

FREQUÊNCIA DE CASOS DE SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE MOGI GUAÇU/SP NO PERÍODO DE 2014 A 2016

RAMALHO, Bárbara Glenda¹

Faculdades Integradas Maria Imaculada
babiiramalho@gmail.com

OLIVEIRA, Ildamara Canoa de²

Faculdades Integradas Maria Imaculada
Maracanoa17@gmail.com

RESUMO

A sífilis tornou-se conhecida no século XV na Europa e se espalhou pelo mundo transformando-se em uma doença endêmica no século XIX e hoje é um problema de saúde pública em diversos países. É uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode acometer vários órgãos e o sistema nervoso se não diagnosticada e tratada precocemente. Clinicamente, a sífilis mostra períodos de atividade e latência, com características clínicas e imunológicas diferentes, sendo elas: Sífilis primária, secundária, latente e terciária, e seu diagnóstico deve ser feito de acordo com a fase evolutiva da doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima hoje mais de um milhão de casos de infecções sexualmente transmissíveis no mundo, por dia. Apesar de ter tratamento e métodos de diagnósticos fáceis, de baixo custo e efetivos, a sífilis ainda é um grande problema de saúde pública nos dias atuais. O objetivo do estudo foi verificar a frequência de casos de sífilis no período de 2014 a 2016, onde as variáveis da pesquisa foram faixa etária e sexo. Os dados do trabalho foram coletados da Vigilância Epidemiológica da cidade de Mogi Guaçu/SP no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. Após a análise dos dados foi constatado um aumento de 89,1% nos números de casos de sífilis no município de Mogi Guaçu/SP no período de 2015 a 2016. Podendo ser observado uma predominância de 51% de pacientes do sexo masculino e 61% que apresentavam faixa etária entre 17 a 37 anos de idade.

Palavras-chaves: Sífilis. Doença Sexualmente Transmissível. *Treponema Pallidum*.

¹ Graduada em Biomedicina pelas Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI.

² Mestra em Ciências Biomédicas pelo Centro Universitário Hermínio Ometto -UNIARARAS, Especialista em Hematologia laboratorial pela Academia de Ciência e Tecnologia (ACT) de São José do Rio Preto. Professora das Faculdades Integradas Maria Imaculada. Biomédica no Hospital Municipal de Itapira.

1 INTRODUÇÃO

O termo sífilis se originou de um poema, escrito em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro “Syphilis Sive Morbus Gallicus” (A Sífilis ou Mal Gálico). Esse poema narra a história de Syphilus, um pastor que amaldiçoou o Deus Apolo e foi punido com uma doença, que seria a doença sífilis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

A sífilis tornou-se conhecida no século XV na Europa e se espalhou pelo mundo transformando-se em uma doença endêmica no século XIX e hoje um problema de saúde pública em diversos países. É uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode também ser transmitida verticalmente, (disseminação do *T. pallidum* da gestante infectada para o feto via transplacentária), por contato com lesões contagiantes, por via indireta e por transfusões sanguíneas, podendo acometer, se não tratada precocemente, vários órgãos e sistema nervoso (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Durante a gestação, a sífilis pode levar a uma série de complicações tanto para o conceito quanto para mãe, tendo como maiores destaques: abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido (RN). Calcula-se que metade dos RNs que nascem de mães portadoras de sífilis não tratadas durante a gestação não apresentam sintomas ao nascimento. Porém, apresentarão complicações sérias no futuro, como sequelas neurológicas, surdez e até deformidades ósseas. Apenas o tratamento materno durante a gestação pode impedir os acontecimentos catastróficos durante a gravidez (TABISZ et al., 2012).

O agente etiológico da sífilis, *Treponema pallidum*, foi descoberto somente em 1905, pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman. Morfologicamente, o *Treponema pallidum* é na forma de espiral fina regular e pontas afiladas. O pouco conhecimento sobre o *T. pallidum* se deve à impossibilidade do seu cultivo em meios artificiais, pois tem baixa resistência ao meio ambiente, ressecando-se rapidamente, podendo sobreviver por até 10 horas em objetos úmidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

As fontes de infecção da sífilis são as secreções de exsudatos ou sangue infectado. A porta de entrada direta do *Treponema pallidum*, no organismo humano, são as genitálias externas, as mucosas e a placenta. Essa transmissão pode ocorrer num período de 10 a 90 dias. Embora não se observe quaisquer sintomas ou lesões, é a chamada fase assintomática, onde o sangue da pessoa infectada já contém espiroqueta e é contagioso (FACCO et al., 2002).

A penetração do treponema é realizada por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. Logo após a bactéria atinge o sistema linfático regional e outras partes do corpo. A resposta da defesa local resulta em erosão e ulceração (feridas) no ponto da inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão. Entretanto, a imunidade humoral não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

De acordo com o boletim epidemiológico da secretaria de vigilância em saúde, no período de 2010 a junho de 2016, foram notificados ao Sinan um total de 227.663 casos de sífilis adquirida no Brasil. Com relação a sífilis congênita foram notificados 142.961 casos em menores de 1 ano de idade no período de 1998 a junho de 2016. Em gestantes foram notificados um total de 169.546 casos no período de 2005 a junho de 2016. Em 2015, a maioria dos casos foram classificados como sífilis primária (31,6%), seguindo-se da sífilis latente (23,6%), terciária (10,7%) e secundária (5,8%). Podendo observar que na série de casos de sífilis adquirida notificados 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 e 55,6% dos casos eram da faixa etária de 20 a 39 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Segundo Avelleira e Bottino (2006), em 1960, mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual com a chegada da pílula anticoncepcional fizeram que o número de casos novamente aumentasse. No final dos anos 70, com o aparecimento da Aids, houve um redimensionamento das doenças sexualmente transmissíveis. O papel da sífilis como fator facilitador na transmissão do vírus HIV ocasionaria a necessidade de estratégias para seu controle.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima hoje mais de um milhão de casos de infecções sexualmente transmissíveis no mundo, por dia. Ao ano estima aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre sífilis, clamídia, gonorréia e tricomoníase. A presença dessas infecções como a sífilis aumenta o risco de se adquirir ou transmitir a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Segundo Avelleira e Bottino (2006), com a chegada da penicilina e sua eficácia para o tratamento da doença, pensou-se que a sífilis estava sendo controlada, porém com a falta do uso de camisinhas como prevenção após a chegada da pílula anticoncepcional, houve um aumento

nos números de casos de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's) em homens, mulheres e recém-nascidos.

Clinicamente, a sífilis mostra períodos de atividade e latência, com características clínicas e imunológicas diferentes, sendo elas: Sífilis primária, secundária, latente e terciária. A sífilis primária é caracterizada por uma lesão específica, o cancro duro, que surge no local da inoculação (95% dos casos na região genital). A sífilis secundária ocorre após 6 a 8 semana da doença, e nessa fase a doença irá afetar pele e órgãos internos correspondendo a distribuição do *T. pallidum* por todo o corpo. Após a sífilis secundária a doença entrará no período latente, na qual a doença não apresenta nenhum sinal e sintoma. Na sífilis terciária, as lesões estão localizadas na pele, mucosas, sistema cardiovascular e sistema nervoso (SILVA; BONAFÉ, 2013).

Segundo Facco et al (2002), a sífilis primária ocorre entre a segunda e terceira semana depois do contágio inicial. Nesse estágio surge como principal sintoma uma lesão indolor, de fundo liso, bordas regulares e superficiais no local da infecção, chamada de cancro duro, que se desenvolvem com maior frequência nos órgãos genitais, nos dedos, lábios e língua. O diagnóstico laboratorial pode ser feito pela pesquisa direta do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro, pela coloração de Fontana-Tribondeau, que utiliza sais de prata, e pela imunofluorescência direta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Na sífilis secundária, as lesões ocorrem em surtos e de forma simétrica, arredondadas, e recobertas por escamas e mais intensa na periferia. Estão localizadas nas regiões palmares, na face, em torno da boca e nariz, e na região da virilha onde as lesões estão ricas em treponemas contagiosos devido à umidade e atrito. Nessa fase, pode se encontrar também, sintomas como mal-estar, anorexia, febre, cefaléia, faringite, rouquidão, hepatoesplenomegalia (SILVA; BONAFÉ, 2013). Após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, se não houver tratamento, a sífilis entrará no período latente, na qual a doença não apresenta nenhum sinal e sintoma. Porém todos os testes permanecem reagentes e observa-se uma diminuição dos títulos dos testes quantitativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Sífilis terciária, também conhecida como tardia, é o resultado final da doença, onde tem um grande potencial de afetar vários órgãos. As manifestações mais comuns são: aortite, neurosífilis, acidente vascular cerebral, e meningite (SANTOS; ANJOS, 2009). Nesta fase, os testes que detectam anticorpos normalmente são reagentes e os títulos dos testes não treponêmicos tendem a ser baixos e podem ocorrer resultados não reagentes. Em pacientes que apresentam sintomas da neurosífilis, o exame do líquido (LCR) é indicado, porém nenhum teste isoladamente é seguro para o diagnóstico da neurosífilis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Na ausência de manifestações clínicas, o diagnóstico da sífilis é feito por exames sorológicos por métodos ditos não-treponêmicos, por utilizar antígenos não derivados do agente causador da doença. O mais utilizado é o VDRL, com métodos qualitativos (positivos ou negativos) e quantitativos (titulações). Sua sensibilidade é maior na sífilis secundária e congênita (99% e 98% respectivamente) e menor na sífilis primária e terciária (70% e 75%), porém, mesmo sendo um exame de baixo custo e de fácil execução, o VDRL é suscetível a resultados falso-positivos (TABISZ et al., 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2014a), testes não-treponêmicos apresentam mais resultados falso-positivos que os testes treponêmicos. Dentre os testes não-treponêmicos estão, além do VDRL (*Venereal Disease Laboratory*), o RPR (*Rapid Test Reagin*), USR (*Unheated Serum Reagin*), e TRUST (*Toluidine Red Unheated Serum Test*).

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 et al., 2012).

O diagnóstico laboratorial da sífilis deve ser feito de acordo com a fase evolutiva da doença. Na sífilis primária o diagnóstico normalmente é feito pela identificação da bactéria na lesão. Os testes sorológicos são feitos após duas ou três semanas onde os anticorpos começam a ser detectados. Já em fases mais avançadas da doença, é preciso recorrer também aos exames mais específicos como o exame de líquido, por exemplo, para o diagnóstico da neurosífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Para a confirmação do diagnóstico, utilizam-se testes treponêmicos, como o FTA-ABS (teste de imunofluorescência indireta para a determinação de anticorpos contra o *T. pallidum*), o MHA-TP (microhemaglutinação de anticorpos para *T. pallidum*), o TPHA (hemaglutinação de anticorpos para *T. pallidum*), e o ELISA (teste imunoenzimático). Esses exames são específicos e se tornam positivos antes dos testes não-treponêmicos, por possuírem uma janela imunológica mais curta (TABISZ et al., 2012).

Os testes laboratoriais normalmente utilizados são operacionalmente complexos, e requer profissional especializado e ambiente laboratorial apropriado. Além disso, o prazo para entrega dos resultados desses testes pode ser longo, levando o indivíduo a se desinteressar pelo resultado do teste e à consequente perda deste pelo sistema de saúde (CONITEC, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2014b), ao final da década de 1980, uma nova estratégia diagnóstica surgiu. Chegaram ao mercado, os testes rápidos. Com o avanço das tecnologias de desenvolvimento e produção, esses testes revelaram-se eficientes na investigação de doenças infectocontagiosas. Desde 2005, a utilização dos testes rápidos permite atender à crescente demanda pelo diagnóstico de agravos relevantes à saúde pública, visto que sua utilização aumenta a agilidade da resposta aos indivíduos e permite seu rápido encaminhamento para assistência médica e início de tratamento.

A detecção da sífilis através do teste rápido deverá ser realizada nas seguintes situações especiais: Localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou regiões de difícil acesso; Centro de Testagem e Aconselhamento; Segmentos populacionais mais vulneráveis às DST, de acordo com situação epidemiológica local; População indígena; Gestantes e seus parceiros em unidades básicas de saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha; Outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS para ampliação do diagnóstico da sífilis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Todos os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento (CONITEC, 2015).

Segundo normas do Ministério da Saúde, para o tratamento da sífilis indica-se o uso de penicilina benzatina, variando a dosagem de acordo com a fase evolutiva do paciente, tratando tanto o paciente quanto o parceiro (CAVALCANTE et al., 2012).

De acordo com Silva e Bonafé (2013), o Ministério da Saúde segue o seguinte esquema para o uso da Penicila: Sífilis primária - Penicilina benzatina 2.400.000UI, IM, dose única; Sífilis secundária - Penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.4MUI; Sífilis terciária - Penicilina benzatina 7.2MUI, IM, em três doses semanais de 2.4MUI e neurosífilis com Penicilina cristalina EV. Em casos de sífilis congênita - Penicilina cristalina 50.000UL/kg/dose, EV, duas vezes ao dia se tiver menos de uma semana de vida, e três vezes ao dia se tiver mais, por 10 dias.

O controle de cura deverá ser mensal e realizado por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos. O tratamento da gestante será considerado adequado quando for completo conforme o estágio da doença, feito com penicilina, finalizado em até 30 dias antes do parto e o parceiro tratado concomitantemente (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

Um dos importantes fatores relacionado ao não tratamento da sífilis por muitos pacientes, é o temor de que os outros descubram a soropositividade, e assim para manter sigilo o paciente recusa o tratamento. Porém, o tratamento do parceiro e do paciente é determinante para a cura do portador da sífilis, assim como para o controle da doença (CAVALCANTE et al., 2012).

Para a prevenção de novos casos, deve-se investir além de informação sobre a doença para a população em geral, em incentivos ao uso de preservativos, cuidados com materiais perfuro cortantes e acompanhamento correto do pré-natal e em tantos outros meios de evitá-la. Portanto, evitar a transmissão da doença consiste, além de métodos de prevenção, também ter um diagnóstico e tratamento precoce ao paciente e seu parceiro (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Os profissionais da área da saúde precisam sempre estar reforçando as ações de prevenção e diagnóstico o mais rápido possível, fazendo com que a população em geral se envolva em campanhas na intenção de conscientizar a importância da realização de exames periódicos e utilização dos métodos de prevenções para a erradicação da sífilis (SANTOS; ANJOS, 2009). A carência de informações acerca da sífilis é notória, e seu desconhecimento torna o problema das doenças sexualmente transmissíveis ainda maiores, causando sentimentos e atitudes que dificultam o processo de cura e prevenção da doença (CAVALCANTE et al., 2012).

O presente estudo teve como objetivo verificar a frequência de casos de sífilis no município de Mogi Guaçu/SP no período de 2014 a 2016, através de dados coletados na vigilância epidemiológica da cidade, onde as variáveis foram classificadas por faixa etária e sexo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi aprovado pela Plataforma Brasil sob o número do CAAE 69036717.6.0000.5679 e seguiu com as exigências para pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal retrospectiva, onde foram coletados os dados das fichas de notificações, sem identificá-los, do arquivo da vigilância epidemiológica. As variáveis do estudo foram definidas segundo: sexo, faixa etária, e a frequência de casos de sífilis obtidos no período de 2014 a 2016.

O estudo foi realizado em Mogi Guaçu/SP no período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2016. Os dados foram coletados no período de 01 de Julho a 01 de setembro de 2017 na vigilância epidemiológica da cidade Mogi Guaçu/SP.

Como critérios de inclusão nessa pesquisa foram observados os dados de pacientes com sífilis, classificados por faixa etária e sexo no município de Mogi Guaçu/SP no período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2016. Como critérios de exclusão foram incluídos pacientes que não possuem sífilis e casos notificados anteriores ao período de Janeiro de 2014 e posteriores a Dezembro de 2016.

Os dados coletados foram separados em categorias diversas observando-se a especificidade da pesquisa, trabalhando-se sempre com os totais relativos e absolutos em cada categoria.

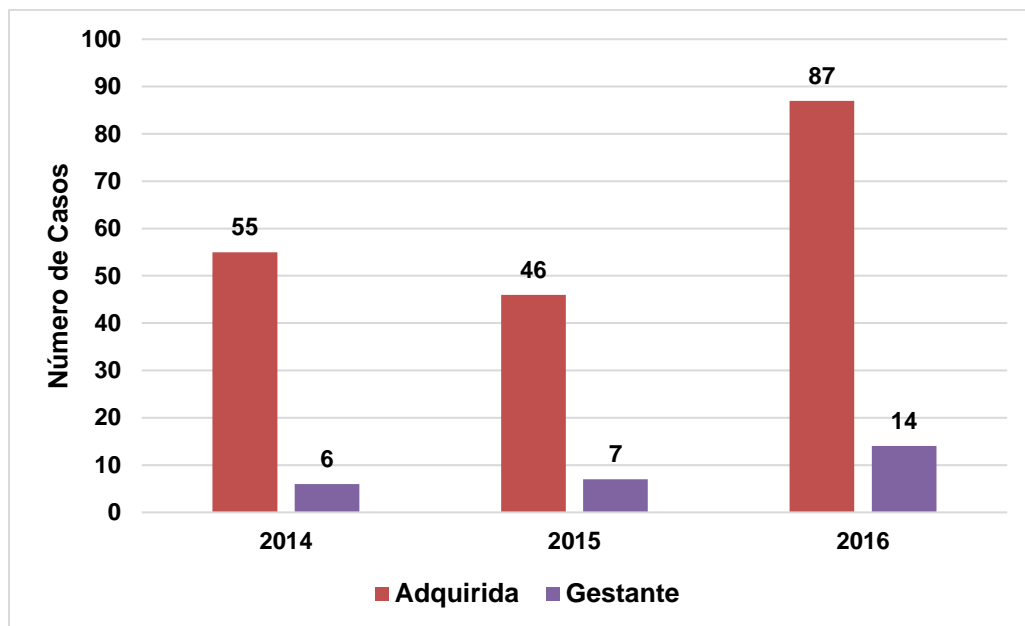
Portanto, os dados foram colocados em gráficos dentro de cada categoria, proporcionando assim a apuração dos resultados, possibilidade da discussão dos mesmos e, subsequente conclusão inerente a eles.

3 RESULTADOS

De acordo com os dados coletados, foram gerados os seguintes resultados: No período de 2014 a 2016 foram notificados à vigilância epidemiológica um total de 215 casos, onde 188 (87,4%) eram de sífilis adquirida e 27 (12,5%) em gestantes.

Na **figura 1**, podemos observar uma diminuição de 16,3% nos números de sífilis adquirida e um aumento de 16,7% nas gestantes entre o período de 2014 a 2015. Porém, do ano de 2015 para 2016, foi constatado um aumento significativo de 89,1% nos números de casos de sífilis adquirida e 100% com relação às gestantes.

Figura 1 - Frequência de casos de sífilis no município de Mogi-Guaçu/SP no período de 2014 a 2016.

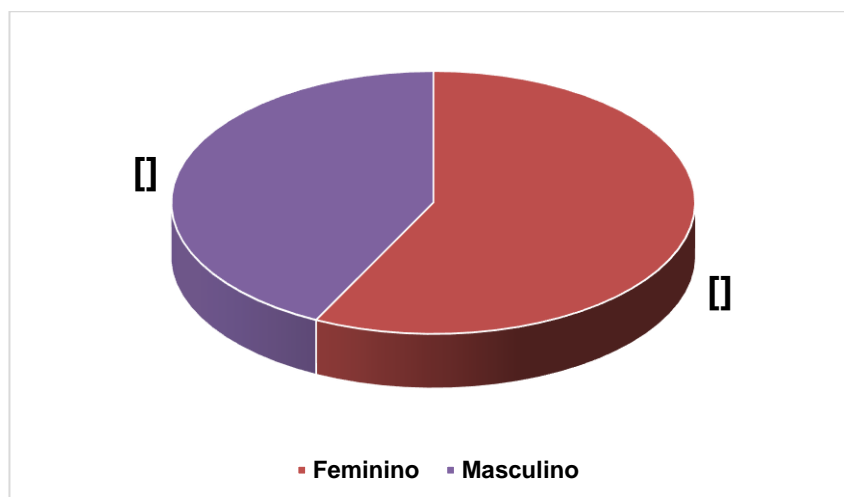


Fonte - Autor, 2017.

Com relação ao sexo dos pacientes notificados no período de 2014 a 2016, houve uma predominância de 110 (51%) casos de pacientes do sexo masculino, e 105 (49%) do sexo feminino.

No ano de 2014, observou-se que 35 (57%) dos casos são de pacientes do sexo feminino (Figura 2).

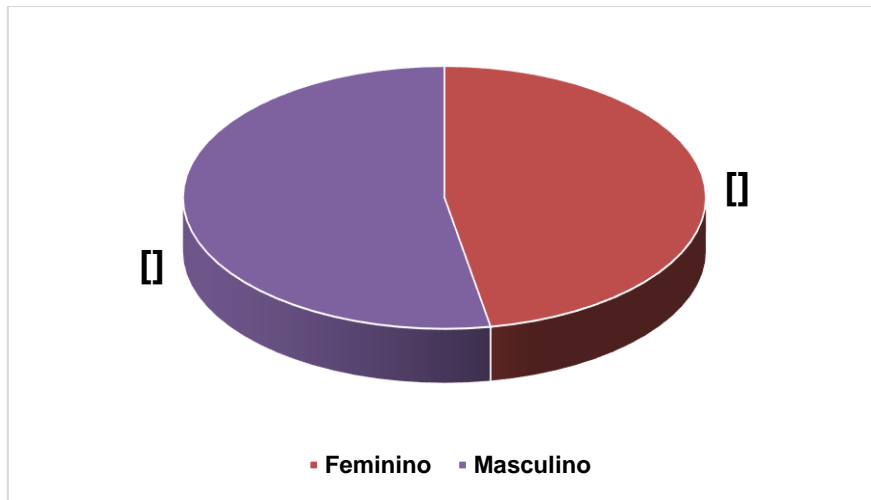
Figura 2 - Sexo dos pacientes notificados com sífilis no município de Mogi Guaçu/SP no ano de 2014.



Fonte – Autor, 2017.

Em 2015, pacientes do sexo masculino se apresentaram em maior frequência com 28 (53%) números de casos (Figura 3).

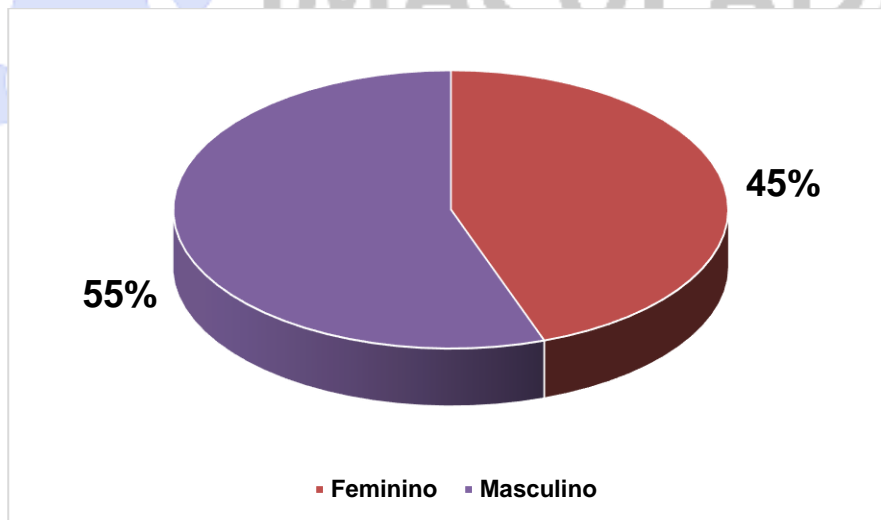
Figura 3 - Sexo dos pacientes notificados com sífilis no município de Mogi Guaçu/SP no ano de 2015.



Fonte – Autor, 2017.

Assim como em 2015, o ano de 2016 teve uma predominância de 56 (55%) dos pacientes do sexo masculino (**Figura 4**).

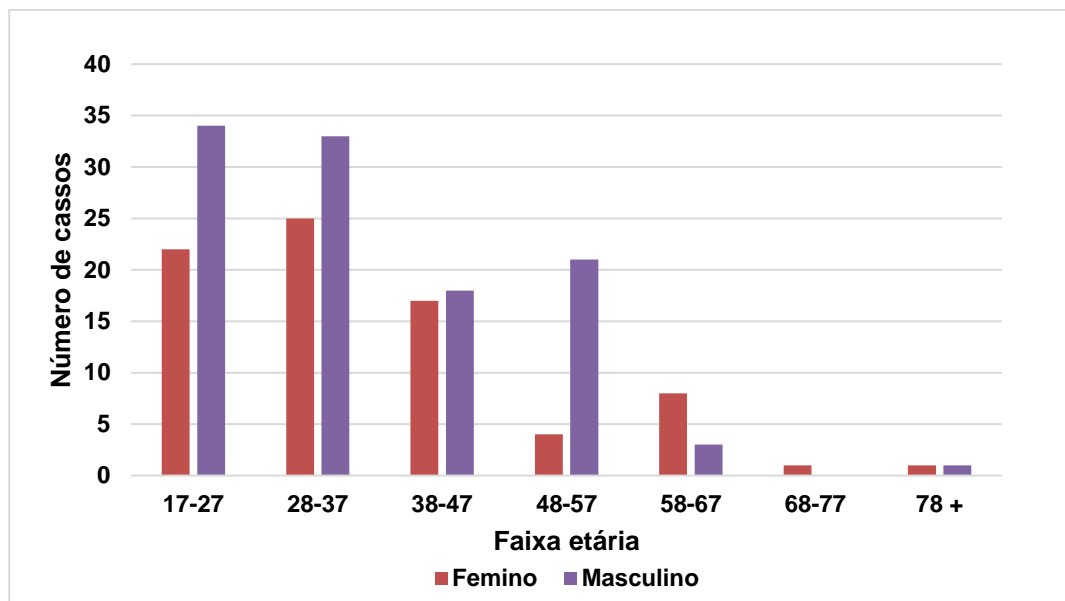
Figura 4 - Sexo dos pacientes notificados com sífilis no município de Mogi Guaçu/SP no ano de 2016.



Fonte – Autor, 2017.

Com relação a faixa etária dos pacientes, observou-se uma variação de 17 a 78 anos de idade, onde pacientes do sexo feminino se apresentaram em sua maioria (32%), na faixa etária de 28 a 37 anos, e pacientes do sexo masculino uma predominância (30,9%) na faixa etária de 17 a 27 anos de idade (**Figura 5**).

Figura 5 - Faixa etária dos pacientes notificados com sífilis no município de Mogi Guaçu/SP no período de 2014 a 2016.



Fonte - Autor, 2017.

4 DISCUSSÃO

A sífilis pode causar complicações graves a homens e mulheres de diferentes faixas etárias, e atualmente foi decretada pelo Ministério da Saúde como uma epidemia nacional, que vem aumentando os números de casos no Brasil nos últimos anos e se tornando um grande problema de saúde pública. A carência de informações acerca da sífilis é notória, e seu desconhecimento torna o problema das doenças sexualmente transmissíveis ainda maiores (CAVALCANTE et al., 2012).

No Brasil, a sífilis apresenta-se como uma doença em ascensão: cerca de 900 mil novas ocorrências dessa infecção são registradas a cada ano. Estima-se que 3,5% das gestantes no Brasil sejam portadoras da doença. O risco de transmissão vertical do *Treponema pallidum* encontra-se entre os 50 e os 85% e as taxas de mortalidade perinatal chegam a 40% (HOLANDA et al., 2011).

De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2016), no período de 2010 a 2015 foi possível observar um grande aumento nos números de casos de sífilis no Brasil, se destacando a sífilis adquirida que em 2010 apresentou 1.249 casos, e em 2015 apresentou 65.878 casos, um aumento de mais de 5.000%. Em gestantes foram notificados um total de 169.546 casos no período de 2005 a junho de 2016. Podendo observar que na série de casos de sífilis notificados 60,1% são homens e 55,6% dos casos eram da faixa etária de 20 a 39 anos.

A notificação de casos de sífilis na gestação aumentou no estado de São Paulo (152 casos em 2005 para 1.709 em 2009), assim como o número de municípios notificantes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2011).

Segundo o Boletim Epidemiológico de DST/Aids do Estado de São Paulo (2013), no estado de São Paulo os números passaram de 2,1% na taxa de detecção (a cada 100 mil habitantes) em 2010, para 75,6% (a cada 100 mil habitantes) no ano de 2016. Na capital de São Paulo, os números cresceram de 661 casos em 2007, para 4.889 casos em 2013. Já na Região de Campinas foram registrados 340 casos de sífilis no ano de 2007, e 690 casos no ano de 2013, mostrando que a sífilis vem aumentando significativamente ao longo dos anos.

Os resultados gerados no presente trabalho reforçam alguns dos resultados obtidos em outros estudos. Foi possível verificar um aumento significativo em ambas as sífilis, principalmente a adquirida, no município de Mogi Guaçu/SP, entres os anos de 2015 e 2016 (**Figura 1**), assim como houve aumento no Brasil e em alguns municípios do estado de São Paulo, constatado em estudos anteriores citados acima. Com relação a faixa etária e sexo, os resultados também foram satisfatórios. Seguindo a tendência do Brasil (**Figuras 2, 3 e 4**), em 2014 as ocorrências de sífilis eram maiores no sexo feminino, porém, a maioria dos casos nos anos de 2015 e 2016 foram em pacientes do sexo masculino e 61% no geral, se apresentavam na faixa etária de 17 a 37 anos de idade (**Figura 5**).

Quando comparado às mulheres, a maioria dos homens são displicentes com a sua saúde, sendo a procura dos serviços de saúde o último recurso, quando já estão debilitados. Ao considerar que, na maioria das vezes, a sífilis é diagnosticada pelo rastreamento das mulheres, em particular das gestantes, pode-se atribuir o aumento da sífilis no sexo masculino também à falta de tratamento e procura do mesmo aos serviços de saúde, trazendo consequências para os parceiros sexuais e dificultando a cura da doença (VEIGA; SILVA, 2016).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2016), o aumento nos números de casos de sífilis se deve principalmente a não utilização dos preservativos em todas as relações sexuais como formas de prevenção; a infecção pode ficar sem apresentar sintomas durante muitos anos, permanecendo as pessoas infectadas e transmitindo a doença; diagnóstico tardio que se deve à falta de sintomas e o desconhecimento da população quanto a disponibilidade dos exames na rede; tratamento inadequado dos casos ou não tratamento de parceiros proporcionando a reinfecção; falta nacional no mercado da Penicilina Benzatina por um período entre 2014/2015, fazendo com que muitos pacientes e seus parceiros ficassem sem tratamento; não realização dos exames de pré-natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (1º e

3º Trimestre da gestação), no momento do parto ou abortamento, ocasionando a sífilis em gestantes e a sífilis congênita.

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005 e estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto (MAGALHÃES et al., 2011).

Especialmente por ser uma doença com tratamento de baixo custo e fácil acesso, é evidente que é necessário que os serviços de saúde repensem o desenvolvimento de ações de conscientização e prevenção para a sífilis, para se ter a cura e o controle da doença (TABISZ et al., 2012).

5 CONCLUSÃO

Concluiu-se que a frequência de casos de sífilis no município de Mogi Guaçu/SP no período de 2014 a 2016 foi de 215 casos notificados, tendo um aumento significativo de 89,1% na sífilis adquirida, e 100% com relação às gestantes entre os anos de 2015/2016, onde houve predominância de 51% de pacientes do sexo masculino, e 61% com faixa etária entre 17 a 37 anos de idade em ambos os sexos.

Os resultados desse trabalho são de extrema relevância para o município, se for levado em consideração que o conhecimento acerca da sífilis e seu aumento, não apenas em Mogi Guaçu, mas em todo o Brasil, serve de parâmetro para ações em prol da população e da saúde do país.

É necessário que os serviços de saúde envolvam a população em geral em campanhas onde mostrem a importância dos métodos de prevenções para a erradicação da sífilis. E além disso, invistam em mais informações sobre a doença para a população através de panfletos, cartazes, palestras, e outros diversos meios deixando claro que a presença de infecções como a sífilis aumenta o risco de se adquirir e transmitir outras IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.81, n.2, p.111-126, 2006.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, C. R. T. DST/AIDS. C.V.E. Boletim Epidemiológico. **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**, 2013.

CAVALCANTE, A. E. S. et al. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.24, n.4, p.239-245, 2012.

CONITEC. Testes para diagnóstico da Sífilis. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**, 2015.

FACCO, A. et al. Sífilis: um saber necessário para quem luta pela vida, seres que cuidam e que são cuidados. **Disciplinarum Scientia. Série Ciências biológicas e da saúde**, Santa Maria, v.3, n.1, p.61-72, 2002.

HOLANDA, M. T. C. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.20, n.2, p.203-212, 2011.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico Sífilis 2016**, Distrito Federal, v.47, n.35, p.5-29, 2016. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diagnóstico da sífilis. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, 2014a. Disponível em:
<http://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22192/mod_resource/content/1/S%C3%ADfilis%20-%20Manual%20Aula%201.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Testes rápidos para sífilis. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, 2014b. Disponível em:
<http://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2017.

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.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v.45, nº4, p.812-815, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista Saúde Pública**, v.42, nº4, p.768-720, 2008.

SILVA, A. C. Z.; BONAFÉ, S. M. Sífilis: uma abordagem geral. **VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**, Maringá, 2013.

TABISZ, L. et al. Sífilis, uma doença reemergente. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v.14, n.3, p.165-172, 2012.

VEIGA, M. B. A.; SILVA, L. R. Sífilis no homem: Lacuna para atuação do enfermeiro. **UNIRIO**, 2016.



IMACULADA

FACULDADES MARIA IMACULADA