caracteriza pela descoberta da sexualidade, bem como detém de uma vida sexual mais ativa, o que, conseqüentemente, leva a esse público uma maior exposição aos riscos de contaminação de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A ausência de políticas públicas de educação sexual para esse intervalo de idade também constitui um elemento que contribui para a propagação da doença. Além disso, diversos outros fatores estão associados e influenciam diretamente na alta incidência dos casos de sífilis adquirida, tais como: os fatores comportamentais,

sexuais e culturais, bem como os grupos que possuem uma certa propensão para contrair a doença. Dentre eles, se encontram os profissionais do sexo, pessoas que possuem numerosos parceiros sexuais, usuários de drogas injetáveis, indivíduos com histórico de outras IST, pessoas em situação de rua, entres outros (SOARES, 2019; NEVES, 2021; GODOY et. al, 2021).

No entanto, uma pesquisa realizada na cidade de Feira de Santana (Bahia), referente aos anos de 2003 a 2012, com adolescentes entre 11 e 18 anos, apresentou outras características peculiares aos grupos etários mais jovens, com um olhar voltado para o público adolescente, destacando ser essa a faixa etária marcada pelo início da puberdade, das vivências sexuais, das emoções acentuadas, da autonomia e das experiências, apresentando, dessa forma, características afetivas, comportamentais e sexuais específicas. Assim sendo, a adolescência apresenta maior vulnerabilidade aos riscos, no que se refere à exposição das ISTs, devido ao comportamento sexual, ao uso irregular ou não uso dos preservativos e a utilização de substâncias psicoativas injetáveis, estando susceptíveis a aplicações com agulhas contaminadas (MONTEIRO et. al, 2015).

Outro ponto importante, evidenciado em um estudo feito no município de Salvador - Bahia, acerca dos homens que fazem sexo com homens, constatou que o início da atividade sexual antes dos 15 anos de idade, o que constitui um fator que se associa ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua co-infecção com a sífilis. Tal observação, indica a relação entre os aspectos da atividade sexual e sua reprodutibilidade na população dos jovens brasileiros, pois, os comportamentos sexuais experimentados na primeira relação podem se perpetuar por toda a vida sexual desses indivíduos, tais como maior ocorrência das ISTs, número elevado de parceiros, o que leva a um aumento à exposição a essas infecções, principalmente se associado a não utilização inconsciente do preservativo na prática sexual, o que pode decorrer devido ao uso descontrolado do álcool e das substâncias psicoativas antes e durante as relações. Além disso, observou-se que a alta prevalência tanto do HIV como da sífilis e das demais ISTs nessa população está relacionada não apenas a fatores biológicos, mas também, a aos aspectos sociais, à saúde mental, experiências afetivas, discriminações sofridas e aspectos subjetivos, fazendo com que ocorra maior exposição a estas infecções (BRIGNOL et. al., 2015).

**Tabela 02:** Perfil epidemiológico da Sífilis Adquirida no Brasil e em suas Regiões, de acordo com a faixa etária mais acometida entre o período de 2011 a 2020.

| Faixa etária | BRASIL<br>Total | SUDESTE | SUL     | NORDESTE | CENTRO<br>OESTE | NORTE  |
|--------------|-----------------|---------|---------|----------|-----------------|--------|
| < 1 ano      | 31              | 16      | 6       | 3        | 4               | 2      |
| 1-4          | 3               | 2       | 1       | -        | -               | -      |
| 10-14        | 4.156           | 2.058   | 842     | 663      | 297             | 296    |
| 15-19        | 82.445          | 41.705  | 18.699  | 11.278   | 5.614           | 5.149  |
| 20-39        | 478.287         | 245.683 | 108.746 | 62.789   | 35.087          | 25.982 |
| 40-59        | 205.253         | 107.357 | 46.002  | 27.514   | 13.253          | 11.127 |
| 60-64        | 28.262          | 15.744  | 6.371   | 3.486    | 1.405           | 1.256  |
| 65-69        | 18.961          | 10.729  | 4.121   | 2.376    | 922             | 813    |
| 70-79        | 18.141          | 10.385  | 3.859   | 2.281    | 864             | 758    |
| 80 e +       | 5.704           | 3.300   | 1.209   | 703      | 262             | 230    |
| Ign/Branco   | 3.124           | 3.106   | 4       | 6        | 4               | 4      |

Fonte: SINAN, 2022.

No que concerne à raça, no Brasil, observou-se que o maior número de casos notificados da doença em evidência, compreende a raça branca com 314.660 (37,26%) seguida pela raça parda, com 298.386 (35,33%) casos. Esse indicador, também se repete na região Sudeste, que, de um total de 440.086 casos, 161.764 (36,75%) correspondem a raça branca e 154.144 (35,02%) a raça parda; e na região Sul com 122.750 (64,65%) indivíduos brancos e 20.609 (10,85%) indivíduos pardos infectados, de uma totalidade de 189.862 casos nesta região.

Por outro lado, as regiões Norte e Centro-Oeste se comportam de forma diferente, pois possuem como padrão de contaminação, de acordo a raça, os seguintes números: região Norte, com 45.617 casos notificados, sendo 32.235 (70,66%) representados por indivíduos pardos e 4.265 (9,34%) por indivíduos brancos; e região Centro-Oeste que possui 57.712 casos, onde 27.825 (48,21%) são de indivíduos pardos e 14.360 (24,88%) de indivíduos brancos. Por fim, a região Nordeste, destoante das demais regiões, apresenta a raça parda com 63.573 (57,22%) casos como a mais afetada de um total de 111.099 casos dessa região, e, em sequência, a raça preta com 12.869 casos (11,58%). Além disso, observou-se que tanto no Brasil com 4.471 (0,52%) casos, quanto nas demais regiões, com exceção da região Norte, a raça indígena é a menos acometida (Figura 02).

No Brasil, verificou-se que existe uma subnotificação em relação aos indígenas. Tal fato, pode estar associado a um preenchimento falho e errôneo das fichas de notificação e a não alimentação do sistema pelas unidades notificadoras, bem como, a

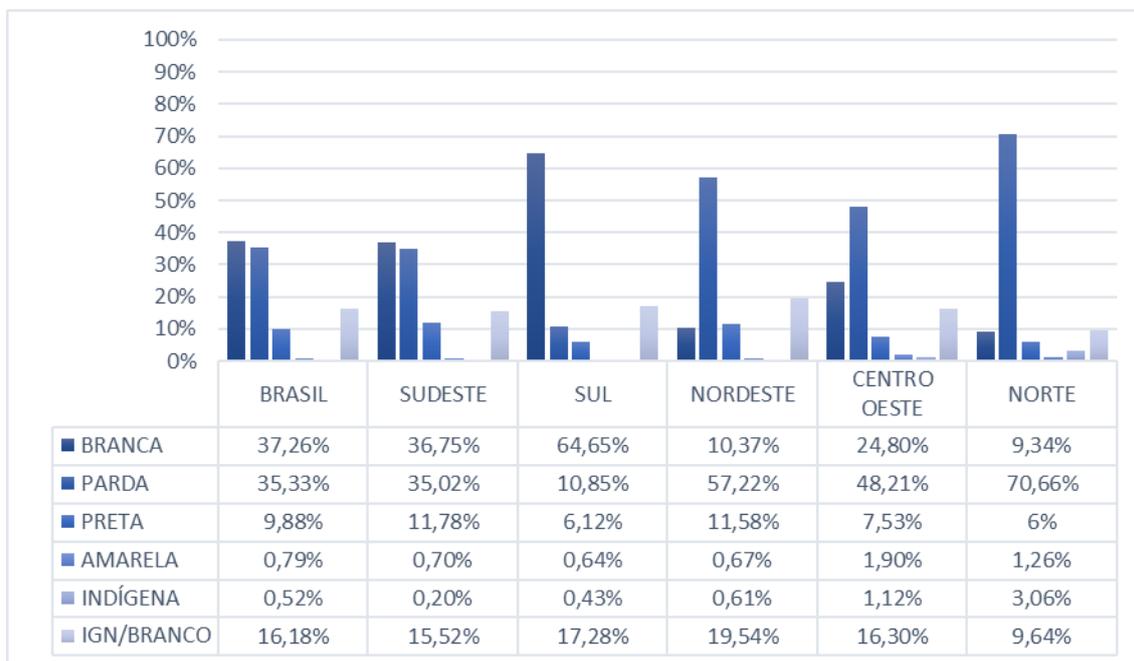
dificuldade ao acesso à saúde enfrentada pelos índios, através da distância dos polos de saúde, já que muitas aldeias vivem isoladas da comunidade, e da falta de políticas públicas direcionadas a essa população. Por outra perspectiva, um estudo realizado no Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2011 e 2014 revelou que variáveis como características epidemiológicas da sífilis, hábitos e práticas culturalmente definidas está relacionada com a alta incidência da doença na população indígena, mas que os dados epidemiológicos não condizem com a realidade das aldeias locais (SANTOS et. al., 2020; DA SILVA et. al., 2017).

Embora algumas análises confirmam os dados prevalentes no Brasil, acerca da primazia do acometimento da raça branca, outros, notaram um aspecto considerável a respeito dos dados referentes às raças mais contaminadas, no qual, foi observado que há uma dificuldade no preenchimento do campo relacionado a raça, sendo 11,15% das notificações ignoradas. Esse fato, pode ser explicado devido uma insuficiência do serviço para abranger todos os quesitos da doença, o que acaba gerando uma carência de informações suficientes acerca das notificações (NEVES, 2021).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019, 42,7% dos brasileiros se declararam como brancos, 46,8% como pardos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas (EDUCA, IBGE, 2019). Visto isso, justifica-se o fato de maior incidência de sífilis adquirida no Brasil acometer mais os brancos e pardos, respectivamente.

Além disso, as regiões nordeste, centro-oeste e norte configuram-se com maior predomínio da raça parda, o que se pode inferir a relação do acesso à educação, pois segundo o IBGE a desvantagem da população preta ou parda em relação à população branca é evidente, o que torna consequentemente este público mais vulnerável em determinadas regiões do Brasil. Ou seja, o pior cenário em relação ao analfabetismo refere-se às pessoas pretas ou pardas residentes em domicílios rurais, sendo que entre 2016 e 2018, na população preta ou parda, a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade passou de 9,8% para 9,1%, permanecendo aquém dos observados na população branca, cuja taxa de analfabetismo é 3,9%. Além disso, embora o abandono escolar tenha diminuído entre os jovens pretos ou pardos de 18 a 24 anos, de 2016 a 2018, ainda é mais forte que entre os brancos (IBGE, 2019). Logo, percebe-se que o acesso à educação é um fator importante e estratégico quando se fala em prevenção e promoção em saúde.

**Figura 02:** Perfil epidemiológico da Sífilis Adquirida no Brasil e em suas Regiões, de acordo com a raça mais acometida entre o período de 2011 a 2020.



Fonte: SINAN, 2022.

No tocante ao gênero, constatou-se que, no Brasil, a sífilis adquirida se estabelece como mais predominante no sexo masculino pois, de um total de 844.376 casos, 507.123 (60%) se equivale a esse gênero, enquanto que, o sexo feminino corresponde a 336.734 (39,87%) casos. Esses dados corroboram com aqueles apresentados em todas as regiões, como apresentado na figura 03.

Apesar de se observar uma alta predominância do sexo masculino para essa doença em todo o Brasil, nota-se que há uma variação deste padrão em dois estados nordestinos: Sergipe, que possui um total de 7.700 infectados, sendo desse total, 4.369 (56,74%) se refere ao sexo feminino e 3.328 (43,26%) ao sexo masculino; e Alagoas que possui 1.121 (51,46%) casos de mulheres acometidas e 1.056 (48,54%) casos de homens, de um total de 2.178 casos.

Este achado, pode ser explicado devido uma redução na utilização do preservativo por parte da população feminina, e tal atitude está vinculada à confiança no parceiro ou ao desconforto durante o uso. Esses dados inclusive corroboram com o atual perfil da dispersão do HIV no Brasil, que tem acometido cada vez mais mulheres, quando comparado aos homens (SILVA, 2017; NEVES, 2021). Além disso, destacou-se o medo/receio de mulheres gestantes com sífilis em relatar para os parceiros sobre a

infecção (por não possuírem entendimento correto sobre sua doença, violência ou abandono), gerando obstáculos para diagnóstico e tratamento (TABET, 2019).

Por outro lado, alguns autores justificam que a predominância da contaminação da sífilis adquirida no sexo masculino está relacionada a um perfil histórico excludente de políticas públicas voltadas para a saúde do homem e a dificuldade dos serviços em acolher esses indivíduos em sua particularidade, que, conseqüentemente, provoca uma relutância por parte da população masculina em buscar e aderir os serviços de saúde de forma preventiva, só procurando o auxílio médico quando já apresentam manifestações clínicas da doença. Dessa forma, os profissionais de saúde acabam enfrentando dificuldades para realizar o tratamento e, ademais, o tratamento dos homens como parceiros das mulheres que foram diagnosticadas com a doença, levando, dessa forma, à reinfecções. Estudos mostram que o número de parceiros que não são tratados é superior ao número de parceiros tratados, o que impede a quebra da cadeia de transmissão. Além disso, associa-se que essa predominância, também, refere-se ao papel tradicional designado ao homem desde a antiguidade, que se perpetua até os tempos atuais, de provedor da família, isso faz com que, se desenvolva uma visão de um ser forte e inabalável, no qual, o papel de cuidar é dever tão somente da mulher (DANTAS et. al., 2017; GODOY et. al., 2021).

Neste ínterim, percebe-se que a maior ocorrência de mulheres com sífilis adquirida, se perpetuou principalmente nas relações sexuais com homens (ANDRADE, 2019). Visto isso, o parceiro sexual deve ser testado e tratado com esquemas específicos, sendo que na maioria das vezes, ocorre grande evasão associada a diversos aspectos, destacando-se no sexo masculino, tais como: escolaridade, visão pessoal de gênero, baixa compreensão da doença e dificuldades de acesso aos serviços. Ou seja, os homens, quando inadequadamente tratados, são importante fonte de transmissão para seus parceiros: mulheres, gestantes e homens que fazem sexo com homens (TABET, 2019).

**Figura 03:** Perfil epidemiológico em números absolutos e percentuais do sexo na Sífilis Adquirida no Brasil e em suas Regiões, de 2011 a 2020.

| Sexo              | BRASIL<br>Total     | SUDESTE             | SUL                 | NORDESTE           | CENTRO<br>OESTE    | NORTE              |
|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Masculino</b>  | 507.123<br>(60,05%) | 274.535<br>(62,38%) | 106.160<br>(55,91%) | 62.251<br>(56,03%) | 37.037<br>(64,17%) | 27.140<br>(59,49%) |
| <b>Feminino</b>   | 336.734<br>(39,87%) | 165.332<br>(37,56%) | 83.656<br>(44,06%)  | 48.745<br>(43,87%) | 20.534<br>(35,58%) | 18.467<br>(40,48%) |
| <b>Ign/Branco</b> | 519<br>(0,061%)     | 219<br>(0,049%)     | 46<br>(0,024%)      | 103<br>(0,092%)    | 141<br>(0,24%)     | 10<br>(0,021%)     |

Fonte: SINAN, 2022.

Levando em consideração, por sua vez, sobre a evolução do quadro dos indivíduos que foram acometidos pela sífilis, no Brasil, observou-se que 404.507(47,90%) indivíduos infectados evoluíram para cura, enquanto apenas 369 (0,04%) declinaram para óbito decorrente ao agravo da doença e 1.001 casos (0,11%) cursaram para óbito referente a outra causa não descrita. Por fim, verificou-se que mais da metade dos casos notificados foram ignorados/brancos (Figura 04), sendo um total de 438.499 casos (51,93%). Esse indicador também foi notado em todas as regiões, como descritas a seguinte: Norte (55,98%), Sul (52,73%), Centro-Oeste (47,09%), Sudeste (46,9%) e Nordeste (40,73%).

**Figura 04:** Perfil epidemiológico em números absolutos e percentuais da cura, do óbito pelo agravo da doença e do óbito referente a outra causa, da Sífilis Adquirida no Brasil e em suas Regiões, de 2011 a 2020.

| Evolução                           | BRASIL<br>Total     | SUDESTE             | SUL                 | NORDESTE           | CENTRO<br>OESTE    | NORTE              |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Cura</b>                        | 404.507<br>(47,90%) | 206.415<br>(46,90%) | 100.116<br>(52,73%) | 45.256<br>(40,73%) | 27.181<br>(47,09%) | 25.539<br>(55,98%) |
| <b>Óbito pelo agravo da doença</b> | 369<br>(0,043%)     | 156<br>(0,035%)     | 99<br>(0,052%)      | 52<br>(0,46%)      | 35<br>(0,06%)      | 27<br>(0,059%)     |
| <b>Óbito por outra causa</b>       | 1.001<br>(0,118%)   | 324<br>(0,073%)     | 296<br>(0,155%)     | 196<br>(0,176%)    | 91<br>(0,157%)     | 94<br>(0,20%)      |
| <b>Ign/Branco</b>                  | 438.499<br>(51,93%) | 233.191<br>(52,98%) | 89.351<br>(47,06%)  | 65.595<br>(59,04%) | 30.405<br>(52,68%) | 19.957<br>(43,74%) |

Fonte: SINAN, 2022.

Diante dos dados observados acerca da evolução da sífilis, no qual, 404.507 (47,90%) casos evoluíram para cura da doença, nota-se que este fato pode ser justificado devido a característica autolimitada da doença que, quando associado a uma equipe de profissionais de saúde qualificados, assegura o diagnóstico precoce, o rastreamento e a conduta terapêutica adequada. Entretanto, vale ressaltar que quando não tratadas, cerca de 35%

dos doentes irão progredir para a cura espontânea, cerca de 35% permanecerão em estado de latência por toda vida e as restantes progredirão para sífilis terciária. Dessa forma, os dados epidemiológicos acerca da cura podem representar uma informação leviana, tendo em vista que a adesão ao tratamento e o acompanhamento são abandonados frequentemente pelos pacientes e que após a fase primária e início da fase latente da sífilis, o paciente pode se encontrar assintomático simulando uma cura (MAHMUD et. al., 2019; BARROS, et. al.2022).

Outrossim, chama atenção o número de casos ignorados/brancos, pois essa informação é um reflexo da falta de informação e o estigma existente na sociedade a respeito das ISTs, onde os pacientes se negligenciam e não procuram atendimento médico, repercutindo na não adesão ao tratamento por desinteresse, vergonha, falta de tempo e apoio familiar. Outro fator importante acerca da adesão ao tratamento diz respeito à tolerabilidade da dor após a administração da penicilina nos casos de sífilis latente tardia, em que o tratamento seriado ocorre para garantia de eliminação da bactéria. Sendo assim, a dor se torna também um dos motivos para não adesão ao tratamento e dificuldade de acompanhar o desfecho do caso clínico por parte da equipe médica (BARROS, et. al.2022).

O critério diagnóstico utilizado para a notificação dos casos de sífilis no Brasil foi, majoritariamente, o laboratorial, sendo 551.577 casos (65,32%), seguido pelo critério clínico-epidemiológico 65.394 (7,74%), dados referentes ao total de casos do país 844.376. Analisando a distribuição do critério diagnóstico aplicado pelas regiões brasileiras, constatou-se que esse exemplar se reproduz, sendo o critério laboratorial predominantemente utilizado (Figura 05).

Após análise dos critérios utilizados para o diagnóstico da sífilis adquirida, observa-se que há uma predominância do parâmetro laboratorial, porém, para uma avaliação completa do estado clínico do paciente e para se obter mais informações do perfil epidemiológico de cada região, é indispensável realizar uma correlação dos dados clínicos colhidos na anamnese do mesmo, do histórico de infecções passadas, da verificação de exposição recente, bem como, dos resultados dos testes diagnósticos (BRASIL, 2020).

Dessa forma, por se tratar de uma doença infectocontagiosa, o diagnóstico laboratorial, quando não há contraindicação, é o mais utilizado na prática clínica quando comparado ao critério clínico-epidemiológico, por se tratar de um critério mais assertivo.

Nessa conjuntura, o diagnóstico laboratorial da sífilis e a escolha dos exames mais adequados, serão selecionados de acordo com a fase evolutiva da doença. Os métodos diretos, isto é, os que detectam formas do treponema ou parte destes, como substâncias antigênicas, também podem ser utilizados, principalmente na sífilis primária e em algumas lesões da fase secundária, enquanto que, a sorologia constitui o critério mais aplicado, sobretudo, quando os anticorpos começam a ser detectados, ou seja, a partir da segunda ou terceira semana após o aparecimento do cancro (AVELLEIRA, 2006; MANUAL TÉCNICO, 2016).

**Figura 05:** Perfil epidemiológico em números absolutos e percentuais do critério diagnóstico da Sífilis Adquirida no Brasil e em suas Regiões, de 2011 a 2020.

| <b>Critério Diagnóstico</b>   | <b>BRASIL<br/>Total</b> | <b>SUDESTE</b>      | <b>SUL</b>          | <b>NORDESTE</b>    | <b>CENTRO<br/>OESTE</b> | <b>NORTE</b>       |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>Laboratorial</b>           | 551.577<br>(65,32%)     | 293.290<br>(66,64%) | 139.759<br>(73,61%) | 59.301<br>(53,37%) | 32.895<br>(56,99%)      | 26.332<br>(57,72%) |
| <b>Clínico Epidemiológico</b> | 65.394<br>(7,74%)       | 32.517<br>(7,38%)   | 13.394<br>(7,05%)   | 8.692<br>(7,82%)   | 4.639<br>(8,03%)        | 6.152<br>(13,48%)  |
| <b>Ign/Branco</b>             | 227.405<br>(26,93%)     | 114.279<br>(26,96%) | 36.709<br>(19,33%)  | 43.106<br>(38,79%) | 20.178<br>(34,96%)      | 13.133<br>(28,78%) |

Fonte: SINAN, 2022.

## CONCLUSÃO

Os achados deste estudo, revelam que a sífilis possui um padrão semelhante em todo país, podendo assim, traçar a população que está mais suscetível a adquirir essa doença. Logo, pode-se afirmar que a região Sudeste concentra a maior incidência, sendo 52,11% do número total de casos no Brasil, prevalecendo a faixa etária entre 20 a 39 anos e em homens de raça branca; padrão que se repetiu nos demais estados. Além disso, a maioria dos pacientes apresentam tendência a evoluírem para a cura, apesar de mais da metade dos casos terem sido ignorados e subnotificados, tornando a informação sobre o padrão evolutivo da doença pouco precisa.

Neste contexto, revela-se a necessidade de maior envolvimento de profissionais das áreas de saúde e educação, com o objetivo de promover a saúde sexual e oferecer medidas efetivas no combate à sífilis na população mais acometida por essa infecção, sobretudo na população mais jovem, por ser mais vulnerável à infecções por ISTs. Visto isso, os gestores e profissionais que atuam na saúde em contato direto com pessoas/pacientes, devem assumir um papel fundamental no processo de educação em

saúde, executando desde consultas, palestras e outras atividades multidisciplinares que envolvam a participação ativa da população.

Soma-se a isso, a escassez dos dados nas fichas de notificação compulsória, em relação à evolução clínica de muitos pacientes, o que impossibilita evidenciar a realidade da população estudada. Dessa forma, é imperativo que os profissionais de saúde se comprometam com a notificação dessas informações, para que a gravidade da realidade da sífilis no Brasil seja reconhecida e atenuada, levando conseqüentemente uma melhor qualidade, conscientização de hábitos preventivos perante a sociedade e maior valorização da vida. Destarte, a disponibilidade de informações de qualidade, de modo contínuo e sistemático, é fundamental para o monitoramento e o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de intervenção sobre doenças e agravos.

## **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, Heuler Souza, et.al. Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres, 2019.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi. BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Educação Médica Continuada - EMC, An. Bras. Dermatol. 81 (2), Mar 2006.

Azulay MM, Azulay DR. Treponematoses. In: Azulay e Azulay. Dermatologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 240-51.

BARROS, TERESA, et. al. Os Desafios no Tratamento da Sífilis, 2020.

BERMAN, S.M. Maternal syphilis: Pathophysiology and treatment. Bulletin of the World Health Organization. Jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, n. 0014125063, p. 1-248, 2020.

BRIGNOL, Sandra et. al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 31 (5), Maio 2015.

BROWN, T.J; YEN-TYRING, S.K. An overview of sexually transmitted diseases. Part I. J Am Acad Dermatol, v. 41, n. 4, p. 511-526, 1999.

CHIACCHIO, Adolpho Dias et. al. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida nas regiões do Brasil no período de 2010 a 2019. Revista Amazônia Science & Health 2020, Vol. 8, Nº 2.

DANTAS, Livia Azevedo et. al. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. Enferm. glob. vol.16 no. 46 Murcia abr. 2017 E pub 01-Abr-2017.

EDUCA, IBGE, 2019. Conheça o Brasil - População, cor ou raça.

GODOY, Jessica. Perfil epidemiológico da sífilis adquirida em pacientes de um laboratório clínico universitário em Goiânia-GO, no período de 2017 a 2019.

IBGE, 2019. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil, informativo nº 41.

JAWETZ, E.; MELNICK, J. L.; ADELBERG, E. A. Microbiologia médica. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MAHMUD, Ibrahim Clós, et.al, Sífilis adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS, 2019.

MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS, 2ª ed, Ministério da saúde, 2021.

MARANGONI, Denise Vantil & SCHESTER, Mauro. Doenças infecciosas: Conduta diagnostic e terapêutica. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. Campanha Nacional de Combate às Sífilis Adquirida e Congênita em 2021.

MONTEIRO, Milena de Oliveira Pérsico et. al. Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/CRM - DST/HIV/ AIDS de Feira de Santana, Bahia. Adolesc. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 21-32, jul/set 2015.

NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. Atenção integral ao recém-nascido: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004. 160 p.

NEVES, Bianca. Sífilis Adquirida: perfil epidemiológico dos casos no estado do Pará de 2017 a 2019. Rev Cienc Saude, 2021.

OLIVEIRA, Laila Petrusca. Sífilis Adquirida e Congênita, 2011.

PELCZAR, M. J.; CHAN, E. C. S.; KRIEG, N. R. Microbiologia - conceitos e aplicações. 2. ed. São Paulo: Makron Brooks, 1996.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento. VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Política e dinheiro • Estud. av. 32 (92), Jan-Apr 2018.

SANTOS, Letícia Goes et. al. As diversidades da predominância da sífilis adquirida nas regiões do Brasil (2010 – junho de 2019). REAC/EJSC, Vol.10, e 3553, 2020.

SILVA, Daila Alena Raenck et. al; Prevalência De Sífilis Em Mulheres. Rev Enferm. Foco, v.8, n.3, 2017.

SOARES, Esleiane. Incidência de sífilis adquirida em uma cidade da microrregião do sudoeste baiano. 2019.

TABET, Danielle Galindo Martins, et.al. Percepções sobre o tratamento de homens com diagnóstico de sífilis: uma síntese rápida de evidências qualitativas, 2019.

TIAGO, Zuleica da Silva; PICOLI, Renata Palópoli; GRAEFF, Samara Vilas-Boas; *et al.* Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014\*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 3, p. 503–512, 2017.

TOLEDO, Érica et. al., 2013. Manifestações Clínicas Da Sífilis Adquirida e Congênita, Diagnóstico e Tratamento.

UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas: Saúde sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020.

ZILHÃO, C. et al. Sífilis Congênita. *Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. V. XIII, n. 2, 2004.

*Recebido em: 05/05/2022*

*Aprovado em: 12/06/2022*

*Publicado em: 15/06/2022*