

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO-
UNIVASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EXTENSÃO RURAL-
PPGExR**

IONÁRIA RÉGIA DE SOUZA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS EM PETROLINA-PE

**JUAZEIRO-BA
2021**



IONÁRIA RÉGIA DE SOUZA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS EM PETROLINA-PE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural da Universidade Federal do Vale do São Francisco, como pré-requisito à obtenção do título de Mestre em Extensão Rural.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Jaciane de Almeida Campelo.

Coorientadores: Prof^o. Dr^o. Pedro Pereira Tenório,

Prof^a. Dr^a. Alda Maria Justo.

JUAZEIRO-BA
2021

	Souza, Ionária Régia de
S729p	Perfil epidemiológico de sífilis em Petrolina-PE / Ionária Régia de Souza. – Juazeiro-BA, 2021. xi, 68 f.: il. ; 29 cm.
	Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Extensão Rural) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Espaço Plural, Juazeiro-BA, 2021.
	Orientador (a): Prof ^a . Dra. Maria Jaciane de Almeida Campelo.
	1. Epidemiologia 2. Sífilis - Petrolina (PE). 3. Doenças sexualmente transmissíveis.. I. Título. II. Campelo, Maria Jaciane de Almeida. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco
	CDD 614.4

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Biblioteca SIBI/UNIVASF
Bibliotecário: Renato Marques Alves- CRB 5/1458.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO-
UNIVASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EXTENSÃO RURAL-
PPGExR**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ionária Régia de Souza

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS EM PETROLINA - PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Extensão Rural, nível Mestrado Profissional, na Linha de Pesquisa: Instituições Sociais e desenvolvimento territorial, como requisito da obtenção do título de Mestre em Extensão Rural.

Aprovada em: 20 de agosto de 2021

Banca Examinadora



Prof^a. Dr^a. Maria Jaciane de Almeida Campelo - Univasf



Prof. Dr. René Geraldo Cordeiro Silva Junior - Univasf



Prof^a. Dr^a. Maria Cilene Freire de Menezes- Univasf

Dedico este trabalho a todos que poderão se beneficiar com ele: estudantes, profissionais de saúde e pacientes. E a todos que me ajudaram, me inspiraram, estiveram comigo e torceram para que eu concluísse mais esta etapa de minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a espiritualidade, que me fortalece e me orienta.

À minha mãe, Cícera Maria de Souza, que me serve de exemplo na vida, como mãe, educadora e ser humano. À minha filha, Maria Gabriela, que é minha amiga e companheira. Aos meus irmãos de ventre materno, que têm sido meus companheiros nesta jornada e junto com nossa mãe são meu alicerce. À minha tia Lina e a meu padrasto Amilton, que são amigos e também pilares nesta jornada.

Aos colegas de trabalho: Anderson, João Bosco (Boskim), Hélio, Geisa, Dione, Káthia, Luzaní, Aparecida (Cidinha), Dorivâna, Jucilene, Socorro e Carlos representantes de muitos outros, que no Programa Municipal de combate às ISTs/HIV/HV de Petrolina, foram não só amigos e parceiros, mas, meus professores na linda missão de colaborar com a saúde da população a partir deste Programa.

À Dona Marlene Leandro dos Santos Peixoto e Miguel dos Santos Nascimento, que foram mais que coordenadores na Secretaria de Saúde, foram amigos e apoiadores.

A Francisco J.F. Araujo (Chiquinho) e Maria Cilene F. de Menezes, professores, incentivadores e inspiração não só para vida profissional, mas também exemplo de humanidade.

Aos colaboradores, Geandson Lustosa, Thiago Cruz, Ambrosia Sueli e Matheus Cruz.

Aos meus companheiros do mestrado, uma nova família, que a espiritualidade me permitiu (re)encontrar, em nome destes irmãos: Antônia Irismar (Íris), Caique Barbosa, Gustavo (Guga), Jalane Maia, Janaina, Jussara Kambiwá, Karla Amariz, Paulo-Paulinho (In memória), Sheina Campos e Sheila Feitosa, agradeço à minha linda turma.

Aos meus orientadores Pedro Tenório, Jaciane Campelo e Alda Justo. Agradeço a paciência e as colaborações.

Aos professores do curso: Monica Tomé, Paulo José, João Alves, Vanderlei Carvalho, Nilton Araújo, Marcelo Santos, Helder Freitas e José F.S. Junior pelos esforços, transmissão de conhecimento e apoio.

Ao Professor Denes Vieira e à professora Marcia Bento, por todo apoio que, para mim, foi muito além do trabalho de coordenadores.

À professora Lucia Marisy Oliveira, que um dia sonhou com o Espaço Plural e junto com outros professores da UNIVASF, criou além de um espaço físico, um espaço de aprendizagem, buscando colaborar na formação de profissionais mais humanos, dedicados a todas as populações e sensíveis às suas vulnerabilidades.

Obrigada!

RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, conhecida a cerca de centenas de anos e que possui diagnóstico e tratamento bem conhecidos e de fácil acesso pelo SUS. No entanto, é considerada epidemia desde 2016. Entre as suas manifestações clínicas estão manchas pelo corpo, neuro sífilis e outros problemas sistêmicos. Em grávidas pode levar ao abortamento ou diversas sequelas graves no bebê. As populações que apresentam mais vulnerabilidades para esta doença, está a população rural, por diversos motivos, principalmente a distância dos grandes centros, ter menor acesso aos serviços públicos, incluindo os de saúde. Em vista disto, esta pesquisa teve o objetivo de realizar um estudo sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos casos de Sífilis adquirida e gestacional na cidade de Petrolina-PE, entre janeiro de 2017 até dezembro de 2019. A coleta de dados ocorreu por análise documental, nas fichas de notificação arquivadas nos serviços de vigilância epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde. O estudo ocorreu respeitando o direito de sigilo dos pacientes. Os resultados revelaram 853 casos de sífilis não congênita em Petrolina, sendo 61,9% de Sífilis adquirida e 38,1% de Sífilis gestacional, onde a maior parte da população notificada para sífilis é do sexo feminino, jovem, com baixa escolaridade e afrodescendente. Dos casos de sífilis gestacional, a maioria foi detectada tardiamente no terceiro trimestre. Também foram encontrados muitos dados não informados sobre questões clínicas e sociais. Ainda assim, os dados coletados contribuíram para traçar um perfil epidemiológico da população notificada para este agravo na cidade e norteou o desenvolvimento de um Sistema de Gerenciamento para Casos de Sífilis.

Palavras-chave:

DST/IST. Doenças sexualmente transmissíveis. Populações. Vulnerabilidade. Saúde pública.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection, known for about hundreds of years and that has a well-known diagnosis and treatment that is easily accessible by the SUS. However, it has been considered an epidemic since 2016. Among its clinical manifestations are patches throughout the body, neuro syphilis and other systemic problems. In pregnant women it can lead to miscarriage or several serious sequelae in the baby. The populations that are more vulnerable to this disease are the rural population, for various reasons, especially the distance from major centers, having less access to public services, including health. In view of this, this research aimed to carry out a sociodemographic and clinical-epidemiological study of cases of acquired and gestational Syphilis in the city of Petrolina-PE, between January 2017 and December 2019. Data collection took place through document analysis, in the notification forms filed in the epidemiological surveillance services at the Municipal Health Department. The study was carried out respecting the patients' right to confidentiality. The results revealed 853 cases of non-congenital syphilis in Petrolina, 61.9% of acquired syphilis and 38.1% of gestational syphilis, where most of the population notified for syphilis is female, young, with low education and of African descent. Of the cases of gestational syphilis, most were detected late in the third trimester. A lot of uninformed data on clinical and social issues were also found. Even so, the data collected helped to draw an epidemiological profile of the population notified of this disease in the city and guided the development of a Management System for Syphilis Cases.

Keywords: STD/IST. Sexually Transmitted Diseases. Populations. Vulnerability. Public health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
FTA-abs.	Anticorpo Treponêmico Fluorescente adsorvido
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HV	Hepatites Virais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSIOCF	Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SES	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Teste Rápido
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory (laboratório de pesquisas de doenças venéreas)
UBS	Unidade Básica de Saúde
EU	Membros da União Europeia

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Casos de Sífilis não congênita, notificadas entre os residentes, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019, por zona de residência.....	35
Gráfico 2- Homens e mulheres notificados para Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, entre 2017 e 2019, distribuídos por zona de moradia	37
Gráfico 3- Distribuição de escolaridade de residentes notificados para Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019.	38
Gráfico 4- Distribuição de raça/cor dos residentes notificadas para Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019	38
Gráfico 5- Distribuição de ocupação das gestantes residentes notificadas para Sífilis em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019	38
Gráfico 6- Distribuição do número de pessoas, residentes, notificadas para a Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019.....	40
Gráfico 7- Distribuição de local de notificação para a Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019.....	41
Gráfico 8- Observação de testes treponêmicos pelas gestantes notificadas para a Sífilis em em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização do número e percentual de casos de sífilis adquirida e gestacional por zona de residência. Petrolina-PE, 2017-2019	32
Tabela 2- Número e percentual de falhas no preenchimento da ficha de sífilis adquirida e gestacional por zona de residência e principais variáveis. Petrolina-PE, 2017-2019	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Cancro duro, sífilis primária

Figura 2- Lesões de pele, sífilis secundária

Figura 3- Lesões de pele, sífilis secundária.

Figura 4- *Treponema pallidum*, em campo escuro

Figura 5- Teste Rápido de Sífilis

Figura 6- Teste Rápido de Sífilis

Figura 7- Local de estudo, Petrolina-PE

Figura 8- Página inicial do Sistema de Gerenciamento de Casos de Sífilis

Figura 9- Página de paciente

Figura 10- Página de usuário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 SÍFILIS UMA DOENÇA DE MIL FACES	14
2.2 TESTES DIAGNÓSTICOS	17
2.3 PREVALÊNCIA DE SÍFILIS	20
2.4 VULNERABILIDADE PARA SÍFILIS	22
2.4.1 Populações no campo e vulnerabilidade para sífilis	24
3 PERGUNTA DE PESQUISA	26
4 OBJETIVOS	26
4.1 GERAL	26
4.2 ESPECÍFICOS	26
5 MATERIAL E MÉTODOS	27
5.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
5.2 TIPO DE ESTUDO	27
5.3 LOCAL DE ESTUDO.....	27
5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	29
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
5.5.1 Critérios de inclusão	29
5.5.2 Critérios de exclusão	29
5.6 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	30
5.6.1 Fonte de dados	30
5.6.2 Análise dos dados	31
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6.1 CASOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA E GESTACIONAL NOTIFICADOS EM PETROLINA ENTRE 2017 E 2019.....	32
6.1.1 ACHADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-EPIDEMOLÓGICOS ENTRE RESIDENTES	32
6.1.2 DADOS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICOS ENTRE RESIDENTES	35

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
8 PRODUTO DA PESQUISA.....	47
8.1 SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS SÍFILIS.....	47
APÊNDICE A	60
APÊNDICE B	61
ANEXOS A.....	62
ANEXOS B.....	63

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) em destaque no quadro epidemiológico nacional, uma IST das mais antigas da humanidade, causada pela bactéria *T. pallidum*, que pode apresentar várias manifestações clínicas nos seus diferentes estágios. É transmissível na relação sexual sem preservativo, no compartilhamento de materiais perfurocortantes, da mãe infectada para a criança durante o período gestacional ou no parto, podendo causar abortamento, cegueira, surdez, deficiência mental e outras diversas malformações no feto. Não existe vacina contra a Sífilis e a infecção pela bactéria não confere imunidade protetora, no entanto, é uma infecção curável com acesso para o diagnóstico e tratamento gratuitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008; PIRES et al., 2014).

A notificação de Sífilis congênita é compulsória desde 1998, em gestantes a partir de 2005 e a notificação de Sífilis adquirida (que não envolve a Sífilis congênita e nem a sífilis gestacional), desde 2010. Em parturientes a incidência de Sífilis é quatro vezes maior que a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Assim como outras IST, a Sífilis é de fácil prevenção, principalmente pelo uso do preservativo e de fácil tratamento, mas a interrupção da transmissão e da reinfecção torna-se difícil devido à falta de informação sobre esta doença e a não testagem e/ou tratamento das parcerias sexuais (BRASIL, 2010; COUTINHO, 2017; ANDRADE; JERALDO, 2021).

Pernambuco é um dos estados onde a cada dia surgem novos casos, o que segundo funcionários da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) é apenas “a ponta de um iceberg”. Há possibilidade de existir muitos outros casos, porém se faz necessário testar e tratar mais pessoas. E Segundo François Figueiroa do Programa de IST, o monitoramento e tratamento da Sífilis é focado na doença congênita e no pré-natal e esqueceu-se da população em geral, sendo necessário englobar todos e ampliar a capacidade diagnóstica para detecção de novos casos (COUTINHO, 2017).

As IST atingem diversos segmentos populacionais como: casais heterossexuais, homossexuais, HSH, mulheres, idosos e crianças. Sua propagação mais recentemente tem sido vista como produto de fatores político-econômicos e socioculturais, pois dependem de políticas públicas tanto para os tratamentos, como ações de prevenção e orientação, mas também de questões mais sensíveis e íntimas das relações de cada família ou comunidade. A princípio, acompanhando os casos de

HIV, as IST eram consideradas doenças urbanas, já que a maior parte da população vive nestas áreas das cidades, e que a dinâmica destas infecções depende de relações multipessoais. Com um movimento de interiorização e não propriamente de “ruralização”, ocorre o aumento das IST também na zona rural (ALVES, 2003; CRUZ et al., 2013; PAGOTTO et al., 2004).

Quais características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas, são mais frequentes em pessoas com sífilis nas populações rurais e urbanas na cidade de Petrolina?

Um estudo socioepidemiológico dos casos notificados pode ajudar a identificar possíveis fatores de vulnerabilidade, para a contaminação deste agravo nas populações em Petrolina, fornecendo dados para ações mais específicas no diagnóstico, tratamento e prevenção da infecção nestas populações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SÍFILIS UMA DOENÇA DE MIL FACES

Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *T. pallidum*, pode apresentar manifestações como: manchas na pele, lesões em órgãos internos e nas gestantes pode provocar aborto, morte dos recém nascidos e mal formações graves nas crianças ou mesmo deixar sequelas para vida toda (PEELING et al., 2017). É uma infecção de fácil diagnóstico e curável, mas que causa graves problemas ainda nos dias atuais, pois não confere imunidade e considerada epidemia no Brasil desde 2016 (BRASIL, 2018).

Conhecida desde o fim do século XV, a origem da Sífilis não é bem definida. Existem várias crenças que deram origem a diversos nomes, como o mal espanhol, mal italiano ou mal francês. A doença foi relacionada com as viagens ao novo mundo, levada à Europa por marinheiros e que poderia ser adaptações sofridas por espécies de treponemas endêmicos do continente africano (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O termo Sífilis foi cunhado de um poema escrito em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus* (“A Sífilis ou Mal Gálico”), que narra a história de Syphilus, um pastor que amaldiçoou o Deus Apolo e foi punido com o que seria a doença Sífilis. Em 1546, Fracastoro sugeriu que a doença fosse transmitida na relação sexual por pequenas sementes que chamou de *Seminaria contagionum* (infecções de viveiros). Tal hipótese não foi levada em consideração e somente no final do século XIX, com Louis Pasteur, esta hipótese passou a ter relevância, devido à descoberta dos microrganismos (PIRES et al., 2014).

A Sífilis se disseminou rapidamente por toda Europa tornando-se uma das principais pragas mundiais, inicialmente relacionada com a influência dos astros, ao qual estariam submetidos os órgãos sexuais. O que teria sido fundamental para fixar o seu carácter sexual ou venéreo. Depois considerada como castigo oriundo dos pecados da carne, tanto que por muito tempo, qualquer doença relacionada ou que atingisse os órgãos sexuais eram considerada Sífilis ou um dos sintomas desta moléstia. No século XIX perdeu o seu carácter místico-religioso e passou a ser considerada realmente uma doença e segundo Carrara (1996), foi Philippe Ricord o principal responsável por distingui-la de outras doenças venéreas (BENZAKEN, 2009; CARRARA, 1996).

Na transição dos séculos XIX e XX, muitos médicos e cientistas identificaram os agentes causadores de diversas doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a bactéria *T. pallidum* descoberta por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann, em 1905. Tal descoberta contribuiu decisivamente para novas práticas terapêuticas, passando pelo uso do mercúrio (Hg), sal de arsênico (AsO_4^{3-}), bismuto (Bi) até o advento da penicilina descoberta por Alexandre Fleming em 1928 e usada contra a Sífilis na década de 1943 por John Mahoney, sendo o tratamento mais eficaz até os dias atuais (CARRARA, 1996).

Ainda em meados do século XIX se questionava o caráter universal da Sífilis por atingir sem distinção homens, mulheres, crianças, idosos, de todas as raças, classes e credos (CARRARA, 1996). O seu caráter ubíquo, onde se observava suas fases e suas mais variadas formas de manifestações clínicas como cancros, dermatites, doenças cardíacas, ósseas e cerebrais. No documentário da TV Brasil, Caminhos da Reportagem, A Sífilis foi chamada de “Doença de Mil Faces”, devido a essa característica de ter muitas manifestações diferentes (TV Brasil, 2017).

Também se questionava os meios de transmissão, pelo sangue, por secreções das lesões (manchas avermelhadas ou pequenos caroços) e materno-infantil, ou seja, transmitido da mãe para o filho na gestação ou durante o parto. A forma de transmissão foi, então, comprovada por exames laboratoriais realizados por Schaudinn em 1905, Wassermann em 1906, Noguchi e Moore em 1913, com testes responsáveis pela identificação da bactéria *T. pallidum* causadora da Sífilis e sua presença nas lesões e no cérebro e pelos testes sorológicos que identificaram as alterações no sangue causadas pela contaminação com a *T. pallidum* (BENZAKEN, 2009; CARRARA, 1996).

Inicialmente havia a crença de que a Sífilis também fosse hereditária. Carrara (1996), usando os relatos de pesquisadores e eugenistas como Eduardo Rabelo e Renato Kehl, fez uma descrição detalhada de como a Sífilis atingia os descendentes de sífilíticos (pessoas portadoras da Sífilis). Entre as décadas de 1910 e 1930, pesquisadores usando os testes de Wassermann (1906 *apud* CARRARA 1996), revelaram, que a Sífilis não estaria presente no esperma ou nos óvulos. Com a descoberta da molécula do ácido desoxirribonucleico (DNA), também no início do século XX, foi refutada a hipótese que a Sífilis pudesse ser hereditária. No entanto, com os exames de Wassermann (1906 *apud* CARRARA 1996) foi possível mostrar

que mães aparentemente livres da Sífilis e tinham filhos sífilíticos, eram portadoras da doença (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BENZAKEN, 2009; CARRARA, 1996).

A Sífilis é uma doença só, mas é classificada em tipos, de acordo com público prioritário e com as normas de notificação estabelecidas ao longo dos anos: Sífilis congênita (notificação obrigatória a partir de 1986) ocorre em recém-nascidos de mães com Sífilis na hora do parto e cujos exames também dê reagente, sendo Sífilis congênita precoce (do nascimento aos 2 anos de idade) e congênita tardia (após os 2 anos de idade); Sífilis gestacional (notificação obrigatória a partir de 2005) – ocorre em mulheres grávidas, independente de idade ou período gestacional; e Sífilis adquirida (notificação obrigatória a partir de 2010) – se apresenta em homens e mulheres (não grávidas), sendo jovens e adultos (BRASIL, 2016; CASERTA, 2015).

Além da classificação por público atingido, a Sífilis também é dividida em estágios e possui quatro classificações clínicas ou fases: Sífilis recente (primária, secundária e latente recente), identificada até o primeiro ano de evolução; e Sífilis tardia (latente tardia e terciária), com mais de um ano de evolução (BRASIL, 2016).

Na fase primária surge um cancro no local da inoculação, cerca de três semanas após a infecção. O indivíduo apresenta geralmente lesão única na região por onde a bactéria penetra no organismo, geralmente na região genital, anal e oral, no caso das mulheres, tanto nas áreas externas quanto internas da vagina, podendo ocorrer também nas mamas. Algumas vezes aparece uma reação ganglionar localizando-se na região genital. Normalmente as lesões são indolores, sem manifestações inflamatória, com bordas endurecidas, sem secreções e recobertas por um material seroso. Ela regride espontaneamente em período que, varia de quatro a cinco semanas sem deixar cicatriz. A fase primária pode também ser assintomático e muitas vezes não é referido. Depois de alguns meses se não tratado na fase inicial, surge o quadro secundário, ou segunda fase (BENZAKEN, 2009).

Tal quadro se manifesta com lesões cutâneas, linfadenopatia generalizada, máculas de cor eritematosa e envolvimento ocular, hepático e neurológico. Sua sintomatologia geral é discreta e variada: mal-estar, astenia, anorexia, febre baixa, cefaleia, meningismo, artralguas, mialgias, faringite, rouquidão, hepatoesplenomegalia, síndrome nefrótica, glomerulonefrite e otites. Pode passar por uma fase de latência, na qual o indivíduo não tem sintomas aparente, mas permanece infectado e é capaz de infectar outras pessoas. Caso a infecção não seja tratada, após

um ano ou mais, apresenta-se com manifestação cardiovascular, óssea e neurológica, a neurosífilis, sendo esta, a sífilis terciária (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Figura -1 Cranco duro, sífilis primária.



Fonte: CDC, 2016.

Figura -2 lesões de pele, sífilis secundária



Fonte: CDC, 2016.

Figura -3 lesões de pele, sífilis secundária



Fonte: CDC, 2016.

Figura -4 *T. pallidum*, em campo escuro.



Fonte: CDC, 2016.

2.2 TESTES DIAGNÓSTICOS

A infecção da Sífilis pode ser diagnosticada unindo-se os sinais e sintomas com exames laboratoriais, no entanto, como muitas vezes as pessoas não têm sintomas aparentes, ou seja, estão na fase de latência, são diagnosticadas através dos exames laboratoriais.

Para o diagnóstico da Sífilis são utilizados os exames: direto, que identifica a bactéria *T. pallidum* por microscopia e consiste em um exame em campo escuro e pesquisa direta com material corado. Neste caso, é usado material retirado diretamente das lesões ou órgãos e podem ser identificados antes do período de

soroconversão; Os testes imunológicos, podem ser treponêmicos, ou seja, quando identificam anticorpos específicos para Sífilis e os não treponêmicos, que identificam anticorpos não específicos para Sífilis, mas estão presentes quando o indivíduo está infectado pelo *T. pallidum*. A detecção dos anticorpos treponêmicos varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com a resposta imunológica, podendo ser detectados a partir de dez dias do aparecimento da lesão primária da Sífilis (BRASIL, 2015; PIRES, et al., 2014).

Em 1946, com a padronização dos novos antígenos purificados, foi desenvolvida a técnica de diagnóstico *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL- Laboratório de Pesquisas de Doenças Venéreas), usada até hoje. Tal técnica é baseada em métodos qualitativos (reagente ou não reagente) e quantitativos (titulação), sendo importante para o controle de cura, comparando os títulos periodicamente. Também em 1946, o teste de imobilização do *T. pallidum* (TPI) foi desenvolvido como resultado da descoberta de que o soro de um paciente com a doença inibia a mobilidade dos treponemas, sendo este o primeiro teste de detecção de anticorpos antitreponema (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Entre os testes não treponêmicos, o VDRL apresenta boa especificidade e sensibilidade em qualquer estágio da Sífilis, apresenta menos tempo para o resultado, e é o único que pode usar amostra de líquido cefalorraquidiano (LCR), além do soro. Há limitações quanto ao uso dos testes não treponêmicos. Quando há grande produção de anticorpos, podem ocorrer resultados falso-negativos em decorrência do fenômeno de prozona (quando há grande quantidade de anticorpos produzidos pelo doente, não permitindo a formação de complexos antígeno-anticorpo). Devendo ser testada pura e na diluição 1:8. E podem apresentar resultados falso-positivos devido a fatores como, gravidez, após vacinação, idade avançada, hepatites, lúpus eritematoso sistêmico, hanseníase e outras infecções.

Em 1957, Deacon descreveu a reação Anticorpo Treponêmico Fluorescente (FTA). Este teste passou por aprimoramentos e em 1964, se tornou uma reação mais específica, o Anticorpo Treponêmico Fluorescente adsorvido (FTA-abs). O FTA-Abs é o primeiro a apresentar resultado reagente após a infecção. Neste teste são usados antígenos treponêmicos para identificar anticorpos específicos como IgM e IgG (imunoglobulina de infecção aguda e crônica, respectivamente). O IgG pode permanecer reagente por toda a vida da pessoa, independentemente da cura. Apenas 1% da população apresenta resultados falso-positivos para os testes treponêmicos,

geralmente os portadores da doença de Lyme (BRASIL, 2016; OLIVEIRA, 2011; VASCONCELOS et al., 2012).

Em 1965, Rathlev usou a técnica de hemaglutinação indireta ou passiva, que foi mais tarde aprimorada por Tomizawa e sua equipe. Na década de 1970, ocorreu o desenvolvimento do teste imunoenzimático, *Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay* (ELISA). No início da década de 2000 foram desenvolvidos os testes de quimioluminescência com antígenos recombinantes de *T. pallidum*. Recentemente, foram desenvolvidos os Testes Rápidos (TR), a maioria deles baseados na técnica de imunocromatografia de fluxo lateral, que permitem detectar rapidamente, em até 30 minutos, os anticorpos treponêmicos e podem ser utilizados em locais sem uma infraestrutura laboratorial, podendo ser realizados em qualquer lugar (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Os Testes Rápidos treponêmicos utilizam como amostras, o sangue total obtido por punção digital ou punção venosa, soro ou plasma. Com a vantagem de possibilitar a liberação dos resultados e a assistência ao paciente em uma única consulta. Esses testes utilizam antígenos do *T. pallidum* e um conjugado composto por antígenos recombinantes de *T. pallidum* que são ligados a um agente revelador. No dispositivo de teste existe uma região denominada de T (Teste), e outra região denominada de C (Controle). Se os anticorpos anti-*T. pallidum* estiverem presentes na amostra, eles se ligarão ao conjugado e migrarão cromatograficamente até a região de “Teste”, onde surgirá uma linha colorida. O MS adquire e distribui tais testes rápidos de Sífilis para todo o Brasil, além de estabelecer os critérios de sensibilidade e especificidade (BRASIL, 2016).

Figura -5 Teste Rápido de Sífilis



Fonte. FIOCRUZ, 2019.

Figura -6 Teste Rápido de Sífilis



Fonte. TELELAB, 2019

A Sífilis pode ser tratada através do manejo sindrômico das IST, recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), considerando a prevenção combinada, que envolve a triagem e tratamento das pessoas com IST e de suas parcerias sexuais, a fim de interromper a cadeia de transmissão, prevenindo outras infecções e possíveis complicações. Neste aspecto destacam-se a importância dos Testes Rápidos (TR) e dos exames laboratoriais, como o FTA-abs e do VDRL, os mais usados no Brasil e indicados nos fluxogramas de Sífilis, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020).

2.3 PREVALÊNCIA DE SÍFILIS

Os estudos epidemiológicos e sociodemográficos merecem destaque para as áreas médicas, pois podem contribuir na identificação dos números de casos, grupos de risco, principais situações de vulnerabilidade, populações, principais formas de transmissões das doenças, contribuindo, como consequência, com as políticas públicas de prevenção, manejo e tratamento (BARATA, 2013; GUERRERO, 2019; JANNUZZI, 2018).

Entre as doenças monitoradas pelos serviços de epidemiologia, está a Sífilis, que devido a sua forma de contaminação está associada a outras IST, e pode levar a graves sequelas principalmente na Sífilis gestacional e congênita. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que anualmente surjam 376 milhões de novos casos das quatro IST – clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis, que mais acometem a população mundial diariamente no mundo. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2019), em 2016 foram registrados 6,3 milhões de casos de Sífilis. Em 2015 foram notificados 28.701 casos de Sífilis em 29 Estados Membros da União Europeia (UE). Nos Estados Unidos da América (EUA) Em 2019, foram notificados 129.813 casos de todas as fases da sífilis. As taxas aumentaram entre homens e mulheres, em todas as regiões dos Estados Unidos e entre todos os grupos de etnia racial (CDC, 2019; ECDC, 2018; OPAS, 2019; WHO, 2017).

Em janeiro de 2014 foi divulgado um estudo na Carolina do Norte nos EUA, sobre gonorreia e Sífilis em áreas rurais, em comparação com áreas urbanas. Para Sífilis primária e secundária foram utilizados dados de incidência entre 1 de janeiro de

1999 a 31 de dezembro de 2010. Foram identificadas 80% dos casos nos centros urbanos e 20% nas áreas rurais (GESINK et al., 2014).

Um levantamento publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aponta um aumento nos casos de Sífilis congênita na América Latina e no Caribe, passando de 10.850 ocorrências em 2010 para 22,4 mil bebês nascidos com a doença em 2015. Na Argentina entre 2011 e 2017 os casos de Sífilis, não especificada ou Sífilis adquirida, triplicaram passando de 3.875 para 11.709. Investigadores do Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) do México divulgaram em 2015 que a Sífilis está ressurgindo entre jovens mexicanos, passando de uma prevalência de 0,08 para 3,25 casos por 100 mil habitantes, no período de 2003 a 2013, ou seja, 40 vezes mais em 10 anos (FIOCRUZ, 2017; ORTIZ et al., 2015; TÉLAM, 2018).

No Brasil os estudos realizados com Sífilis na sua maioria são sobre Sífilis gestacional ou congênita a exemplo de (DANTAS et al., 2017; MESQUITA, et al., 2012; DOMINGUES et al., 2016; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017), e quando há análise da zona de residência, a prevalência dos casos na zona urbana em relação a zona rural variou de 12 a 30% da população investigada. Segundo o Boletim Epidemiológico do ano de 2020, o número total de Sífilis adquirida notificada no Brasil, referente ao ano de 2019, foi de 152.915 casos, seguida de 61.127 casos em gestantes, 24.130 casos de Sífilis congênita e 173 óbitos também por este agravo (BRASIL, 2020).

Entre os anos de 2016 e 2017, o Nordeste foi a região do país que apresentou maior crescimento em sua taxa de detecção (TD) (47,8%). Sendo a região com as taxas de incidência maior do que as taxas de detecção em gestante. O estado de Pernambuco se destaca em ambos os anos. O que pode indicar ainda uma deficiência na prevenção, diagnóstico e tratamento precoce ao pré-natal. Ou ainda, dificuldade em relação à notificação oportuna ou subnotificação dos casos em gestantes (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

No estado de Pernambuco, entre 2011 e 2018, foram notificados 36.024 casos de Sífilis adquirida, destes, 7.795 só no ano de 2018. Ao longo dos anos, a taxa de detecção apresenta-se ascendente desde o início das notificações (2010). O que certamente contribuiu para a TD foi a implantação do teste rápido (TR), que possibilitou uma ampliação no acesso ao diagnóstico e detecção de novos casos. O estado é dividido em 12 regiões de saúde. No ranking da taxa de detecção de Sífilis adquirida segundo a Região de Saúde de residência, Petrolina encontra-se na 7ª

colocação (45,99%), juntamente com a VIII região. Em primeiro lugar se destaca a XI região com (126,90%). Esta região envolve as cidades de Igarassu, Vitória de Santo Antão, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Recife, São Lourenço da Mata e Camaragibe (SEVS, 2019).

Existem registrados para Petrolina até setembro de 2019, 1.024 casos de Sífilis adquirida, 495 de Sífilis gestacional e 599 casos de Sífilis congênita. No entanto, existe a possibilidade deste número estar fora da realidade devida à subnotificação (SEVS, 2019).

2.4 VULNERABILIDADE PARA SÍFILIS

Entre o fim da década de 1970 e início dos anos 1990, durante as discussões sobre os fatores de riscos associados a AIDS, a epidemiologia buscava identificar as características da doença, as formas de contaminação e população afetada, usando métodos probabilísticos e estatísticos, que foi aprimorado ao longo dos anos, relacionado com fatores culturais, jurídicos, políticos, coerções, desigualdades de gênero, étnicos, segmentos sociais, disponibilidade de recursos naturais e econômicos. Inicialmente usou-se os termos “grupos de risco e comportamento de risco”. Como estes acabaram por contribuir com uma segregação de certos grupos sociais, buscou-se novas terminologias. “Vulnerabilidade” foi usado no início de 1990 por um grupo de pesquisadores de Harvard, sendo o termo atribuído mais especificamente a Jonathan Max Mann (1947-1998). A vulnerabilidade como novo instrumento epidemiológico procurou responder, que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela AIDS não são resultantes apenas de aspectos individuais, mais também coletivo, o que deixa as pessoas mais ou menos susceptíveis a contaminação e ao adoecimento (AYRES et al., 2006; BERTOLOZZI et al., 2009; ROCHA, 2016).

Ayres et al. (2016) e Bertolozzi et al. (2009), tratam a vulnerabilidade em três dimensões: a individual que está relacionada com os conhecimentos e ao poder de incorporá-las a mudanças práticas ao comportamento, que as tornam susceptíveis ao agravamento. A Social que é referente às condições de vida e trabalho, cultura, situação econômica, nível de escolaridade, ambiente, relações de gênero, de classe e entre gerações. E a programática que contempla o acesso aos serviços públicos, a forma

de organização desses, as ações preconizadas para a prevenção, para o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência dos serviços. Essas três dimensões se inter-relacionam e vinculam à garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas.

De acordo com Sevalho (2017), vulnerabilidade é um termo interdisciplinar que permite uma análise multidimensional sendo usado em diversas áreas de conhecimentos, e que de modo geral remete aos riscos e a fragilidades do indivíduo. Está relacionada com quantidade e qualidade de conhecimento dos indivíduos, que os oferece mais ou menos autonomia, conscientização, empoderamento, curiosidade, construção compartilhada do conhecimento, condições e experiências de vida, pesquisa participante e vigilância civil.

Entre as IST a Sífilis e o HIV são as que têm forma de transmissão mais semelhantes. Para o HIV no Guia de Vigilância em Saúde de 2017, traz o termo populações chaves para se referir a populações mais vulneráveis ou susceptíveis, sendo estes: “gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), as mulheres profissionais do sexo, travestis, transexuais e pessoas que usam drogas”. No caso da sífilis não há essas populações, trazendo que, “(...) a suscetibilidade à infecção é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores. O indivíduo pode adquirir Sífilis sempre que se expuser ao *T. pallidum*” (BRASIL, 2017, n.p.).

Alguns estudos investigaram e encontram evidências de fatores e situações, que tornam as populações mais vulneráveis à contaminação da sífilis e outras IST, questões socioeconômicas, conhecimento individual e coletivo, socioculturais, assistência pública, o mau ou não acompanhamento no pré-natal, situação de violência, dominação, abuso sexual, consumo de drogas, distanciamento dos centros urbanos e dificuldades de acessos aos serviços públicos. E segundo estes estudos, tais fatores existem principalmente em: populações em situação de rua, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, mulheres, usuários de drogas e populações do campo (BRASIL, 2008; DELZIOVO et al., 2018; PINTO et al., 2014).

2.4.1 Populações no campo e vulnerabilidade para sífilis

Por muito tempo se discute o rural, suas características e quem são essas populações. As populações do campo ou da zona rural são populações que possuem sua vida atrelada à terra. Essas populações, assim como outras, passaram ao longo dos anos por inúmeras mudanças, em todos os aspectos, sociais, econômicos e culturais. O fato é que são consideradas populações vulneráveis para vários agravos de saúde, devido às dificuldades de acesso aos serviços públicos como assistência de saúde, saneamento e educação (WANDERLEY, 2000; SOARES et al., 2015; BRASIL, 2013; CARNEIRO, 1997).

Entre as diversas vulnerabilidades dessas populações estão as IST, indicadas desta forma no “Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares” (BRASIL, 2008), na Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSPCFA, 2013) e na Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (BRASIL, 2015).

Os estudos sociais reforçam as pesquisas sobre as IST em populações rurais, pois confirmam que o relacionamento íntimo contribui para o adoecimento desses agravos, seja na população urbana ou rural. A problemática são os relacionamentos sexuais desprotegidos. Esses estudos trazem uma reflexão e uma reafirmação sobre a cultura sexual ligada às normas da igreja, ao celibato, a abstinência antes do casamento, a dominação de gênero, ou a uma relação sexual mais livre. Segundo, Abdo (2016), mais que um ato físico, a sexualidade é fruto de construções sociais e culturais. A criação da pílula anticoncepcional, movimentos pelos direitos das mulheres e dos homossexuais revolucionaram a forma de entender e viver a sexualidade.

As mudanças, que ocorreram em toda a sociedade ao longo dos anos, justificadas pela diminuição das diferenças socioculturais entre a área urbana e rural, ocorreram principalmente devido a questões econômicas, que favoreceram inúmeras mudanças como instalações de serviços outrora urbanos (escolas, comércio, indústrias). Mas, apesar de uma modernização e aproximação destas áreas demográficas, informações e recursos, que chegam com mais facilidade nas zonas rurais. Ainda existe uma grande dificuldade dessas áreas, ao acesso de serviços públicos, pois em muitas regiões, ainda são precárias as condições principalmente de transporte, educação e saúde. Essas comunidades também apresentam em relação

as áreas urbanas maiores preconceitos relacionados a sexualidade feminina, a homossexualidade, ao uso do preservativo, o que contribuem para proliferação das IST (MARTINS, 2001; FORMAN, 2009; KASSOUF, 2005; PEDROZO, 2016; BRASIL, 2015).

Após o surgimento da AIDS e a descoberta do HIV, os esforços para diagnosticar, tratar, monitorar e prevenir outras IST também foram reforçadas. Foram elaboradas leis, programas de governo e de estado para combater essas doenças. Muitos com foco nas populações mais vulneráveis e muitas vezes, por exigência destas populações, como é o caso das populações do campo. Serviços, protocolos e manuais foram criados para atender esse público, favorecendo um pouco mais a descentralização dos serviços de saúde e ações de educação com esse foco. No entanto, os serviços ainda não atendem satisfatoriamente as populações, ao passo que, ainda permanecem como os mais vulneráveis, não só à contaminação de Sífilis e outras IST, mas também a outros tipos de agravos (SOUZA et al., 2019).

3 PERGUNTA DE PESQUISA

Como se caracterizam os casos de sífilis adquirida e gestacional nas zonas rural e urbana?

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

- Investigar o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico de sífilis em homens e mulheres em idade sexualmente ativa, em Petrolina entre 2017 e 2019.

4.2 ESPECÍFICOS

- Estimar o número de homens e mulheres portadores de sífilis em Petrolina entre 2017 e 2019;
- Descrever as características sociodemográficas e clinicoepidemiológicas por zona de residência;
- Identificar as possíveis situações de vulnerabilidade para casos de sífilis por zona de moradia;
- Contribuir com dados para ações de prevenção de sífilis em Petrolina.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo obedeceu a Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foram utilizados dados de fonte secundária, não necessitando da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou da apresentação do Consentimento Livre e Esclarecido (CLE). Os dados foram coletados das fichas de notificação do Sistema de Informações de Doenças e Agravos de Notificação (SINAN). Toda a equipe de pesquisa garantiu a manutenção de total sigilo e confidencialidade sobre os dados coletados. Não foram coletados nomes ou iniciais, impossibilitando qualquer identificação. As análises dos dados serão publicadas em artigos científicos, podendo ser apresentadas em congressos ou encontros científicos.

5.2 TIPO DE ESTUDO

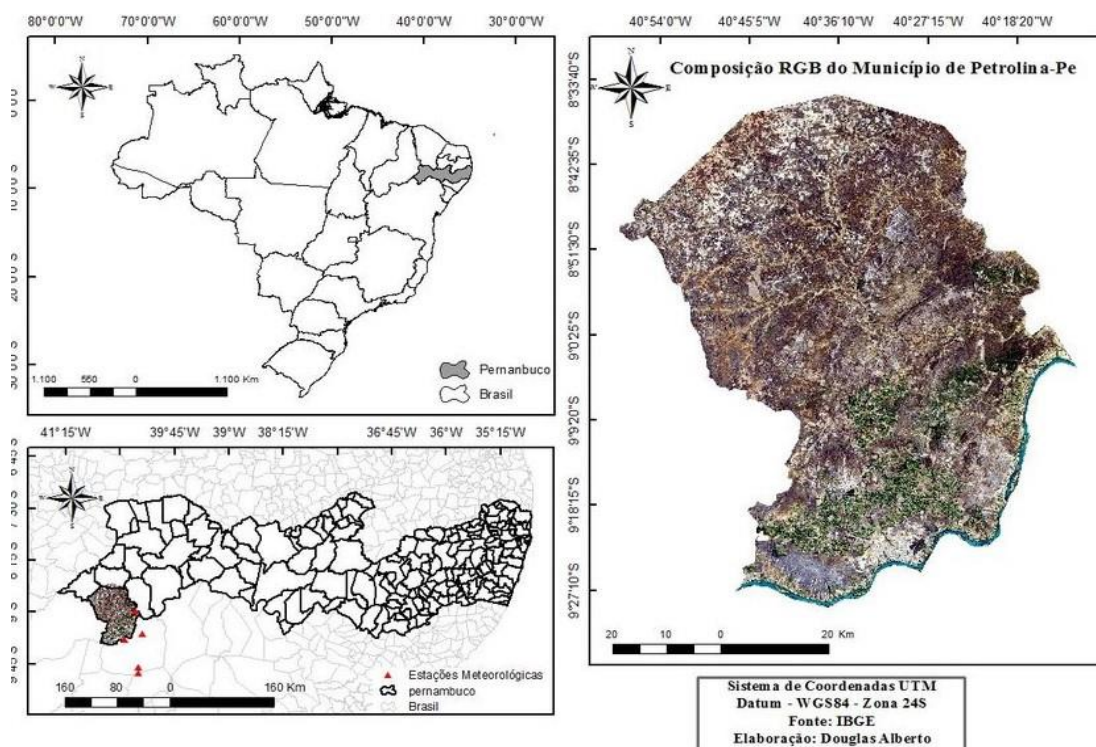
Assim, foi realizado um estudo transversal e descritivo, desenvolvido por meio de abordagem quanti-qualitativa, (PRATES, 2012; FONTELLES, et al, 2009), para caracterizar os casos de sífilis adquirida e gestacional nas populações rural e urbana.

5.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Petrolina, cidade sede da VIII Região de Saúde do estado de Pernambuco. Petrolina fica a oeste e distante 734km do Recife, possui extensão territorial de 4.561,9km², estando 244,8 km² em perímetro urbano e 4.341 km² na zona rural. O município pertence ao Vale do São Francisco, caracterizado pelo clima semiárido, tem uma temperatura média anual de 34,5°C, a caatinga é sua vegetação nativa e predominante. Petrolina é também sede da IV Macrorregião de Saúde integrando municípios das regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri. Possui indústria, comércio e universidades públicas e privadas. Caracteriza-se como o maior polo exportador de frutas e o segundo maior centro vinícola do país. A população estimada para o ano de 2020 foi de 354.317

habitantes com aproximadamente 25,43% na zona rural. A população é flutuante considerando os que trabalham na cidade, mas moram na zona rural ou vice e versa. Além disso, ocorre um mútuo intercâmbio entre a cidade vizinha, Juazeiro da Bahia (PIMENTEL, 2016; PETROLINA, 2018).

Figura 7- Local de estudo, Petrolina-PE



Fonte: FRANÇA et al. 2018.

O município está subdivido nos distritos de Petrolina, Cristália, Curral Queimado e Rajada. O seu distrito-sede é o mais populoso do município, com 260.892 habitantes. O segundo mais populoso é o distrito de Curral Queimado, com 20.715 habitantes e o terceiro é o de Rajada, com 9.833 habitantes. O menor dos distritos é o de Cristália com apenas 2.522 (PETROLINA, 2018).

A zona rural de Petrolina tem grande importância como os núcleos habitacionais dos projetos públicos de irrigação, a exemplo do maior deles, Senador Nilo Coelho e o Bebedouro, o pioneiro no Vale do São Francisco. Além dos projetos irrigados, a zona rural do município também é constituída das áreas de sequeiro, que são áreas mais isoladas. Há também os povoados de áreas ribeirinhas, onde grande parte usa a irrigação particular para produções agrícolas. Nestes locais existem alguns

balneários que são usados como áreas de lazer pelos residentes e turistas. A maioria das comunidades rurais de Petrolina possui infraestrutura social com áreas domiciliares, associações, escolas, postos de saúde, creches, igrejas e pequenos comércios.

5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foi formada por pessoas de ambos os sexos residentes no município de Petrolina-PE e notificados para sífilis adquirida e gestacional no SINAN no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.5.1 Critérios de inclusão

Casos de sífilis adquirida ou gestacional registradas nas fichas de notificação do SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019, no município de Petrolina.

5.5.2 Critérios de exclusão

Fichas de Sífilis em gestantes não localizadas no arquivo Tabwin e DataSUS.

Fichas de Sífilis adquirida existentes nos arquivos do programa de IST/AIDS fora do período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019.

5.6 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

5.6.1 Fonte de dados

Os casos de sífilis são digitados no SINAN por ocorrência e acessados no Datasus por meio do Tabwin, porém, não é possível obter informações específicas como: “população rural notificada RESIDENTE DE Petrolina-PE”, visto que durante a busca se obtêm resultado como: “população rural NOTIFICADA EM Petrolina, independentes de serem residentes ou não”. Depois de lançado o sistema não faz a diferenciação da população rural (residente e não residente). Por este motivo escolhe-se usar diretamente as fichas de notificações.

Então, os dados foram coletados a partir das fichas de notificação e encerramento de casos de sífilis. Nas fichas são preenchidos dados das variáveis sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e de local de notificação e tratamento.

As fichas são arquivadas na secretaria de saúde do município. Fichas de sífilis adquirida estão sob a guarda da Gerência de Infecções Sexualmente Transmissíveis, desde a competência de maio de 2010. Já as fichas de sífilis gestacional estão arquivadas no setor de Vigilância e Epidemiologia desde janeiro de 2017. Estas são fichas de notificação, investigação e encerramento da doença. Até o ano de 2016, a notificação para sífilis adquirida e gestacional eram feitas como sífilis adquirida ou não especificada. A partir de 2017, a Nota informativa nº 02-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS, estabeleceu uma ficha específica para sífilis em gestantes para diminuir a subnotificação. Os casos de sífilis adquirida são registrados nas fichas de notificação individual do SINAN.

A ficha de investigação individual de sífilis adquirida tem preenchimento apenas das variáveis de identificação do caso, local de notificação e tratamento. Já o preenchimento da ficha de investigação individual de sífilis em gestantes é mais completo indo até a variável “*motivos do não tratamento dos parceiros*”. Os serviços de saúde responsáveis pela notificação de casos de sífilis são as Unidades Básicas de Saúde, o Serviço de Atendimento Especializado para IST (CTA/SAE) e Hospital Dom Malam. A rede de serviços privados também faz notificação de casos de sífilis como laboratórios e unidades de saúde particulares. O sistema prisional também é notificador de casos (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020; SVS/MS, 2018)

A coleta dos dados foi realizada com a utilização de questionários elaborados pelos próprios autores. Foram levantados dados sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e laboratoriais. O **APÊNDICE A** apresenta o questionário para a coleta de dados para sífilis adquirida e o **APÊNDICE B** para sífilis gestacional.

5.6.2 Análise dos dados

Durante o processo de coleta, os formulários foram revisados em busca de erros de mensuração e inconsistências. Após correção, as variáveis foram codificadas e os formulários digitados em sistema de dupla entrada em planilha eletrônica do software Microsoft Excel® Professional Plus 2019. Em seguida, os dois bancos foram comparados e corrigidos. Após a validação, procedemos à exploração estatística do banco de dados. Os dados seguiram distribuição paramétrica.

O software Stata® SE 13.0 for Windows (StataCorp, College Station, TX, EUA) e software Microsoft Excel® Professional Plus 2019 foram utilizados para a análise descritiva de frequências absolutas, relativas das variáveis e porcentagem.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CASOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA E GESTACIONAL ENTRE RESIDENTES NOTIFICADOS EM PETROLINA ENTRE 2017 E 2019

No período entre janeiro de 2017 a dezembro de 2019, foram notificados 853 casos de sífilis não congênita em Petrolina, sendo 61,9% de Sífilis adquirida e 38,1% de Sífilis gestacional.

Os números e percentuais de casos de sífilis adquirida e gestacional por zona de moradia, variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas foram apresentadas na Tabela 1, considerando os casos informados.

Tabela 1- Caracterização do número e percentual de casos de sífilis adquirida e gestacional por zona de residência. Petrolina-PE, 2017-2019

Característica	Zona urbana		Zona rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
VARIÁVEL SOCIODEMOGRÁFICA^{a, b}						
SEXO						
Masculino	317	47,0	35	20	352	41,3
Feminino	361	53,0	140	80	501	58,7
Total	678	100,0	175	100	853	100,0
FAIXA ETÁRIA						
13-19	98	14,5	34	19,4	132	15,5
20-29	322	47,5	90	51,4	412	48,3
30-39	158	23,3	32	18,3	190	22,3
40-49	59	8,7	13	7,4	72	8,4
50 ou mais	41	6,0	6	3,4	47	5,5
Total	678	100,0	175	100,0	853	100,0
ESCOLARIDADE						
Não escolarizado. Ensino fundamental I incompleto	49	8,9	14	10,9	63	9,3
Ensino fundamental I completo	134	24,2	52	40,6	186	27,3
Ensino fundamental II completo	118	21,3	36	28,1	154	22,6
Ensino médio completo	218	39,4	22	17,2	240	35,2
Ensino superior completo	34	6,1	4	3,1	38	5,6
Total	553	100,0	128	100	681	100,0

RAÇA/COR

Branca	15	2,3	13	7,8	28	3,4
Preta	23	3,5	12	7,2	35	4,2
Amarela	2	0,3	3	1,8	5	0,6
Parda	620	93,8	139	83,2	759	91,7
Indígena	1	0,2	-	-	1	0,1
Total	661	100,0	167	100,0	828	100,0

OCUPAÇÃO

Trabalhadora rural	16	8,2	43	41,3	59	19,7
Do lar	117	60,0	48	46,2	165	55,2
Estudante	23	11,8	13	12,5	36	12,0
Outras	39	20,0	-	-	39	13,0
Total	195	100,0	104	100	299	100,0

VARIÁVEL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA °**TIPO DE SÍFILIS**

Sífilis adquirida	469	69,2	59	33,7	528	61,9
Sífilis gestacional	209	30,8	116	66,3	325	38,1
Total	678	100,0	175	100,0	853	100,0

UNIDADE DE NOTIFICAÇÃO*Sífilis adquirida*

Hospital Dom Malam	4	0,9	0	0,0	4	0,8
Unidade Básica de saúde	40	8,5	5	8,5	45	8,5
Serviço de Atendimento Especializado	400	85,3	51	86,4	451	85,4
Outra unidade de saúde	25	5,3	3	5,1	28	5,3
Total	469	100,0	59	100,0	528	100,0

Sífilis gestacional

Hospital Dom Malam	146	69,9	78	67,2	224	68,9
Unidade Básica de saúde	58	27,8	38	32,8	96	29,5
Serviço de Atendimento Especializado	5	2,4	0	0,0	5	1,5
Outra unidade de saúde	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	209	100,0	116	100,0	325	100,0

TRATAMENTO ^{a, b}*Sífilis adquirida*

<i>Sim</i>	464	100	59	100	523	100
<i>Não</i>	0	0	0	0	0	0
Total	464	100	59	100	523	100

Sífilis gestacional

<i>Sim</i>	160	88,9	94	94	254	90,7
------------	-----	------	----	----	-----	------

Não	20	11,1	6	6	26	9,3
Total	180	100,0	100	100	280	100,0
PERÍODO GESTACIONAL						
Primeiro trimestre	34	17,3	11	10,2	45	14,8
Segundo trimestre	42	21,4	33	30,6	75	24,7
Terceiro trimestre	120	61,2	64	59,3	184	60,5
Total	196	100,0	108	100,0	304	100,0
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA						
Primária	100	62,9	53	57,0	153	60,7
Secundária	13	8,2	3	3,2	16	6,3
Terciária	15	9,4	9	9,7	24	9,5
Latente	31	19,5	28	30,1	59	23,4
Total	159	100,0	93	100,0	252	100,0
TESTE NÃO TREPONÊMICO						
Realizado	165	93,2	98	95,1	263	93,9
Não realizado	12	6,8	5	4,9	17	6,1
Total	177	100,0	103	100,0	280	100,0
TESTE TREPONÊMICO						
Realizado	100	69,9	39	54,9	139	65,0
Não realizado	43	30,1	32	45,1	75	35,0
Total	143	100,0	71	100,0	214	100,0
TRATAMENTO DO PARCEIRO						
Realizado	69	44,5	37	44,6	106	44,5
Não realizado	86	55,5	46	55,4	132	55,5
Total	155	100,0	83	100,0	238	100,0
MOTIVOS DO NÃO TRATAMENTO DO PARCEIRO						
Pré-natal e/ou exame da gestante não realizado	5	6,0	5	11,4	10	7,8
Teste do parceiro não reagente	9	10,7	5	11,4	14	10,9
Testes do parceiro não realizado ^d	70	83,3	34	77,3	104	81,3
Total	84	100,0	44	100,0	128	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota:

^{a,b} Dados de identificação do casos de sífilis adquirida e gestacional.

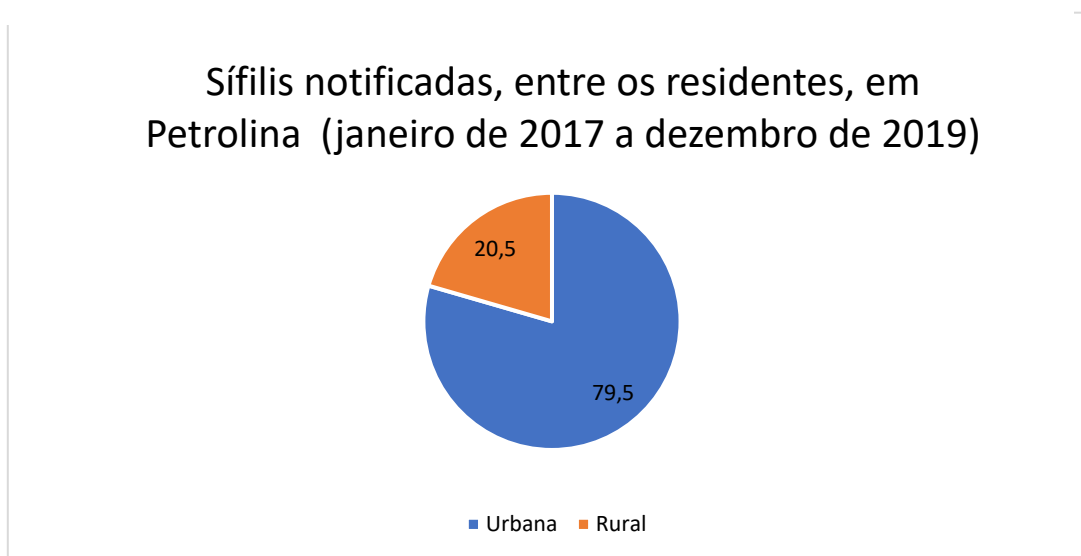
^c Variáveis apenas para a categoria gestante, exceto para "TRATAMENTO" que se refere à sífilis adquirida e gestacional.

^d Não compareceu, recusou-se, não foi comunicado ou não há mais contato.

6.1.1 Achados sociodemográficos entre residentes

Em Petrolina a maioria dos casos (79,5%;678/853) de sífilis não congênita está na zona urbana (Gráfico 1), com o sexo feminino concentrando mais da metade dos casos (58,7%;501/853).

Gráfico 1- Casos de Sífilis não congênita, notificadas entre os residentes, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019, por zona de residência.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A maioria das investigações sobre sífilis tem foco em sífilis gestacional ou congênita, os estudos quando tratam sobre o sexo, estão falando em sífilis adquirida e trazem normalmente uma proporção maior de homens, assim como encontrado em Garbin et al. (2019), em Shah et al. (2015) e no Informativo epidemiológico de Pernambuco 2020 (SEVS/PE, 2020).

E quando aparecem nos meios de comunicação mais populares, pode levar a uma confusão, dando a entender que, o número de homens com sífilis é maior do que o de mulheres. Têm de ser levado em consideração que, para um mesmo período, a mulher será notificada como sífilis adquirida se não estiver no critério de Sífilis gestacional que é: diagnóstico durante a gestação, parto, aborto ou puerpério (BRASIL, 2017; SVS/MS, 2017).

Quando os estudos são feitos para sífilis adquirida e gestacional, num mesmo período, há uma prevalência de mulheres em relação aos homens. Algo que foi aparecendo ao longo dos anos, pois no início das investigações, na década de 1980, com o advento da HIV/Aids e por muito tempo, a detecção das ISTs era maior em homens. Com o tempo foi percebida uma mudança nos chamados grupos e comportamentos de risco para infecção pelo HIV e outras ISTs, como o aumento de casos em heterossexuais, mulheres e idosos. Houve diversas mudanças na epidemiologia dessas infecções na forma de diagnóstico e notificação. E no caso de sífilis, verificou-se a necessidade de expandir as notificações para homens e mulheres não grávidas, afim de tentar evitar que a sífilis chegasse até a gestante e ao bebê (BRASIL, 2017; SVS/MS, 2017).

Há outros fatores de mudança no perfil epidemiológico das IST e podem explicar um número maior de mulheres notificadas para além do foco dos estudos nas gestantes ou as mudanças nas notificações, como: a mulher é maioria da população; a forte inserção da mulher no mercado de trabalho. O novo papel social feminino forçou mudanças como o planejamento reprodutivo que, desvinculou a atividade sexual da reprodução. Isso trouxe mais liberdade sexual, juntamente com riscos de contaminação das ISTs; além disso, é a mulher quem busca na maioria das vezes os cuidados de saúde, seja pela gestação, seja por algum agravo (IBGE, 2019; FARIAS; SILVA, 2015).

A mulher também está entre os mais vulneráveis às ISTs, devido ao histórico-social, ela foi destinada a se casar muito jovem, com a falsa ideia de segurança numa relação estável e a cultura de opressão sexual contra a mulher, onde essa tem menos força para negociar o uso do preservativo. Além disso, mulheres com baixa escolaridade têm menor capacidade de compreender sua situação de risco e menos acesso aos serviços de saúde. Observar essas questões é importante para orientar o planejamento da atenção à saúde da mulher (ALMEIDA, 2014; DEL PRIORE et al., 2004; FARIAS; SILVA, 2015).

Neste estudo, observou-se, independentemente do sexo e da zona de moradia, uma frequência maior entre pessoas do grupo etário de 20 e 29 anos (48,3%), escolaridade até o ensino médio (35,2%), de raça/cor parda (91,7%). E para ocupação profissional, dados referentes apenas às gestantes, a maioria só tem a ocupação em sua própria residência, o chamado, "Dona do lar" (55,2%).

Os resultados dos dados de Petrolina-PE são semelhantes aos nacionais (BRASIL, 2019) e também aos estudos de Ana Griebeler (2009), que avalia as notificações do SINAN de 1998 até 2008, onde a maioria das gestantes estava na faixa de 20 a 29 anos e tinham baixa escolaridade. Valores semelhantes foram encontrados por Macedo et al. (2017) e Cardoso et al. (2018). As duas últimas autoras e o Boletim Epidemiológico (2019), também identificaram maioria de raça/cor entre os afrodescendentes. No entanto, no estudo de Garbin et al. (2019) a raça/cor predominante foi a branca. Sobre a ocupação de mulheres notificadas, Macedo et al. (2017) e Cardoso et al. (2018) identificaram um maior número de mulheres desempregadas, ou “do lar”.

Observando por zona de moradia, verifica-se que, proporcionalmente a quantidade de mulheres é maior na zona rural, do que na urbana e isto está relacionado a proporção de sífilis em gestantes (Gráfico 2). Sobre a escolaridade, a população rural apresentou menos anos de estudo (Gráfico 3). Para a raça/cor, na zona urbana apareceu um indivíduo indígena e na zona rural a frequência de brancos é proporcionalmente maior do que na urbana (Gráfico 4). E para a variável, ocupação, na zona rural depois de “do Lar”, aparecem em segundo a opção as trabalhadoras rurais, as estudantes em terceira e não apareceu nenhuma outra profissão. Enquanto que na zona urbana, a segunda opção foi estudante e apareceram outras profissões (Gráfico 5).

Gráfico 2- Homens e mulheres notificados para Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, entre 2017 e 2019, distribuídos por zona de moradia



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Gráfico 3- Distribuição de escolaridade dos residentes notificados para Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019

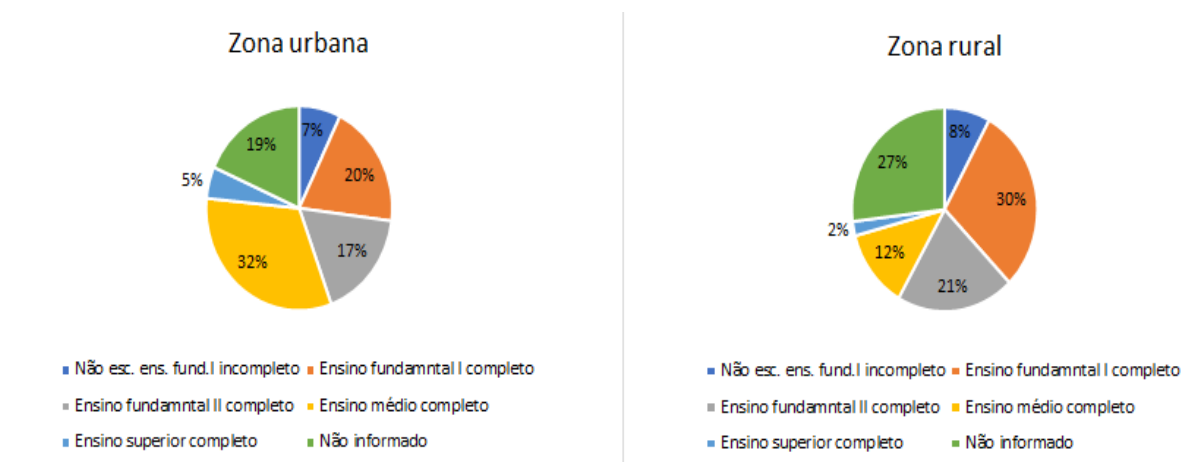


Gráfico 4- Distribuição de raça/cor dos residentes notificados para Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019

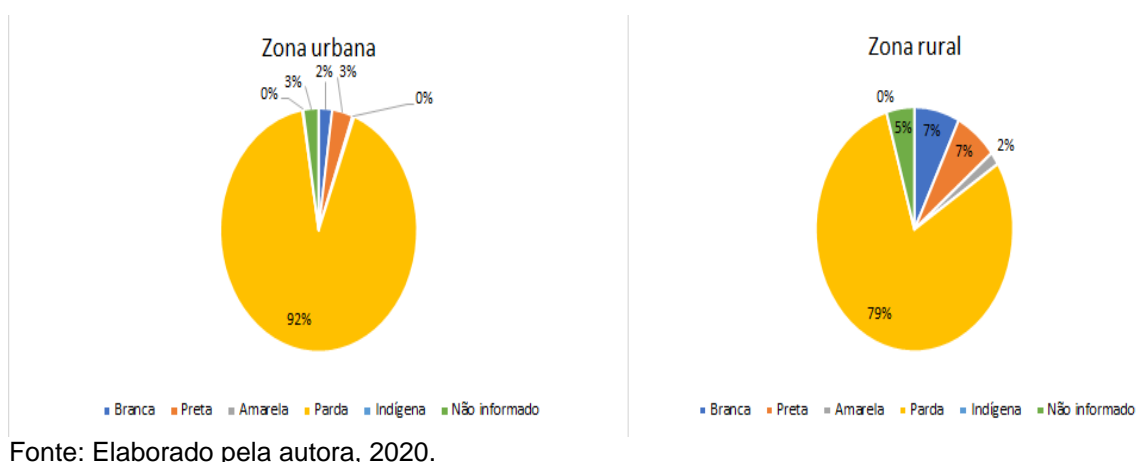
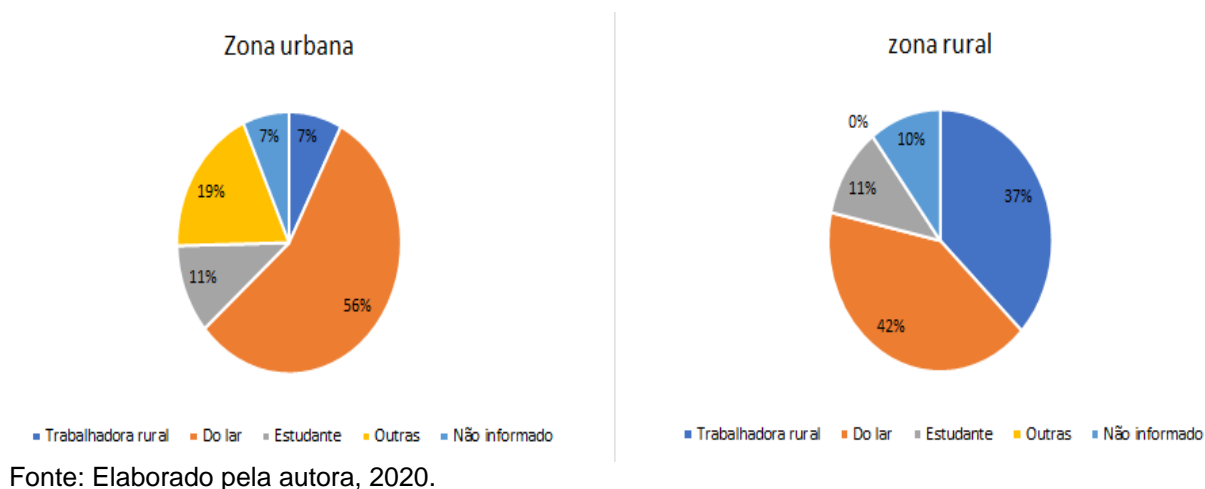


Gráfico 5- Distribuição de ocupação das gestantes residentes notificadas para Sífilis em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019



6.1.2 Dados clínico-epidemiológicos entre residentes

Dos 853 casos de Sífilis em residentes, (61,9%) são de sífilis adquirida e (38,1%) de sífilis gestacional. Esses números são próximos aos nacionais, onde no Brasil e em Pernambuco a detecção de sífilis adquirida é mais que o dobro da sífilis em gestantes. Essa diferença é observada desde o início das notificações. Nos boletins oficiais, foi percebido um crescimento nas detecções de casos, apresentando uma pequena queda de 2018 para 2019 (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020; PERNAMBUCO, 2020).

É importante considerar que há a possibilidade de problemas de transferência dos dados entre as esferas do SUS. E este ano, devido à pandemia de Covid-19, há ainda uma demora nas notificações e alimentação do SINAN. Essa ressalva é feita pelo próprio Ministério da saúde (BRASIL, 2020).

Para Sífilis adquirida foi encontrado tratamento realizado em 100% dos casos, e o principal local de notificação foi o SAE com 85,4%.

Em gestantes 68,9% das notificações foram feitas no HDM; 90,7% tem informação de tratamento realizado; 60,5% das gestantes foram notificadas no terceiro trimestre da gestação; a classificação clínica foi na maioria das vezes como Sífilis primária, sendo 60,7%. Sobre os testes, 93,9% realizaram teste não treponêmico e 65% realizaram teste treponêmico; 55,5% dos parceiros não realizaram tratamento, entre os motivos do não tratamento dos parceiros encontramos: 81,3% dos parceiros não realizaram os testes (por não comparecimento, recusa, não foi comunicado ou não há mais contato), 10,9% dos parceiros tiveram teste não reagente (NREA) e 7,8% das gestantes não realizaram pré-natal e/ou exames.

Foi possível observar que, em Petrolina, a maior parte das gestantes foram notificadas no HDM e no terceiro trimestre de gestação. Assim como no estudo de (CARDOSO et al., 2018). Segundo o Boletim Epidemiológico de 2019 e 2020, a maior parte das gestantes foi diagnosticada nos primeiros três meses de gestação, porém no nordeste e norte isso ainda não acontece.

Sobre a classificação clínica, em outros estudos, as gestantes também foram notificadas como Sífilis primária (BRASIL, 2019; CARDOSO et al., 2018; GARBIN et al., 2019). No entanto, não é possível garantir que a classificação esteja condizente com a realidade. Para classificar a sífilis como primária é necessária a presença do cancro, algo quase sempre imperceptível. Se não há lesões de pele ou mesmo

diagnóstico de sífilis terciária, supõe-se tratar de sífilis latente, seja ela, recente ou tardia. Muitas vezes a sífilis primária não é diagnosticada a tempo, já que quando do aparecimento do cancro, mesmo percebido, o paciente não procura ou não consegue ser atendido a tempo, já que a lesão some rapidamente e acredita-se, tratar de outra doença ou mesmo um machucado comum que logo regride (GUNN et al., 2019).

Dos dados obtidos chamam atenção: a quantidade de notificações no hospital materno infantil, juntamente com a notificação no terceiro trimestre, quando deveriam ser na UBS e nos primeiros trimestres; a baixa de frequência de comparecimento e tratamento dos parceiros que, também foi encontrado no trabalho de Dantas et al. (2017) e Parkes et al. (2020); o tratamento do parceiro não ter sido realizado por que, o teste dele não foi reagente, quando a orientação é de que, o tratamento do parceiro seja presuntivo e realizado ainda no aguardo do resultado ou mesmo quando em suspeição de janela imunológica do parceiro. O que deixa um questionamento sobre como está sendo realizado o pré-natal.

Outra coisa está relacionada com a quantidade de testes treponêmico, pois com a oferta de testes rápidos poderiam ser realizados mais testes, tanto na gestante, quanto nos parceiros (BRASIL, 2006; BRASIL, 2018; BRASIL, 2020).

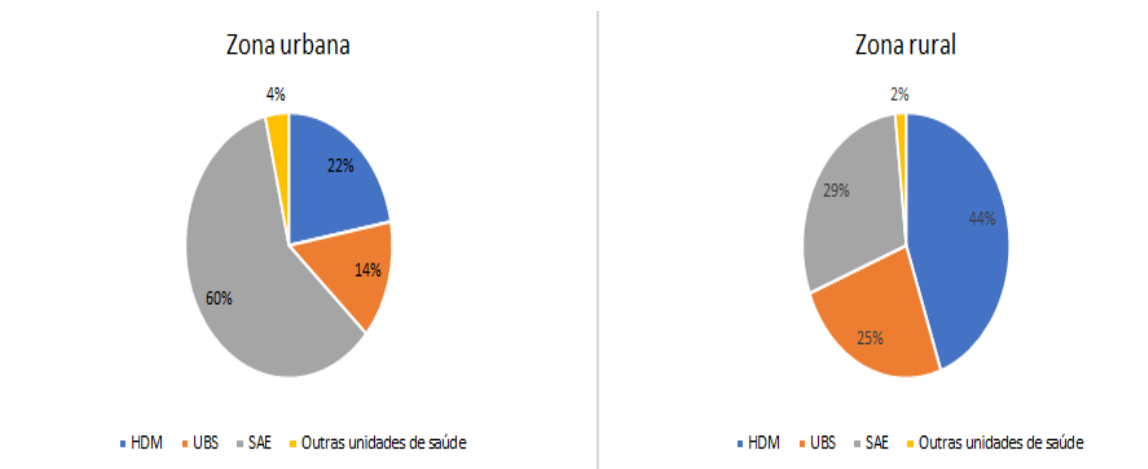
Observando os dados clínico-epidemiológicos, por zona de moradia, para sífilis gestacional, foi possível verificar, que proporcionalmente a quantidade de notificações em gestantes rurais é maior do que na zona urbana (Gráfico 6). E seguindo isso, as notificações no hospital materno infantil também (Gráfico 7).

Gráfico 6- Distribuição do número de pessoas, residentes, notificadas para Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

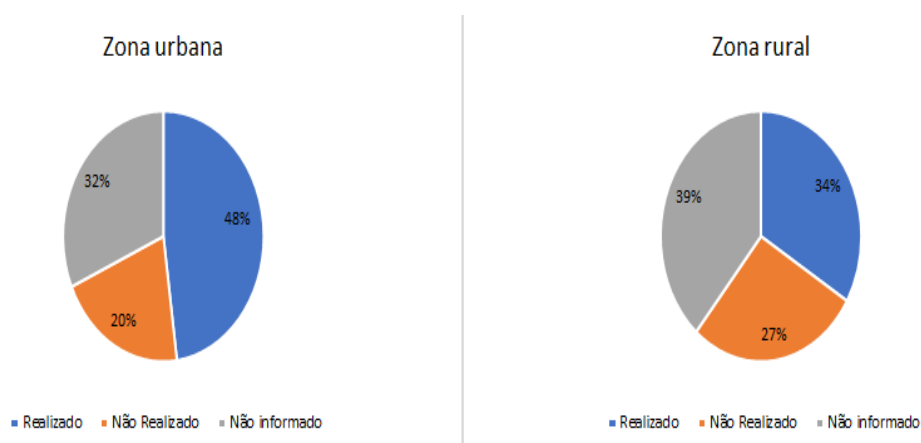
Gráfico 7- Distribuição de local notificação para Sífilis adquirida e gestacional em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Ainda no caso específico das gestantes, se observa uma diferença proporcional nas frequências do teste treponêmico, onde na zona rural houveram menos testes treponêmicos realizados, do que na zona urbana (gráfico 8).

Gráfico 8- Observação de testes treponêmico realizados pelas gestantes notificadas para sífilis em Petrolina-PE, de acordo com a zona de moradia, entre 2017 e 2019.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

De modo geral, o acesso de exames para a população rural é menor do que para a zona urbana. Para tentar reduzir os casos de sífilis em gestantes e congênitas, entre outras manobras, foram disponibilizados os Testes Rápidos para as ISTs, como HIV, Hepatites virais e Sífilis. No caso da sífilis é uma ótima ferramenta, pois o TR de

sífilis, um teste treponêmico de triagem, que junto com o histórico clínico e/ou sintomático, principalmente para as gestantes pode ser tratado de forma sindrômica e contribuir para evitar a sífilis congênita (BRASIL, 2006; BRASIL, 2018; BRASIL, 2020).

Os resultados desta pesquisa, são compatíveis com outros que encontraram um perfil mais precário na zona rural, do que nas zonas urbanas, tanto para os econômicos, quanto para as questões de saúde e educação. Nesses estudos, a escolaridade da população rural é mais baixa, assim como a renda familiar, o acesso à informação, também a procura e o acesso aos serviços de saúde (ARRUDA et al., 2018; CHEN, 2019; SOARES, 2015). No estudo de Soares (2015), aparece um êxodo das mulheres para a zona urbana, encontrando uma frequência maior de homens do que de mulheres nas áreas rurais.

As populações rurais estão entre os grupos mais vulneráveis a diversos agravos, entre eles as ISTs, devido ao menor acesso a serviços de educação e saúde, a baixa escolaridade e uma cultura de opressão sexual contra a mulher (ALMEIDA, 2014; DEL PRIORE et al., 2004). No entanto, não são frequentes os estudos sobre esses agravos com foco nessas populações, quando ocorrem, são principalmente, para sífilis em gestantes, ou mesmo, os informativos nacionais que, não refletem uma realidade mais precisa populacional (BERTOLOZZI et al., 2009; SOARES et al., 2003).

No decorrer da coleta de dados, para quase todas as variáveis, observou-se a ausência de diversas informações sobre os pacientes, a exemplo de “teste treponêmico” que, chegou a 34% de dados não informados (Tabela 3). A deficiência na transferência de informações entre as esferas do SUS e o não preenchimento adequado das fichas é percebida em todos os estudos de sífilis os quais utilizam como fonte as fichas de notificação do SINAN. A não informação dos dados no preenchimento dessas fichas e prontuários contribui para a subnotificação, causando prejuízo a coleta de informações que, poderiam contribuir para demonstrar um quadro mais próximo da realidade e ajudaria com mais eficiência nas propostas de planejamento estratégico de educação e saúde (FARIAS; SILVA, 2015; CARDOSO et al., 2018; GARBIN et al., 2019).

Apesar de a falha no preenchimento das fichas ser um problema frequentemente relatado pela maioria dos estudos sobre sífilis (FARIAS; SILVA, 2015; CARDOSO et al., 2018; GARBIN et al., 2019), ela não é adequadamente tratada.

A desinformação sobre a necessidade do preenchimento aliado às perdas “esperadas” no sistema de transferência de dados entre os níveis de gestão da Vigilância Epidemiológica do SUS distorcem as estimativas sobre a carga da sífilis no Brasil. Essas observações são corroboradas por Cavalcanti, Pereira e Castro (2017) e Lafetá, Martelli e Silveira (2016).

Silva et al. (2020) também enfatiza esse aspecto de falha no preenchimento, uma vez que mais de um terço dos parceiros não foram tratados e tiveram o motivo do não tratamento, devido a informação ignorada nas notificações, ou seja, nas fichas, e observaram falha na assistência prestada uma vez que as parcerias sexuais deveriam realizar testes imunológicos e serem tratadas.

Tabela 2- Número e percentual de falhas no preenchimento da ficha de sífilis adquirida e gestacional por zona de residência e principais variáveis. Petrolina-PE, 2017-2019

Característica	Zona urbana		Zona rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
VARIÁVEL SOCIODEMOGRÁFICA^{a, b}						
ESCOLARIDADE						
Informados	553	82	128	73,1	681	80
Não informado	125	18	47	26,9	172	20
Total	678	100	175	100,0	853	100
RAÇA/COR						
Informados	661	97	167	95	828	97
Não informado	17	3	8	5	25	3
Total	678	100	175	100	853	100
OCUPAÇÃO						
Informados	195	93	104	89,7	299	92,0
Não informado	14	7	12	10,3	26	8
Total	209	100	116	100,0	325	100,0

VARIÁVEL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA^c

TRATAMENTO^{a, b}

Sífilis adquirida

Informados	464	98,9	59	100,0	523	99,1
Não informado	5	1,1	0	0,0	5	0,9
Total	469	100,0	59	100,0	528	100,0
<i>Sífilis gestacional</i>						
Informados	180	86,1	100	86,2	280	86,2
Não informado	29	13,9	16	13,8	45	13,8
Total	209	100,0	116	100,0	325	100,0
PERÍODO GESTACIONAL						
Informados	196	94	108	93	304	93,5
Não informado	13	6	8	7	21	6,5
Total	209	100	116	100	325	100,0
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA						
Informados	159	76	93	80	252	78
Não informado	50	24	23	20	73	22
Total	209	100	116	100	325	100
TESTE NÃO TREPONÊMICO						
Informados	177	85	103	89	280	86
Não informado	32	15	13	11	45	14
Total	209	100	116	100	325	100
TESTE TREPONÊMICO						
Informados	143	68	71	61	214	66
Não informado	66	32	45	39	111	34
Total	209	100	116	100	325	100
TRATAMENTO DO PARCEIRO						
Informados	155	74	83	72	238	73
Não informado	54	26	33	28	87	27
Total	209	100	116	100	325	100
MOTIVOS DO NÃO TRATAMENTO DO PARCEIRO						
Informados	84	98	44	96	128	97
Não informado	2	2	2	4	4	3
Total	86	100	46	100	132	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação encontrou para os casos de sífilis notificados entre residentes de Petrolina, um maior número de notificações para mulheres, jovens, afrodescendentes e com baixa escolaridade.

Na zona urbana de Petrolina foi detectada a maioria dos casos de sífilis adquirida, contrária ao número de casos da sífilis gestacional, mais frequente na zona rural, onde parece haver maior vulnerabilidade social.

Foi percebido que a sífilis gestacional é detectada tardiamente no terceiro trimestre da gestação pelo HDM. A quantidade de testes treponêmicos realizados na zona rural foi menor quando comparados aos realizados na zona urbana. Sugerindo assim que poderiam ser melhor realizados com uso do teste rápido.

Os serviços de saúde devem estar preparados para o reconhecimento precoce da gestante no pré-natal quanto à sífilis, uma vez que a adoção de novas estratégias efetivas de assistência durante o pré-natal, podem reduzir na ocorrência sífilis congênita.

A quantidade de dados não informados nas fichas de notificações, também indicam a necessidade de uma reciclagem ou formação continuada dos profissionais de saúde. É importante ressaltar, que as informações registradas por tais profissionais são fundamentais para planejamento das estratégias e ações de educação e saúde.

Como a maioria das fichas usadas para sífilis adquirida são de agravos gerais, as informações, não contêm os dados complementares, como: tipo de tratamento dos pacientes, tratamento dos parceiros e testagens. Além disso, os dados não informados e a falta de compartilhamento das informações desse agravo entre unidades de saúde gera uma ineficiência na detecção, no tratamento e acompanhamento e controle dos casos de sífilis. Portanto, há necessidade de reorganizar uma estratégia de combate à sífilis no município, com um método de monitoramento e controle dos casos de Sífilis.

Limitações do Estudo

A indisponibilidade de dados por residência na base de dados do SINAN, dificultou a coleta. Outro fator limitante foi o alto percentual de falhas no preenchimento

das fichas. Isto pode ter alterado os resultados dos estudos descritivos de base secundária, que estão sujeitos à qualidade do dado disponível.

Recomendação

 Digitação do SINAN em dois bancos (residência e ocorrência).

 Estudos analíticos a partir de dados primários devem ser conduzidos para avaliar as hipóteses produzidas neste estudo.

 Usar um método de monitoramento e controle dos casos de Sífilis.

8 PRODUTO DA PESQUISA

8.1 SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS SÍFILIS

Diante das dificuldades encontradas durante a pesquisa e dos resultados, percebeu-se a necessidade da elaboração de um Sistema de Monitoramento e Acompanhamento dos Casos de Sífilis no Município de Petrolina- PE.

Para a elaboração desse sistema, foi feita uma pesquisa no PUBMED e Google Acadêmico, sobre quais métodos existem de registros e controle de dados, para o monitoramento e acompanhamento dos casos de Sífilis nos municípios e estados da Federação Brasileira. Não foram encontrados registros de sistemas específicos de monitoramento para os casos de Sífilis, reforçando assim a urgência de se pensar e criar um software exclusivo para esses casos.

O que existe efetivamente é o SINAN, e-SUS, e alguns municípios ou instituições privadas, que possuem seus próprios prontuários eletrônicos, estes não específicos para sífilis. No caso do e-SUS também não são agrupados dados de maneira a contemplar as informações para um acompanhamento e monitoramento de casos de sífilis de modo efetivo. O que melhor contribui é o SINAN, porém, é um sistema no qual os dados são lançados geralmente pelas secretarias municipais ou regionais, mas que não servem para acompanhamento em tempo real pelos profissionais de saúde. Sendo usado mais para uma avaliação municipal, estadual ou nacional.

O Projeto Sífilis Não, Projeto de resposta rápida ao enfrentamento da Sífilis nas Redes de Atenção, que foi um projeto desenvolvido entre o Ministério da Saúde, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e outras instituições, incentivou entre diversos trabalhos científicos e sociais, projetos no campo das informações. No documento “Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis” do Projeto Sífilis Não, os autores mostram que, os sistemas de informação do Brasil ainda apresentam fragilidades em diversos aspectos, inclusive falta de oportunidade na apresentação dos dados, de retroalimentação e pouco uso da informação (OLIVEIRA et al., 2019).

O Sistema denominado, Sistema de Gerenciamento de Casos de Sífilis no Município de Petrolina - SGCS, tem como objetivo auxiliar os servidores da saúde que

desenvolvem seus trabalhos no combate e na erradicação dos casos da doença na cidade.

O software “SGCS” foi desenvolvido a partir de uma parceria firmada entre a mestrandia Ionária Régia do Programa de Pós Graduação em Extensão Rural da UNIVASF e outros três alunos, Ambrosia Sueli e Geandson Lustosa- Bacharéis em Ciência da Computação pela Faculdade de Ciências Aplicadas de Petrolina- Facape e pós-graduandos nas áreas de desenvolvimento de sistema e segurança da informação, respectivamente, e Thiago Cruz- Graduado do Curso de Ciência da Computação pela mesma instituição.

Para a formulação e o cumprimento de todas as etapas do desenvolvimento deste projeto, os desenvolvedores tiveram como base e apoio, as informações e os resultados da pesquisa Sífilis em Petrolina:

- O *layout* do sistema foi pensando para atender a todas as idades, uma vez que o município de Petrolina acumula um número significativo de pessoas mais velhas e com dificuldade no uso das tecnologias. Portanto, o sistema tem um layout intuitivo e autoexplicativo.
- Na página inicial, (figura 8), é possível ter acesso às informações cadastrais dos pacientes, além das opções de editar e cadastrar novos pacientes. Vale lembrar, que essas informações devem ser editadas e vinculadas por profissionais das unidades de saúde que sejam devidamente cadastrados e autorizados dentro do sistema, uma medida de segurança para evitar que indivíduos não autorizados tenham acesso a informações importantes do paciente, além de evitar o lançamento de informações erradas.
- Cada paciente, (figura 9), lançado no SGCS em Petrolina- PE terá um PEC (Prontuário Eletrolítico do Cidadão) único, onde será possível lançar a evolução de todos os procedimentos realizados pelas unidades de saúde do município.
- Na ficha do paciente constam os dados pessoais como: nº do cartão SUS, CPF, nome completo, nome da mãe, nome social, data de nascimento, nome do pai (não obrigatório), e-mail, nº de telefone, endereço, sexo, gênero, sexualidade, data e tipo de sífilis cadastrada. Em seguida informações clínicas: notificações, exames, tratamentos e outras observações.
- Na ficha do Usuário/funcionário (figura 10), constam informações como: Nome completo, CPF, nº da matrícula, registro profissional, local de trabalho, telefone

e e-mail. Esses dados permitem ao administrador do sistema saber quais foram as alterações realizadas por determinado funcionário em um processo de auditoria.

- O sistema terá disponível o botão para a emissão dos relatórios mensais de todos os casos de sífilis acompanhados dentro do município, com a finalidade de obter informação para a elaboração das estratégias de erradicação da doença no município.

Figura 8- Página inicial do Sistema de Gerenciamento de Casos de Sífilis

31/08/2021 Sistema de Monitoramento de Sífilis [EM DESENVOLVIMENTO]

Sistema de Gerenciamento de Casos de Sífilis

[Página inicial](#)
[Usuários](#)
[Pacientes](#)
[Monitoramento](#)
[Relatórios](#)

Sobre o sistema



Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do MS

O Sistema de Gerenciamento de Casos de Sífilis no Município de Petrolina - SGCS, tem como objetivo auxiliar os servidores da saúde que desenvolvem seus trabalhos no combate e na erradicação dos casos da doença na cidade. Aqui é possível: Ter acesso às informações cadastrais, inserir novos pacientes e editar os dados de: notificações, exames, tratamentos e outras observações destes pacientes. Vale lembrar, que essas informações devem ser editadas e vinculadas por profissionais das unidades de saúde que sejam devidamente cadastrados e autorizados dentro do sistema.

Orientação ao profissional

Em caso de dúvida sobre os protocolos de diagnósticos e tratamento leia o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) - PCDT-IST**, que pode ser encontrado em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.

Outra fonte de informações é o **Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, acessível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/search/content/S%C3%ADfilis>.

Figura 9- Página de paciente

31/08/2021 Sistema de Monitoramento de Sífilis [EM DESENVOLVIMENTO]

Sistema de Gerenciamento de Casos de Sífilis

[Página inicial](#) |
 [Usuários](#) |
 [Pacientes](#) |
 [Monitoramento](#) |
 [Relatórios](#)

Localize o paciente que deseja consultar

Critério de pesquisa

Resultado da busca:

Cartão do SUS	CPF	Nome do paciente	Data de nascimento
125 4856 9548 5455	125.485.698-54	Ricardo Fernandes Barros	12/06/1982
111 1111 1111 1111	111.111.111-11	Primeiro Paciente Cadastrado	01/07/2021
222 2222 2222 2222	222.222.222-22	Segundo Paciente Cadastrado	14/07/2021
333 3333 3333 3333	333.333.333-33	Terceiro Paciente Cadastrado	01/01/1973
555 5555 5555 5555	555.555.555-55	Quinto Paciente Cadastrado	01/01/2009
6666666666666666	22555888	Ionaria souza	23/05/1986
125 4854 7854 1254	125.425.478-54	José Andrés Blanco	25/10/1981
888 8888 8888 8888	888.888.888-88	Fulano	01/03/1995
6666666666666666	000.088.885-5555	Clici	18/08/1966
897 5896 5874 4521	589.632.458-789	Rosenilda	16/12/1966

[Anterior](#) |
 [1](#) |
 [2](#) |
 [Próximo](#)

client-sms.herokuapp.com/patients

1/2

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 10- Página de usuário

31/08/2021 Sistema de Monitoramento de Sífilis [EM DESENVOLVIMENTO]

Sistema de Gerenciamento de Casos de Sífilis

[Página inicial](#) |
 [Usuários](#) |
 [Pacientes](#) |
 [Monitoramento](#) |
 [Relatórios](#)

Localize o usuário que deseja consultar

Critério de pesquisa

ⓘ A busca não encontrou resultados. Se deseja cadastrar um novo usuário clique no botão abaixo.

[Cadastrar usuário](#)

Fonte: Elaborado pelos autores.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. **Comportamento Sexual**: o que ficou no passado? Café Filosófico. Institutoocpfl/cultura, 2016. Disponível em: <http://www.institutoocpfl.org.br/play/comportamento-sexual-o-que-ficou-no-passado-carmita-abdo/>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- ALMEIDA, V.C. **A Sífilis em população vulnerável**: epidemiologia e fatores associados à reinfecção e coinfeção com HIV em Campinas. 2014. 138f. Dissertação (Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde). Universidade Estadual de Campinas. SP. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312897/1/Almeida_ValeriaCorreia_e_M.pdf. Acesso em: 4 jan. 2019.
- ALVES, M.F.P. **Sexualidade e prevenção de DST/AIDS**: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2), 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a24v19s2.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2019.
- ANDRADE, A.F.S.M; JERALDO, V.L.S. Atuação dos profissionais das equipes de saúde da família frente à sífilis gestacional em um município do nordeste brasileiro. 2021. In: **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e10510212196, 2021. ISSN 2525-3409. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12196>. Acesso em: 12 mai. 2021.
- ARRUDA, N.M. et al. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. In: **Cad. Saúde Pública**. v.34 n.6. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00213816>. Acesso em: 4 mar. 2020.
- AVELLEIRA J.C.R; BOTTINO, G. **Sífilis**: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006; p. 111-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2018.
- AYRES, J.R.M. et al. **O Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. Tratado de saúde coletiva. São Paulo, Hucitec, 2006, p. 375-417. Monografia em Português | CidSaúde - Cidades saudáveis | ID: cid-53913. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-53913>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- BARATA, R.B. Epidemiologia e políticas públicas. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0003.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2020.
- BENZAKEN, A.S. **Detecção de sífilis adquirida em comunidades de difícil acesso da região amazônica**: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos, 2009. 125f. Tese (Doutorado Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Fiocruz / Escola Nacional de Saúde Pública). Manaus. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2564/1/ENSP_Tese_Benzaken_Adele_Schwartz.pdf. Acesso em: 4 jan. 2018.

BERTOLOZZI, M.R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. 2009. In: **Rev. esc. enferm.** USP vol.43. São Paulo. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 18.** HIV/Aids, hepatites e outras DST, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd18.pdf. Acesso: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares.** Série Manuais nº 83, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_hiv_aids_comunidades.pdf. Acesso: 4 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Sífilis – Estratégias para Diagnóstico no Brasil.** Telelab, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf. Acesso em: 5 mai. 2017.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **PNSIPCF - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** 1. Ed. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 3 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira,** 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/es/node/59392>. Acesso em: 7 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Sífilis,** 2016. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905.pdf. Acesso em: 4 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis,** 2016. Disponível em: file:///C:/Users/windows/Downloads/manual_sifilis_10_2016_pdf_23637.pdf. Acesso em: 15 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Sífilis,** 2017. Disponível em: file:///C:/Users/windows/Downloads/boletim_sifilis_11_2017.pdf. Acesso em: 8 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde.** Volume 2. 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções**

Sexualmente Transmissíveis, 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/PCDT_Atencao_Integral_IST_22-10-18.pdf. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Sífilis**, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Ion%C3%A1ria%20R%C3%A9gia/Downloads/boletim_sifilis_2018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ion%C3%A1ria%20R%C3%A9gia/Downloads/boletim_sifilis_2018%20(1).pdf). Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Sífilis**, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Sífilis**, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso: 4 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/WINDOWS/Downloads/pcdt_ist_final_revisado_020420%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/WINDOWS/Downloads/pcdt_ist_final_revisado_020420%20(1).pdf). Acesso em: 2 ago. 2020.

CARDOSO, A.R.P et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita entre 2008 e 2010 em Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil. 2018. In: **Ciênc. saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0563.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

CARNEIRO, M.J. Ruralidade: novas identidades em construção. 1997. In: **Estudos e Sociedade e Agricultura**. v. 6, n. 2. Disponível em: <https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/135>. Acesso em: 8 set. 2017.

CARRARA, S. **Tributo a vênus**: a luta contra a Sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. ISBN: 85-85676-28-0. Available from SciELO Books. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/q6qbbq/pdf/carrara-9788575412817.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.

CASERTA, M. T. **Sífilis congênita**. University of Rochester School of Medicine and Dentistry, 2015. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/ptbr/>. Acesso em: 5 jan. 2018.

CAVALCANTI, P.A.M.; PEREIRA, R.B.L.; CASTRO, J.G.D. **Sífilis gestacional e congênita em Palmas**, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 26 (2), 2017, p.255-264.

CDC- Center for Disease Control and Prevention. **Sexually Transmitted Diseases Surveillance**. Syphilis, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/statistics/2019/overview.htm#Syphilis>. Acesso em: 6 jun. 2021.

CDC- Center for Disease Control and Prevention. **Sexually Transmitted Diseases Surveillance**. Syphilis, 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/stdfact-syphilis-s.htm>. Acesso em: 8 jun. 2020.

CHEN, X. et al. **Diferenças no acesso e uso de informações de saúde rural e urbana**. *Rural Health*. 2019; 35 (3): 405-417. doi: 10.1111 / jrh.123352018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6522336/>. Acesso em: 18 jul. 2020.

COUTINHO, R. **Casos de Sífilis em Pernambuco quintuplicam em três anos**. Folha de Pernambuco, 2017. Disponível em: <http://www.folhape.com.br/noticias/noticias/cotidiano/2017/05/15/NWS,27547,70,449,NOTICIAS,2190-CASOS-SIFILIS-PERNAMBUCO-QUINTUPLICAM-TRES-ANOS.aspx>. Acesso em: 12 mai. 2017.

CRUZ, F. R. S. et al. Vulnerabilidade socioeconômica em comunidades rurais do município de Areia, estado da Paraíba. In: **Scientia Plena**, Vol. 9, Num. 5, 2013. Disponível : <https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/viewFile/1057/736>. Acesso em: 10 mai. 2017.

DANTAS, L.A. do. et al. Perfil epidemiológico de Sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. In: **Revista Eletrônica Tridimensional de Enfermagem**. v. 16, n. 2, ISSN 1695-6141, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00217.pdf. Acesso em: 7 jun. 2017.

DEL PRIORE, M. et al. **História das mulheres no Brasil**. 7. Ed - São Paulo: Contexto, 2004. Disponível em: <https://democraciadireitoegenero.files.wordpress.com/2016/07/del-priore-histc3b3ria-das-mulheres-no-brasil.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

DELZIOVO, C.G. et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina. In: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 5, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501687&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 set. 2019.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Incidência de Sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da Sífilis: Nascer no Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2017.

ECDC- European Center for Disease Prevention and Control. **Syphilis-Annual Epidemiological Report for 2018**. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2018>. Acesso em: 12 jun. 2021.

FARIAS, I. A; SILVA, D.G.K.C. Estudo da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres em idade fértil atendidas em estratégia de saúde da família de acari/rn. V.5, n.1, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18561/2179-5746/biotaamazonia.v5n1p1-6>. Acesso: 6 set. 2020.

FIOCRUZ. **Casos de Sífilis congênita dobram na América Latina e Caribe no período 2010-2015, chegando a 22,4 mil**, 2017. Disponível em: <http://www.bio.fiocruz.br/index.php/noticias/1483-casos-de-sifilis-congenita-dobram-na-america-latina-e-caribe-no-periodo-2010-2015-chegando-a-22-4-mil>. Acesso em: 4 jun. 2018.

FIOCRUZ. **Teste Rápido. DPP® Sífilis**. 2019. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/reativos/testes-rapidos/dppr-sifilis>. Acesso em: 12 jun. 2020.

FORMAN, S. **Camponeses**: sua participação no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009. Bibliografia. 309 p. ISBN: 978-85-7982-002-1. Available from SciELO Books. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/c26m8/pdf/forman-9788579820021.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

FRANÇA, L. C.J. Caracterização morfométrica da bacia hidrográfica do Parnaíba, Piauí, Brasil. In: **Scientific Figure on ResearchGate**, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Mapa-de-localizacao-espacial-do-municipio-de-Petrolina-Pernambuco-Brasil-e_fig24_324210740. Acesso em: 10 ago. 2021.

GARBIN, A.J.I et al. Doenças reemergentes no Brasil: características sociodemográficas e epidemiológicas da sífilis e sua subnotificação. In: **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v.52 Uberaba, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0226-2018>. Acesso em: 9 set. 2020.

GESINK, D.C. et al. **Does the central area theory apply to sexually transmitted diseases in rural settings?**. Doenças sexualmente transmissíveis: v. 40, ed.1, 2014, p. 32-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3528791/>. Acesso em: 17 jun. 2018.

GRIEBELER, A.P.D. **A Concepção Social da Sífilis no Brasil**: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade. UFRGS. (Especialização em Saúde Pública) Porto Alegre. 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/17934>. Acesso em: 4 set. 2020.

GUNN, R.A. **Aprimorando o controle da sífilis entre homens que fazem sexo com homens com foco na sífilis primária infecciosa aguda e grupos de**

transmissão nuclear. Sex Transm Dis, 2019, p. 629-636. Doi: 10.1097 / OLQ.0000000000001039. PMID: 31356529; PMCID: PMC6887624. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6887624/#>. Acesso em: 27 out. 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde.** 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 16 set. 2020.

JANNUZZI, P. de M. A importância da informação estatística para as políticas sociais no Brasil: breve reflexão sobre a experiência do passado para considerar no presente. In: **Revista Brasileira De Estudos De População**, 2018, p. 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0055>. Acesso em: 15 ago. 2020.

KASSOUF, A.L. **Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil.** RER, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v43n1/25834.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2017.

LAFETÁ, K. R. G., MARTELLI JÚNIOR, H, SILVEIRA, M. F. , PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. In: **Rev Bras Epidemiol** jan-mar 2016; p. 63-74. DOI: 10.1590/1980-5497201600010006. <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dD66wTDCqQrXG3tzt6PqDYx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mai. 2017.

MACEDO, V.C. et al. **Fatores de risco para sífilis em mulheres:** estudo caso-controle. Rev Saúde Pública. 2017, p. 51-78. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>. Acesso em: 18 ago. 2020.

MARTINS, J.S. **O futuro da Sociologia Rural e sua contribuição para a qualidade de vida rural**, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000300004. Acesso em: 19 set. 2017.

MESQUITA, K.O. et al. **Perfil epidemiológico dos casos de Sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010.** S a n a r e, Sobral, v. 11, n.1, jan./jun, 2012, p. 13-17. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/261/234>. Acesso em: 14 mai. 2017.

OLIVEIRA, L.P.N. **Sífilis adquirida e congênita.** Universidade Castelo Branco. Salvador. (Monografia. Especialização em Análises Clínicas). 2011. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/AC/OLIVEIRA-laila-petrusca-novaes.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

OPAS. Organização Mundial da Saúde Publica. **Novas estimativas sobre sífilis congênita.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-2-2019-organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita>. Acesso em: 19 jan. 2018.

ORTIZ, A.H. et al. **Análisis de la tendencia de Sífilis adquirida en México durante el periodo 2003-2013**. Salud pública Méx v.57 n.4, Cuernavaca, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000400012. Acesso em: 4 jun. 2018.

PAGOTTO, V. et al. **Falando sobre DST e AIDS com moradores da zona rural de um município do interior de Goiás**, 2004. Disponível em: <http://bit.ly/2IPsb6e>. Acesso em: 17 mai. 2017

PARKES, R.R. et al. **Low male partner attendance after syphilis screening in pregnant women leads to worse birth outcomes: the Syphilis Treatment of Partners (STOP) randomised control trial**. Sex Health. 2020, p. 214-222. Doi: 10.1071/SH19092. PMID: 32527365. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32527365/>. Acesso em: 14 out. 2020.

PERNAMBUCO. **PE registra diminuição da sífilis congênita**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/pe-registra-diminuicao-da-sifilis-congenita>. Acesso em: 5 mar. 2021.

OLIVEIRA, C.A.P. et al. Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis “SÍFILIS NÃO”. In: **Revista Brasileira de Inovação Tecnologia em Saúde**. v. 9, n. 2, 2019. Natal/RN ISSN: 2236-1103. Disponível em: www.periodicos.ufrn.br/reb. Acesso em: 25 mai. 2021.

PEDROZO, J.Z. **A saúde do campo**. O Presente rural. 2016. Disponível em: <https://opresenterural.com.br/a-saude-do-campo/>. Acesso em: 20 mai. 2017.

PEELING, R.W. et al. Syphilis. 2017. In: **Nat Rev Dis Primers**; 3: 17073. doi:10.1038/nrdp.2017.73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809176/pdf/nihms940015.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

PETROLINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Petrolina**, 2018. Disponível em: <http://petrolina.pe.gov.br/>. Acesso: 18 jun. 2019.

PIMENTEL, T. **Petrolina, oásis para o comércio**, 2016. Diário Oficial de Pernambuco. Disponível em: http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/economia/2016/05/29/internas_economia,647324/petrolina-oasis-para-o-comercio.shtml. Acesso em: 20 dez. 2018.

PINTO, V.M. et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. In: **Rev Bras Epidemiol**, 2014, p. 341-354. DOI: 10.1590/1809-4503201400020005. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00341.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

PIRES, A.F.N.P.C. Et al. **Diagnóstico da Sífilis**. Telelab. Ministério da Saúde e Universidade de Santa Catarina, 2014. Disponível em:

http://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22192/mod_resource/content/2/S%C3%ADfilis%20-%20Manual%20Aula%201_SEM.pdf. Acesso em: 9 dez. 2017.

ROCHA, M.D.H.A. História social da aids no mundo: a vulnerabilidade dos sujeitos. In: **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.9, n.1, Pub.8, 2016. Disponível em: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/77/Artigo_8.pdf. Acesso em: 12 jan. 2018.

SEVALHO, G. Conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. In: **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, 2017. ISSN 1807-5762. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160822.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

SEVS, Secretaria Executiva de Vigilância Saúde/PE. 2019. **Boletim Sífilis**. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_sifilis_-_pernambuco_2019-.pdf. Acesso em: 12 mai. 2020.

SEVS, Secretaria Executiva de Vigilância Saúde/PE. **Informativo Epidemiológico-Sífilis**, 2020. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/informe_sifilis_2020.pdf. Acesso em: 17 ago. 2020.

SVS/MS, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS**, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms>. Acesso em: 18 ago. 2020.

SHAH, B.J. et al. **Sífilis**: está ressurgindo? *Indian J Sex Transm Dis AIDS*, 2015, p. 178-181. 10.4103 / 2589-0557.167170. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660560/>. Acesso em: 4 out. 2020.

SOARES, F.D.L. et al. **Infecções sexualmente transmissíveis em uma população feminina na zona rural do Nordeste do Brasil**: prevalência, morbidade e fatores de risco. *TM&IH*, v.8 ed.7, 2003, p. 595-603. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-3156.2003.01078.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SOARES, R.A.S. et al. Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. In: **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 9(2), 2015, p. 221-235. ISSN 1982-8829. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1718/1440>. Acesso em: 22 nov. 2017.

SOUZA, I.R. et al. Programas e ações de prevenção contra a Sífilis e outras IST para as populações do Campo no Brasil. In: **Tópicos em Ciências da Saúde**. v.14, 2019, p. 124-128. Disponível em: <https://poisson.com.br/2018/produto/topicos-em-ciencias-da-saude-volume-14/>. Acesso em: 6 nov. 2019.

TÉLAM. **Se triplicaron los casos de Sífilis en la Argentina entre 2011 e 2017**, 2018. Disponível em: <http://www.telam.com.ar/notas/201802/249459-se-triplicaron->

los-casos-de-sifilis-en-la-argentina-entre-2011-y-2017.html. Acesso em: 20 jun. 2018.

TELELEB. Manual Técnico Teste Rápido Para Sífilis. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br/>. Acesso em: 8 de nov. 2019.

TV BRASIL. **Sífilis, a doença de mil faces**. Roteiro: Aline Beckstein. Direção: Bianca Vasconcellos. Caminhos da reportagem. 2017. TV Brasil. Disponível em: <https://tvbrasil.ebc.com.br/caminhosdareportagem/episodio/sifilis-a-doenca-de-mil-faces>. Acesso em: 22 ago. 2018.

VASCONCELOS, P. et al. Fenómeno prozona em Sífilis secundária. A importância da comunicação entre o clínico e o laboratório. In: **Revista SPDV 70**, 2012. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/46/47>. Acesso em: 5 dez. 2018.

WANDERLEY, M.N.B. A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas – o “rural” como espaço singular e ator coletivo. In: **Estudos Sociedade e Agricultura**, 2000, p. 87-145. Disponível em: <https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/178>. Acesso em: 20 nov. 2017.

WHO. **Estratégia global para o sector da saúde relativa a infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021**: quadro de execução para a região africana. 2017. Disponível em: https://afro.who.int/sites/default/files/2017-08/AFR-RC67-7-Estrat%C3%A9gia%20Global%20Sector%20da%20Sa%C3%BAde%20Relativa%20Infec%C3%A7%C3%B5es%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis_0.pdf. Acesso em: 1 dez. 2018.

APÊNDICE A**Questionário de Sífilis adquirida**

1- Quantas pessoas foram notificadas?
2- Quantos são residentes e não residentes?
Entre os residentes:
3- Homens? Mulheres?
4- Quais os locais de notificação (UBS/Hosp./CTA-SAE)?
5- Quantos são da zona urbana e quantos são da zona rural?
6- Qual a faixa de idade?
7- Qual a raça/cor?
8- Qual a escolaridade?
9- Quantos foram tratados?

APÊNDICE B**Questionário de Sífilis gestacional**

1. Quantas pessoas foram notificadas?
2. Quantos são residentes e não residentes?
3. Quais os locais de notificação (UBS/Hosp./CTA-SAE)?
4. Quantos são da zona urbana e quantos são da zona rural?
5. Qual a faixa de idade?
6. Qual a raça/cor?
7. Qual a escolaridade?
8. Qual o período da gestação?
9. Qual a classificação clínica da Sífilis?
10. Quantos parceiros foram tratados?
11. Quais os motivos do não tratamento dos parceiros?

ANEXOS A

Ficha para notificação de Sífilis adquirida.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data de Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação (se houver)	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1. Hora 2. Dia 3. Mes 4. Anos		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1. Gravidez 2. 1º trimestre 3. 2º trimestre 4. 3º trimestre 5. Não 6. Não se aplica 7. Ignorado		13 Raça/Cor 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Ignorado
	14 Escolaridade 1. Não sabe ler e escrever 2. Alfabetizado 3. 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 4. 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 5. Ensino médio incompleto (anexo integral ou 2º grau) 6. Ensino médio completo (anexo integral ou 2º grau) 7. Educação superior incompleta 8. Educação superior completa 9. Ignorado 10. Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	
Dados de Residência	19 Bairro		20 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	21 Número		22 Complemento (apto., casa, ...)		23 Geo campo 1	
	24 Geo campo 2		25 Ponto de Referência		26 CEP	
	27 (DDD) Telefone		28 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado		29 País (se residente fora do Brasil)	
	Conclusão					
	Caso clínico	31 Data de Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
Local Provável da Fonte de Infecção						
34 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado						
35 Município		Código (IBGE)	36 País			
37 Bairro		38 Distrito		39 País		
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento				
Informações complementares e observações						
Observações adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. de Unit. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	
Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005		

ANEXOS B

Ficha de notificação em gestantes

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº		
<p>Definição de caso: Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio. Situação 2 - Mulher sintomática¹ para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação. Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/vsa e www.saude.gov.br/pdt. Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. * Casos confirmados de doador sorológico não devem ser notificados.</p>						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/enferma		3	Data de Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	6	Código (IBGE)
Dados do Paciente	7	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)		8	Código	
	9	Nome do Paciente		10	Data de Nascimento	
	11	Sexo		12	Estado	
Dados de Identificação	13	Raça/Cor		14	Escolaridade	
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	19	Código (IBGE)
Dados de Localização	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número		23	Complemento (apto., casa,...)	
	24	Geo campo 1		25	Geo campo 2	
Dados Complementares do Caso						
Aut. optat. gestante	26	Ocupação		27	CEP	
	28	UF	29	Município de realização do Pré-Natal	30	Código (IBGE)
	31	Nº de Gestante no SISPRENATAL		32	Classificação Clínica	
Dados Laboratoriais	33	Resultado dos Exames		34	Título	
	35	Teste não treponêmico no pré-natal		36	Data	
	37	Teste treponêmico no pré-natal		38		
Tratamento - Mãe e parceiro	39	Esquema de tratamento prescrito à gestante		40		
	41	Parceiro tratado concomitantemente à gestante		42		
Aut. optat. gestante e parceiro	43	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		44		
	45			46		

Ass. epidemiológica com o parceiro sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro <input type="checkbox"/>		
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: _____		
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. de Unit. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
Sífilis em gestante		Sinan NET	SUS 29/09/2008