



SOROPREVALÊNCIA EM TESTAGEM PARA SÍFILIS ADQUIRIDA NO ESF EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO ESPÍRITO SANTO

Maria Rosa Pim Moreno

Cinthia Mara de Oliveira Lobato Schuengue

Curso: Enfermagem Período:10º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

Resumo: As infecções sexualmente transmissíveis, nos últimos anos readquiriram importância e atualmente são consideradas um grave problema de saúde pública muito comum em todos os países, provavelmente por causa da infecção pelo HIV, já que estas facilitam a transmissão deste. Esse estudo tem como objetivo avaliar a incidência de sífilis adquirida nas ESF's de uma região sul do Espírito Santo no período de 2016 a 2020. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta pelos casos de sífilis adquirida, com teste VDRL positivo, notificada no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Foram notificados e confirmados com sífilis adquirida um total de 58 pacientes, esses dados foram avaliados entre os anos de 2016 e 2020. Os dados foram obtidos através de uma pesquisa pública realizada pelo SINAN e disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica do município de Ibatiba, ES. **Conclusão:** Este estudo propôs descrever características de uma população diagnosticada por sífilis adquirida, apresentando resultados estatisticamente relacionado à incidência durante 2016 a 2020 que foi (0,2%), mostrando que no município não ocorre de alta incidência e sim em quedas na incidência, os resultados encontraram uma baixa prevalência de sífilis no ano de 2020 (0,11%), resultado esse de subnotificação, impossibilitando saber a real situação neste ano, permanecendo um grave problema de saúde pública, mesmo possuindo diagnósticos e tratamentos simples.

Palavras-chave: Sífilis Adquirida. Incidência. Vigilância Epidemiológica. Prevalência. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

1. INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST), nos últimos anos readquiriram importância e atualmente são consideradas um grave problema de saúde pública muito comum em todos os países, provavelmente por causa da infecção pelo HIV, que facilitam a sua transmissão.

Dentre as IST, encontra-se a sífilis, que é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, conhecida também como cancro duro, cujo seu hospedeiro é o homem. A sífilis adquirida é transmitida por via sexual e a sífilis congênita verticalmente pela placenta da mãe para o feto. A sua presença causa lesões na pele, sistema nervoso, cardiovascular e tecidos (SANTOS *et al.*, 2020).

Segundo Silva (2013), a sífilis surgiu na Europa no fim do século XV, ficando conhecida pela sua grande contaminação no mundo inteiro. O diagnóstico inicial é feito através dos testes treponêmicos ou não treponêmicos, facilitando assim a realização das formas de tratamento dos indivíduos contaminados.

O teste rápido deve ser realizado por profissionais de saúde capacitados e é feito a partir de ações de saúde nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) como meio de prevenção, tratamento e reabilitação, no atendimento individual ou coletivo e também na consulta de pré-natal das gestantes (MS, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a sífilis adquirida passou a ser uma doença de notificação compulsória através da Portaria nº 2.472 em 31 de agosto de 2010, permitindo assim a investigação da epidemiologia no território (MS, 2019).

Na última década no Brasil, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública, observando um aumento de notificações dos casos. Em 2017, foram notificados 119.800 casos de sífilis adquirida com uma taxa de detecção de 58,1 casos/100 mil habitantes. Em confronto ao ano de 2016, observou-se um aumento de 31,8% na incidência de sífilis adquirida (MS, 2018).

Entre os fatores de riscos que contribuem para que a prevalência de sífilis se mantenha, está o baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas e abandono da escola (BRASIL, 2017).

No período de latência ocorre uma maior virulência, tornando mais fácil detectar a doença devido à grande reação nos testes sorológicos. Diante disso, como esse estágio não apresenta sinais e sintomas clínicos da sífilis, o grande motivo dos pacientes não procurarem o serviço de saúde, sendo assim o diagnóstico só é possível através de testes realizados em campanhas promovidas pelos serviços de saúde. O cenário é alarmante, uma vez que o diagnóstico é de fácil acesso e seu tratamento não gera gastos altos, em vista de outros tratamentos. Esse estudo tem como objetivo avaliar a incidência de sífilis adquirida nas ESFs de uma região sul do Espírito Santo no período de 2016 a 2020.

2.DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

O referencial teórico foi dividido em nove tópicos sobre a Sífilis Adquirida, sendo estes: Sífilis, Transmissão, Classificação da Sífilis, Manifestações clínicas, Epidemiologia, Diagnóstico, Testes, Tratamento e Prevenção e Cuidados de Enfermagem.

2.1.1. Sífilis

A sífilis é uma doença causada pelo *Treponema pallidum*, que acomete todos os órgãos e sistemas, presentes na fase inicial e nos órgãos genitais. Nos últimos anos a sífilis tem tido crescimento no número de casos confirmados entre as IST 's, sendo uma das grandes importâncias da saúde pública do Brasil, além de deixar o organismo mais vulnerável a outras doenças, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (BRASIL, 2016).

A incidência da sífilis aumentou no período de 2010 (3.849) para 2017 (119.800), resultados esses que evidenciam um grande problema, dificultando o estipulado pelo Ministério de saúde (SILVEIRA, 2020).

A sífilis é uma infecção que tem cura e o tratamento é disponibilizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) de forma gratuita, essa é uma hora em que o profissional deve acolher o paciente de forma humanizada, tranquilizando sobre o diagnóstico, pois no momento da descoberta causa um choque causando desestabilidade (MARISTELA *et al.*, 2016).

2.1.2. Transmissão

A transmissão da sífilis ocorre por via sexual (sífilis adquirida), afetando os mais jovens, sexualmente ativos na faixa etária entre 15 a 30 anos de idade. Transcorre de pequenas lesões durante a relação sexual, aproximadamente um terço da população exposta a um parceiro com sífilis irá adquirir a doença. Transmitida verticalmente (sífilis congênita) da placenta da mãe para o feto, por via indireta onde a transmissão é mais rara causada por objetos contaminados e transfusão sanguínea (MS, 2010).

A transmissão por via sexual é a forma mais frequente de contágio, devido a presença das lesões cutaneomucosas, propiciando que o agente transmissor da doença penetre nas relações sexuais sem o uso do preservativo referente ao indivíduo infectado. A fase em que se encontra também é de grande facilitador, quanto mais avançado o seu estágio, maior será a carga bacteriana (ANDRADE *et al.*, 2014).

Outro resultado de maior transmissibilidade é o comportamento e estilo de vida da população relacionado à saúde, onde suas condições econômicas, culturais também serão compreendidas para a determinação de contágio e suscetíveis ao controle (BRASIL, 2007).

2.1.3. Classificação da Sífilis

A sífilis adquirida é classificada em: Sífilis Primária onde a lesão é especificamente o cancro duro, surgindo três semanas após a infecção no local da inoculação, localizada na região genital entre 90% a 95% dos casos apresentando um cancro indolor, único, e sem manifestar inflamações perilesionais. No homem é mais comum encontrar no sulco balanoprepucial, na mulher é encontrado nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino. A localidade extragenital mais comum de ser encontrada é na região anal, boca, língua e região mamária (SANCHEZ, 2003).

A Sífilis Secundária acontece após a fase de latência que dura por volta de seis a oito semanas, levando ao aparecimento novamente da doença e acarretando lesões na pele e órgãos por todo o corpo. Pode gerar alopecia em alguns pacientes, ocorrendo perda dos cílios e sobrancelhas. Os sintomas apresentados são: mal-estar, anorexia, febre baixa, cefaleia, mialgias (SANCHEZ, 2003).

A Sífilis Terciária desenvolve lesões na pele, mucosas, sistema cardiovascular e nervoso, sua característica é na formação de granulomas destrutivos, podem acometer os ossos, músculos e fígado. Suas lesões são formadas em pequenos números ou até mesmo solitários, endurecidas e com pouca inflamação (AZULAY, 2004).

A Sífilis Cardiovascular acomete entre 10 a 30 anos depois da fase inicial, é mais comum ter complicações na aortite gerando o aneurisma, insuficiência da válvula aórtica. O diagnóstico suspeito é realizado pela radiografia do tórax (SAMPAIO, 2001).

A Sífilis na gestação pode ser transmitida para o feto por via transplacentária em qualquer fase da gestação e também pelo canal do parto, por isso ocorre a intervenção no intuito de reduzir a possibilidade de transmissão vertical. O risco pode variar entre 70 a 100% em gestantes não tratadas, caindo para 1 a 2% em gestantes tratadas (MS, 2015).

A Sífilis congênita é uma doença que pode ser evitável na gestação desde que seja diagnosticada e tratada corretamente, a sua infecção ocorre tanto no estágio da doença materna, quanto pela fase gestacional. A contaminação pode acarretar em aborto, óbito fetal e morte neonatal, o que determina a transmissão da mãe para o feto será o estágio em que se apresenta e a exposição no útero (RODRIGUES *et al.*, 2016).

2.1.4. Manifestações clínicas

São divididas em vários estágios a sífilis, sendo eles: incubação, primária, secundária, latente inicial, latente tardia e terciária. Os indivíduos infectados na incubação permanecem assintomáticos, evoluindo os sintomas no período de 3 a 90 dias, após a incubação a doença evolui para primária, sendo 21 dias após o contato, a fase secundária aparece de 6 semanas a 6 meses, após a lesão primária e em seguida a forma latente que surge após o estágio secundário. O paciente quando não tratado a sua forma terciária ou tardia, surge entre 10 a 25 anos após a fase inicial (NORIEGA *et al.*, 2016).

A evolução da sífilis primária com menos de um ano gera manifestações clínicas apresentando: Cancro duro e linfonodos regionais, já a secundária apresenta: lesões cutâneas, linfadenopatia generalizada, condiloma plano ou condilomata lata e envolvimento ocular, hepático e neurológico, a fase latente recente é assintomática.

A evolução da sífilis tardia com mais de um ano de duração no estágio latente tardia apresenta manifestação clínica assintomática, o estágio terciário provoca manifestações como: Doença cardiovascular, neurológica e óssea (BITTENCOURT *et al.*, 2016).

2.1.5. Epidemiologia

As notificações compulsórias de sífilis são feitas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Tem se tornado um grande desafio para a saúde pública o controle de sífilis, as notificações no SINAN nos anos de 2010 a 2018 mostra um total de 650.258 casos de sífilis adquirida, sendo 22,1% no Sul (MS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a incidência e prevalência da sífilis varia de acordo com o nível de desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde, tendo doze milhões de adultos infectados mundialmente a cada ano, portanto continua sendo um grande problema da saúde. Nos países em desenvolvimento a sífilis é de maior gravidade e proeminência (WORLD, 2001).

2.1.6. Diagnóstico

O Ministério da Saúde recomenda que todos os profissionais de saúde devem ser aptos para reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, interpretar os resultados dos exames laboratoriais pelo qual desempenham papel no controle de infecção permitindo a sua confirmação do diagnóstico e também o monitoramento do tratamento. Sendo assim, a população tem o direito de receber informações de prevenção das IST 's (SILVA, 2020).

As ESFs devem ter um planejamento para receber os usuários do sistema de saúde com qualidade e estruturação para garantir o acolhimento, assistência, diagnóstico, tratamento e orientação dos casos (BRASIL, 2014). Diante o cenário, o número de contaminação se dá pela falta do diagnóstico dos parceiros, acarretando nos múltiplos parceiros sexuais e por não utilizarem preservativos durante a relação sexual (BRASIL, 2019). A responsabilidade do profissional de saúde fica redobrada frente às manifestações precoces da doença, em especial o grupo em que mais tem a vida sexualmente ativa.

2.1.7. Testes

Os testes para sífilis se dividem em duas categorias, o teste treponêmico que detecta o micro-organismo do *T. pallidum*, sendo utilizado para confirmação do diagnóstico e o teste não treponêmico que detecta o anticorpo produzido em resposta da infecção do *T. pallidum*, utilizado para monitorização do tratamento (ROTTA, 2005).

- **TESTES NÃO TREPONÊMICOS**

O VDRL é um dos testes mais utilizados não treponêmicos que utiliza o antígeno de lecitina, colesterol e cardiolipina purificada. A cardiolipina está presente na parede do *T. pallidum* e se encontra como componente da membrana plasmática das células dos mamíferos liberados após o seu dano celular. Entre cinco a seis semanas o resultado será positivo após a infecção e após o aparecimento do cancro de duas a três semanas. Por isso, pode-se apresentar negativo na sífilis primária, na

sífilis secundária a sensibilidade é maior e nas fases tardias diminui sua sensibilidade (AZULAY, 2004).

No caso de falso-negativo na sífilis secundária onde sua probabilidade é de 1% a 2%, são decorrentes de excesso de anticorpos e nesses casos podem ser evitados em maior quantidade de diluição do soro (SANCHEZ, 2003).

- **TESTES TREPONÊMICOS**

É utilizado o *T. pallidum* como antígeno para confirmar a resposta dos testes não treponêmicos e quando se tem pouca sensibilidade na sífilis tardia, em 85% das pessoas tratadas com sucesso, pode permanecer reativos por anos e até por toda a vida, o TPI (prova de imobilização dos treponemas) foi o primeiro a ser desenvolvido, utilizando o antígeno treponema virulento vivo obtido do coelho (ROTTA, 2005).

- **TESTES RÁPIDOS TREPONÊMICOS**

Os testes rápidos são de grande importância no seu diagnóstico devido a leitura ser imediata, foi desenvolvida a partir dos testes de aglutinação. O teste imunocromatográfico é o mais eficaz promovendo a detecção visual de anticorpos IgG, IgM e IgA do *T. pallidum* em sangue total, soro e plasma humano, é feita a leitura do teste entre cinco a vinte minutos após sua realização. Mostrou-se uma sensibilidade e especificidade de 93,7% e 95,2% do teste sendo superiores às do reagina plasmática rápido (RPR). Contudo, o teste não deve ser usado exclusivamente para o diagnóstico da infecção pelo *T. pallidum*, esses testes poderão substituir os testes rápidos não treponêmicos, principalmente como testes de triagem (SIEDNER, 2004).

2.1.8. TRATAMENTO

No início foram usados mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos para tentar tratar a sífilis, mostrando baixa eficácia e toxicidade. Paul Erlich em 1909, após 605 tentativas tentando modificar o arsênico, sintetizou um composto chamado Salvarsan ou 606, que foi o primeiro quimioterápico da história da medicina (SINGH, 1999).

Fleming em 1928, descobriu o bactericida do fungo *Penicilium notatus*, a penicilina age diretamente na síntese do peptidoglicano, componente da parede celular do *T. pallidum*, o que resulta na entrada de água no treponema e acaba destruindo. Em 1943, Mahoney mostrou que a sensibilidade do treponema à droga, a rapidez da sua resposta com regressão das lesões primárias e secundárias com uma dose apenas são vantagens que permanecem até os dias atuais, expondo assim que a penicilina agia em todos os estágios da sífilis, até hoje nenhum caso de resistência à penicilina foi relatado (KALININ, 2016).

Na maioria dos casos de reação à penicilina são benignas, ocorrendo reações anafiláticas entre 10 e 40 por 100.000 injeções aplicadas e 02 óbitos por 100.000. Em casos de alergia à penicilina, o teste intradérmico deve ser feito, dessensibilização com a penicilina via oral, conforme o Ministério da Saúde orienta (BRASIL, 1999).

A doses e quantidades de penicilina varia de acordo com as fases, o Ministério da Saúde recomenda outras drogas como a azitromicina, eritromicina e tetraciclina, porém sua ação não é superior a penicilina, passando assim a ser drogas de segunda linha (ISRAEL, 2008).

Nos casos de reação à penicilina devem ser usadas outros tipos de drogas alternativas, como a doxiciclina com dose de 100mg/dia, tetraciclina e a eritromicina com dose de 500 mg, de seis em seis horas, por 15 dias na sífilis recente e 30 dias na tardia (MASCOLA, 1984).

O Ministério da Saúde preconiza o tratamento na sífilis primária a penicilina benzatina 2.400.000 UI (Unidades Internacionais), intramuscular em dose única. Sem o tratamento, o cancro duro regride de 3 a 8 semanas após seu aparecimento sem deixar sequelas (NEVILLE, 2004).

A fase secundária e fase latente recente com menos de um ano, o tratamento segundo o Ministério da Saúde é a penicilina benzatina duas doses de 2.400.000 UI, intramuscular com intervalo de uma semana em cada dose, totalizando a dose de 4.800.000 UI (AVELLEIRA, 2006).

O tratamento na fase tardia e latente tardia, o Ministério da Saúde prioriza a penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular semanal, por 3 semanas, com dose total de 7.200.000 UI (LEÃO, 2006).

2.1.9. PREVENÇÃO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O enfermeiro é responsável por desenvolver ações preventivas e oferecer a realização de testes rápidos no intuito de diagnosticar a infecção, havendo ações em educação voltadas para as relações sexuais seguras (SOLINO *et al.*, 2020). No primeiro contato com o paciente infectado, o enfermeiro deve informar sobre a infecção, tratamento e os efeitos colaterais ao uso da penicilina, com a confirmação o profissional deve iniciar a administração do fármaco no tratamento, preconizando o esquema de acordo com Ministério da Saúde (COREN-PE, 2020).

A realização da notificação compulsória dos casos de sífilis positivo é responsabilidade do profissional, ele deve preencher a ficha e encaminhar para a Vigilância Epidemiológica do município, com o objetivo de controlar os agravos (LAZARINI & BARBOSA, 2017). A notificação é exigida nos serviços de saúde público e privado de saúde no intuito de monitorar e prevenir surtos de agravos, sendo obrigatório o enfermeiro e qualquer outro profissional de saúde realizar (LEITE *et al.*, 2016).

O enfermeiro quando interfere na consulta de enfermagem, na realização da educação em saúde e solicita exames complementares, se destaca frente a prevenção das ISTs diante da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, por isso a orientação sobre a vida sexual e práticas ajuda a diminuir os riscos de infecção da sífilis (BRASIL, 1986).

Deste modo, cabe ao enfermeiro realizar ações de assistência integral, realizar consultas de enfermagem e solicitar exames complementares sempre que necessário, orientar o paciente sobre as práticas sexuais e principalmente oferecer testes para sífilis e outras ISTs, acompanhando o tratamento e processo de cura do paciente e seus parceiros (RODRIGUES *et al.*, 2016).

2.2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental descritiva, de abordagem quantitativa, de acordo com Gil (2008) a pesquisa descritiva visa à descrição de características

de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis, compreendendo o uso de técnicas padronizadas para coletar os dados.

Os testes de VDRL positivos são constituídos por uma população com casos de sífilis adquirida, notificada no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). O instrumento de pesquisa utilizado foram os dados do DATASUS, tendo os seus registros de notificação e liberados pela Vigilância Epidemiológica utilizando as variáveis: gênero, etnia e idade. A pesquisa foi desenvolvida por meio de série temporal entre 2016 e 2020, realizada em Ibatiba, Espírito Santo.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) o Município de fomento da pesquisa está localizado em município no interior do estado do Espírito Santo situado na mesorregião Sul Espírito-Santense, com uma população total de 26.426 pessoas. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) [2010] é de 0,647.

Os dados de sífilis adquirida foram notificados e publicados no DATASUS, independente do gênero e etnia neste estudo. A idade a ser utilizada para o estudo foi acima de 15 anos, que é a idade mínima para as notificações do sistema. Devido o teste de VDRL se encontrar negativo nas formas primárias da doença, os mesmos foram excluídos. Os casos de sífilis congênita e gestantes também foram excluídos, devido a pesquisa ser voltada a trabalhar com casos de sífilis adquirida. Após a coleta os dados foram tabulados e organizados em uma planilha Excel, para análise estatística. Utilizou-se em todas as análises o teste VDRL.

2.3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Foram notificados e confirmados com sífilis adquirida um total de 58 pacientes, esses dados foram avaliados entre os anos de 2016 e 2020. Os dados foram obtidos através de uma pesquisa pública realizada pelo SINAN e disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica do município de Ibatiba, ES. Pode-se observar que o número de casos é maior em homens atingindo 34 (58,6%) indivíduos, enquanto em mulheres 24 (41,3%).

Tabela 1- Número de casos notificados de sífilis adquirida de 2016 a 2020. Ibatiba, ES, Brasil

SEXO	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
MASCULINO	08	06	12	08	00	34
FEMININO	05	05	07	04	03	24
TOTAL	13	11	19	12	03	58

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, SINAN.

A incidência de sífilis adquirida em 2016 foi de 0,04% de casos por 26.426 habitantes; em 2017 foi de 0,04% de casos por 26.426 habitantes; em 2018 foi de 0,07% de casos por 26.426 habitantes; em 2019 foi de 0,04% de casos por 26.426 habitantes e em 2020 foi de 0,01% por 26.426 habitantes. Dessa maneira, apresentando um aumento de 0,2% de 2016 a 2020. O aumento dos casos de sífilis adquirida no ano de 2018 (73,8%) quando comparado ao ano anterior (43,3%), demonstram a gravidade da preocupação do Ministério da Saúde ao ressaltar que a

sífilis é uma doença sexualmente transmissível que permanece como um problema de saúde pública, pois entre os anos de 2017 e 2018, a sífilis adquirida teve um aumento de 30,5% (AMANCIO, 2016).

Podemos encontrar uma situação de subnotificação no SINAN, devido a queda de casos entre 2019 e 2020, dentro das notificações da Vigilância Epidemiológica onde foram notificados 58 casos positivos e quanto comparado com as tabelas 3 e 4, os casos são de 53 pacientes, isso devido alguns pacientes não realizaram o teste no município e assim não conseguiram contato para fechar os casos. Em diversos países as subnotificações são um problema recorrente, causando a grande persistência da sífilis como um problema de Saúde Pública (TIAGO, et al, 2017).

Segundo o (MS, 2018) a notificação de sífilis adquirida em todo território nacional entre os anos de 2010 a 2018, foram notificados com um total de 650.258 casos de sífilis adquirida, na Região Sudeste 53,5%, no Sul 22,1%, no Nordeste 12,9%, no Centro-Oeste 6,5% e no Norte 4,9%. Em 2015 65.878 casos de sífilis adquirida foram notificados, apresentando uma taxa de detecção no aumento de 3,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018.

A prevalência das IST's é mais comum em homem do que em mulher podendo estar relacionado com as ações de promoção a saúde, exames de rotina, tratamentos, onde é maior a aceitação do sexo feminino e o homem apresenta resistência no uso do preservativo, (MIRANDA *et al.*, 2006).

Segundo MS, 2019 devido a pouca presença do sexo masculino em campanhas, consultas de rotina, redução do seu autocuidado gera uma insuficiência em ações de prevenção as IST, acarretando assim uma taxa de contaminação elevada, de acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis 2018, onde 60,1% foi adquirida em homens.

Em relação a taxa de detecção de sífilis adquirida, observa-se o aumento de casos no ano de 2017 com 11 casos (43,3%) para o ano de 2018 com 19 casos (73,8%). Esse aumento pode ser relacionado pela resistência de procurar o atendimento à saúde, em não usar preservativo, gerando uma grande contaminação e assim aumentando os casos (BRASIL, 2019).

Tabela 2- Casos e taxa de detecção de sífilis adquirida por ano de diagnóstico. Ibatiba - ES

SÍFILIS ADQUIRIDA	2016	2017	2018	2019	2020
CASOS	13	11	19	12	3
TAXA DE DETECÇÃO	51,9%	43,3%	73,8%	46,0%	0

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, SINAN.

A faixa etária foi analisada entre 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e 70 a 79 anos. É possível identificar o aumento na incidência de sífilis em todos os grupos, de 2016 a 2020. Entre esses anos, a maior concentração está entre 30 a 39 anos, com 19 casos ao total. As maiores faixas etárias se encontram em 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, já em contrapartida a partir dos 50 anos já se obtém números menores em relação às idades anteriores (BRASIL, 2016).

A faixa etária que mais apresentou casos foi de 30 a 39 anos, prevalecendo 35,8% dos infectados neste estudo, as explicações para que esse público esteja

entre os mais afetados ocorre de contato sexual desprotegido, múltiplos parceiros, uso de drogas ilícitas ou lícitas, fazendo uma maior disseminação (SANTOS, 2017). Em 2016 nos estudos realizados no município de Guanambi na Bahia a incidência de sífilis adquirida foi predominante na faixa etária de 15 a 35 anos (57,89%) dos casos, de acordo com (SOARES, CARVALHO, LIMA, 2019). Em Chapecó, Santa Catarina, a maioria foi predominante na faixa etária de 20 a 29 anos (38,4%) nos anos de 2015 e 2016 (ANTONIOLLI, SANAGIOTTO, 2018).

Tabela 3- Faixa etária dos pacientes testados para investigação de sífilis adquirida, no município de Ibatiba (ES), distribuídos por ano, nos anos de 2016 até 2020

FAIXA ETÁRIA	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
15 a 19 anos	0	1	1	1	0	3
20 a 29 anos	6	2	0	2	2	12
30 a 39 anos	3	4	7	4	1	19
40 a 49 anos	1	3	4	3	0	11
50 a 59 anos	1	1	2	2	0	6
60 a 69 anos	0	0	1	0	0	1
70 a 79 anos	0	0	1	0	0	1

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, SINAN.

Em relação a cor, a maioria se considera pardo sendo 27 (50,9%) indivíduos, brancos 19 (35,8%) e pretos 7 (13,2%), a sífilis não prevalece em uma etnia específica o que não corrobora com o Boletim Epidemiológico apresentando 40,1% para pessoas de cor branca e 31% para pessoas de cor parda (DANTAS, 2017).

Em um estudo na Bahia, 16,7% dos homens e 7,1% das mulheres se consideram pardos e 83,3% dos homens e 92,3% das mulheres foram considerados não pardos, enquanto que em Rio Grande 83% dos pacientes foram considerados pardos, de acordo com os estudos, a prevalência de sífilis em pardos é mais sugestiva de exposição a essa infecção (SOARES *et al.*, 2019).

Tabela 4- Relação entre os períodos analisados e a etnia dos pacientes notificados com sífilis no município de Ibatiba (ES)

COR	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
BRANCO	6	5	5	2	1	19
PRETO	2	0	3	2	0	07
PARDO	3	6	8	8	2	27

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, SINAN.

Os dados deste estudo relatados, refletem a necessidade de implementar estratégias e intervenção em toda atenção à saúde, no intuito de diminuir o número de infecções por sífilis adquirida. A Vigilância Epidemiológica sendo assim, realiza a notificação compulsória e consolida no intuito de efetivar as ações de controle (BRASIL, 2019).

A taxa de detecção da sífilis adquirida em 2013 foi de 19,5 casos por 100.000 habitantes para 2016 com 42,5 casos por 100.000 habitantes, já a sífilis congênita apresentou um aumento de 4,8 para 5,5 casos por 1.000 nascidos vivos, e a sífilis em gestante uma taxa de detecção de 6,5 para 6,8 casos por 1.000 nascidos vivos durante este período (BRASIL, 2019).

Foram notificados em 2016 no Brasil 87.593 casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante 12,4 casos por 1.000 nascidos vivos e sífilis congênita um total de 20.474 casos (SBI, 2017).

3.CONCLUSÃO

Este estudo propôs descrever características de uma população diagnosticada por sífilis adquirida, apresentando resultados estatisticamente relacionado à incidência durante 2016 a 2020 que foi (0,2%), mostrando que no município não ocorre de casos altos de um ano para o outro se mantendo nas estatísticas, os resultados encontraram uma baixa prevalência de sífilis no ano de 2020 (0,11%), resultado esse de subnotificação, impossibilitando saber a real situação neste ano, permanecendo um grave problema de saúde pública, mesmo possuindo diagnósticos e tratamentos simples. A insuficiência do diagnóstico e os profissionais de saúde não implementarem solicitação de testagem como rotina para as pessoas com vida sexual ativa implicam neste alto número de casos.

Diante da análise, é necessário intensificar ações para ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento a fim de controle da infecção, realização de estratégias evidentes de informações para a população sobre formas de prevenção da doença e promoção de saúde. Pode-se deduzir que os mais afetados pela infecção se dá pelo contexto cultural, o sexo masculino só procura atendimento se estiver doente e não tem uma rotina ao serviço de saúde, agravando assim o diagnóstico.

Sugere-se aos próximos trabalhos o reforço no grupo do sexo masculino onde é o mais afetado na infecção por sífilis, junto com as equipes de ESFs, a necessidade de campanhas, consultas de rotinas para que o autocuidado e participação desses sejam mais presentes a fim de prevenir as IST.

4. REFERÊNCIAS

AMANCIO, V. C. *et al.* Epidemiologia de sífilis congênita no Estado de Goiás. **Revista Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 58-63, 2016.

ANDRADE, L.D.F. *et al.* Promovendo ações educativas sobre sífilis entre estudantes de uma escola pública: relato de experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.18, n.2, p.157-160, abr/jun. 2014.

ANTONIOLLI, M. A; SANAGIOTTO, L. A. **Sífilis adquirida entre pacientes atendidos na rede básica de saúde no município de Chapecó-SC**. 6º Congresso Internacional em Saúde. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/10981>>. Acesso em 02 mai. 2020.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Anais Brasileiro Dermatologia. Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, pág. 111-126, março de 2006. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>>. Acesso em 11 abr. 2021.

AZULAY, M. M.; AZULAY D. R. **Treponematoses**. In: Azulay e Azulay. Dermatologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.240-51, 2004.

BITTENCOURT, M. J. S.; NASCIMENTO, B. A. M.; DRAGO, M. G. Nodular tertiary syphilis in an immunocompetent patient. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 4, p. 528-530, Aug. 2016.

BRASIL. Governo Federal. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1986, Seção 1:9271-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010**. v.47, n.35, Brasília, 2016. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria Ministerial nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica, para a detecção de HIV e Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <www.bvms.saude.gov.br>. Acesso em: 07 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** [Internet]. Brasília (DF); 24 out. 2011 [cited 2017 Dec 10]. Seção I, p. 48. Available from: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **A política brasileira de controle de DST/AIDS e hepatites virais: um ano e meio de conquistas e desafios**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas**. Brasília: Ministério da Saúde, p.68, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, p.44-54, 1999.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. **Bol Epidemiológico**, v.48, n.36, p.1-41, 2017.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem-PE (COREN-PE). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE**. PE-Recife: COREN 2ª Edição. Disponível em: https://www.coren-pe.gov.br/novo/wpcontent/uploads/2020/09/PROTOCOLO-DE-ATEN%C3%87%C3%83OB%C3%81SICA-2020_2%C2%BAEDI%C3%87%C3%83O-FINAL.pdf.>

DANTAS, L. A, *et al.* Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. **Enferm. glob.** v. 16, n. 46, p. 217-245, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200217&lng=es.>

DATASUS. **Departamento de Informações do SUS**, Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=30009921>>. Acesso em: 24 Nov. 2018.

FAGUNDES, R. N.; SOUZA, L. M.; PAIVO, A. C. H. S. Incidência de sífilis adquirida no município de São João del Rei-MG no período de 2015 a 2018. **Brazilian Journal of Development**, v.6, n.8, p.58834-58842, 2020.

ISRAEL, M. *et al.* **Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações bucais**. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 159-164, Jul/dez. 2008.

KALININ, Y. Sífilis: **aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento**. Odonto, v.23, n.45-46, p.65-76, 2016.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervenção Educacional na Atenção Básica para Prevenção de Sífilis Congênita. **Rev. latinoam. enferm.** (Online), v.25, p. 2845, 2017.

LEÃO, J. C.; GUEIROS, L. A.; PORTER, S. R. Oral Manifestations of syphilis. **Clinics**. São Paulo, v. 61, n. 2, p. 161-166, 2006.

LEITE, I. *et al.* Assistência de Enfermagem na Sífilis na Gravidez: Uma Revisão Integrativa. 2016. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiossaude/article/view/3417>.>

MARASCHIN, M. *et al.* **Caracterização de indivíduos acometidos por sífilis adquirida e congênita em um município do oeste do Paraná**. Nursing São Paulo, p. 2294-2298, 2018.

MARISTELA, *et al.* Sífilis na Gestação: Estratégias E Desafios Dos Enfermeiros Da Atenção Básica PARA O TRATAMENTO SIMULTÂNEO DO CASAL. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**. 2016 Dec; 29(Supl): p. 85-92.

MASCOLA, L.; PELOSI, R.; ALEXANDER, C. E. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, v.150, p.945–7, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, out. 2018. Disponível em:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>> . Acesso em 10 abr.2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde (2019). Sífilis 2019: Boletim Epidemiológico Especial. Brasília: Ministério da Saúde Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

MIRANDA, A. E.; CARVALHO, M. F.; LARA, L. T. R.; MOHERDAUI, F.; BARREIRA, D. Prevalência de infecção pelo HIV, sífilis, hepatites em homens com sinais e sintomas de DST. **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 8, n. 1, p.18-22, 2006.

MONTENEGRO, C.A.B. **Doenças Infecciosas**. in: _____ - Rezende, obstetrícia fundamental, 13ª ed. Rio de Janeiro, 2015.

NEVILLE, B. W.; *et al.* Infecções bacterianas. In: NEVILLE, B. W. *et al.* Patologia Oral & Maxilofacial. 2. **Edição...** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap.5, p.157-182.

NORIEGA, L.; *et al.* Periungual Lesion due to Secondary Syphilis. **Skin Appendage Disord**, Basileia, n. 2, p.116–119, Set. 2016.

NORONHA, A. C. C.; ISRAEL, M. S.; ALMEIDA, D. C. F.; MOREIRA, G. M.; LOURENÇO, S. Q. C.; DIAS, E. P. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. **DST J Bras Doenças Sex Transm**. v.10, n.18, p.190-93, 2006. Available from: <<http://www.dst.uff.br/revista18-3-2006/SIFILIS%20SECUNDARIA%20DIAGNOSTICO>> . Acesso em: Jan. 2012.

RODRIGUES, A. R.; *et al.* Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Rev Enferm UFPE**, v. 10, n. 4, p. 1247-55, 2016.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. Sífilis e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Dermatologia. 2. **Edição...** São Paulo: Artes Médicas, 2001. p.489-500.

SANCHEZ, M. R. Syphilis. In: Fitzpatrick 's Dermatology in general medicine. 6. **Edição...** USA: McGraw Hill; 2003. p. 2163-88.

SANTOS, A. R.; DIAS, C. S.; LIMA, D. S. **OCORRÊNCIA DE SÍFILIS ADQUIRIDA EM MACEIÓ-ALAGOAS NO PERÍODO DE 2013 A 2017**. Disponível em: <<http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/3275>> . Acesso em: 27 Jan. 2020.

SILVA, A. C. Z.; BONAFÉ, S, M. sífilis: **uma abordagem geral**. Maringá, Paraná. Brasil, 2013.

SILVA, M. A.; LAGO, K. S.; PENAL, H.P.; SILVA, F. M. R.; ANDRADE, S. N.; SANTOS, R. C. Educação em saúde e sua contribuição no conhecimento dos usuários acerca da sífilis. **Saúde coletiva**, v. 10, n.59, 2020. Disponível em: <<http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1069>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

SILVEIRA, S. J. S.; SILVA, J. Q. D.; DAMIANI, R. F. Análise dos casos de sífilis adquirida nos anos de 2010-2017: um contexto nacional e regional. **Braz. J. of Develop**. Curitiba, v. 6, n. 5, p. 32496-32515, mai. 2020.

SINGH, A. E.; ROMANOWSKI, B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic and some biologic features. **Clin Microbiol Revista**, v. 12, p. 187-209, 1999.

SOARES, E. S.; CARVALHO, E. M.; LIMA, K. T. L. L. Incidência de sífilis adquirida em uma cidade da microrregião do sudoeste baiano. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 51, n. 2, p. 115-19, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). **O desafio da sífilis**. Boletim out/2017, p. 06.

SOLINO, M. S. S.; *et al.* Desafios do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 5, p. 13917-13930, 2020.

TIAGO, Z. S.; PICOLI, R. P.; GRAEFF, S. VB.; ARANTES, R. Subnotificação de sífilis entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n. 3, p. 503-512, jul-set 2017.

ROTTA, O. Diagnóstico sorológico da sífilis. **Anais Brasileiros Dermatol**, v. 80, p. 299-302, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. Geneva: **World Health Organization**, 2001.