



## A EPIDEMIA DE SÍFILIAS EM SÃO JOÃO DEL-REI A PARTIR DE UMA VISÃO SOCIOESPACIAL

The Syphilis epidemic in São João del-Rei from a socio-spatial view

**Maria Tereza Waldolato Vomlel Senra**

Mestra em Geografia pela Universidade Federal de São João del-Rei

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6281-4848>

[mariaterezasenra@gmail.com](mailto:mariaterezasenra@gmail.com)

**Ivair Gomes**

Doutor em Geografia pela Universidade Federal Fluminense. Professor do Departamento de Geociências da Universidade Federal de São João del-Rei / DEGEO-UFSJ

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5897-5084>

[ivair@ufsj.edu.br](mailto:ivair@ufsj.edu.br)

Artigo recebido em set/2023 e aceito em dez/2023

---

### RESUMO

A Sífilis é uma doença infecciosa crônica antiga que acompanha a humanidade por séculos. No Brasil, há registros da presença da sífilis desde o período colonial. Atualmente, foi possível constatar um aumento significativo de casos de sífilis no Brasil. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores socioespaciais que contribuíram para a incidência de sífilis em São João del-Rei no período entre 2015 e 2019. O método utilizado foi o estudo retrospectivo e transversal através da análise sistemática do banco de dados coletados a partir do formulário do Sistema de Informação – Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) aplicado aos usuários do Sistema Único de Saúde dos anos de 2015 a 2019. Os dados foram agrupados em software e submetidos à análise estatística. A partir dessa análise estatística, foi possível constatar que após o levantamento estatístico dos dados, foi possível constatar que: (1) houve um crescimento exponencial de casos de sífilis entre os anos de 2015 a 2017, e, entre os anos de 2018 e 2019, houve um decréscimo de casos; (2) a faixa etária mais acometida foi a de 20 a 29 anos (47,7%), seguidas pelas faixas etárias de 30 a 39 anos (21,10%), acima de 50 anos (13,8%) e 13 a 19 anos (7,5%); (3) as pessoas do sexo masculino tiveram uma incidência maior de sífilis (61,3%) que as pessoas do sexo feminino (38,7%); (4) dos 55 bairros da cidade de São João del-Rei onde houve diagnóstico de pessoas com sífilis, (5) a zona urbana apresentou 98,30% das pessoas infectadas e a zona rural apresentou 1,70%; (6) a incidência de sífilis nas pessoas que não usaram drogas foi de 65,10% e, nas pessoas que usaram drogas foi de 34,90%; (7) o gênero heterossexual representou 72,60% da amostra, o homossexual representou 22,70% e o bissexual 4,80%; (8) as pessoas que tiveram um parceiro sexual representaram 34,60% e as pessoas com mais de um parceiro 65,40%.

**Palavras-chave:** Sífilis; São João Del Rey; Estudo Socioespacial.

## ABSTRACT

Syphilis is an ancient chronic infectious disease that has accompanied humanity for centuries. In Brazil, there are records of the presence of syphilis since the colonial period. Currently, it has been possible to see a significant increase in cases of syphilis in Brazil. The objective of this study was to identify the socio-spatial factors that contributed to the incidence of syphilis in São João del-Rei in the period between 2015 and 2019. The method used was a retrospective and cross-sectional study through the systematic analysis of the database collected from the form of the Information System - Testing and Counseling Center (SI-CTA) applied to users of the Unified Health System from 2015 to 2019. The data were grouped in Microsoft Excel and subjected to statistical analysis. From this statistical analysis, it was possible to verify that After the statistical survey of the data, it was possible to verify that: (1) there was an exponential growth of cases of syphilis between the years 2015 to 2017, and, between the years 2018 and 2019, there was a decrease in cases; (2) the age group most affected was 20 to 29 years old (47.7%), followed by the age groups 30 to 39 years old (21.10%), over 50 years old (13.8%) and 13 to 19 years (7.5%); (3) males had a higher incidence of syphilis (61.3%) than females (38.7%); (4) of the 55 neighborhoods in the city of São João del-Rei where people with syphilis were diagnosed, (5) the urban area presented 98.30% of the infected people and the rural area presented 1.70%; (6) the incidence of syphilis in people who did not use drugs was 65.10% and, in people who used drugs it was 34.90%; (7) the heterosexual gender represented 72.60% of the sample, the homosexual represented 22.70% and the bisexual 4.80%; (8) people who had a sexual partner represented 34.60% and people with more than one partner 65.40%.

**Keywords:** Syphilis; São João Del Rey; Social-spatial Study.

---

## 1. INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infecciosa crônica bastante antiga que tem sua origem um tanto quanto controversa. Temos duas teorias que retratam a longevidade da doença que acompanha a humanidade por séculos. A primeira é de Hipócrates, na Grécia antiga (600 anos A.C.). Já a segunda história diz que a sífilis foi trazida levada Américas para a Europa pela tripulação de Cristóvão Colombo durante as viagens marítimas do século XV (GRIEBELER, 2009; AVELLEIRA *et al.*, 2006).

É uma patologia que pode ser curada, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A transmissão pode ser via sexual (sífilis adquirida) ou verticalmente durante a gestação (sífilis congênita). Os principais sintomas estão relacionados ao tempo em que a pessoa tem a doença: A sífilis primária é o primeiro estágio da doença, que surge cerca de três semanas após o contágio. O principal sintoma da sífilis nesta fase é o surgimento do cancro duro, caracterizado por um caroço rosado que evolui para uma úlcera avermelhada, com bordas endurecidas e fundo liso, coberto por uma secreção transparente. A úlcera é indolor e costuma surgir nos órgãos genitais, mas também pode surgir na região anal, boca, língua, mamas ou dedos; os sintomas da sífilis secundária surgem cerca de 6 a 8 semanas depois do desaparecimento das lesões causadas pela sífilis primária. Durante essa fase, são comuns sintomas que afetam o corpo, tais como ínguas inflamadas, dor de cabeça, mal-estar geral, febre, perda de apetite e dores musculares e articulares, entre outros. Se não houver tratamento adequado, algumas pessoas podem chegar ao terceiro estágio da doença, que é

caracterizado por lesões mais graves na pele, boca e nariz, além de sérios problemas cardíacos, no sistema nervoso, nos ossos, nos músculos e no fígado. Esses sintomas podem aparecer de 10 a 30 anos após a infecção inicial e quando não é feito o tratamento da doença.

## 2. PANORAMA GEO-HISTÓRICO DA SÍFILIS NO BRASIL

A chegada dos europeus e dos escravos africanos teve um impacto significativo nos aspectos socioeconômicos e culturais dos colonizados no Brasil. A partir deste momento, “houve uma miscigenação das raças cercada por uma depravação sexual” (GRIEBELER, 2009). Esse comportamento sexual exacerbado não se limitava apenas ao prazer, mas tinha como objetivo demarcar traços europeus com o objetivo de consolidar os domínios econômicos sobre as riquezas da terra. Além das influências socioculturais, o processo de colonização também trouxe doenças como o sarampo, a varíola e a sífilis. Vale destacar que, nos séculos XVI ao XVIII, os surtos de sífilis no Brasil, assim como na Europa, ligados a um castigo divino, imoral e condenável (GRIEBELER, 2009; MANDU, 2002).

No início do século XIX, a ciência ainda não era suficientemente desenvolvida no Brasil e, enquanto não se usava o conhecimento microbiológico, a origem da sífilis ainda estava ligada aos excluídos como as prostitutas e os negros. A sífilis, na perspectiva médica brasileira do período, era entendidas como um conjunto de sintomas confusos, influenciados por preconceitos e superstições. As instituições governamentais de saúde eram responsáveis por fiscalizar e regular as condições de saúde do meio. A medicina se dedicava ao combate da desordem social, considerada a principal causa dos problemas de saúde existentes. Em suas bases, havia um projeto higienista, articulado à ordem e à moralidade. Gilberto Freyre alerta que a família foi o grande alvo das suas medidas, para controlar a mortalidade (sobretudo infantil) e estimular a natalidade, e proibir o exercício da sexualidade, sobretudo das mulheres (TORRES 1968; FREYRE, 1963).

A medicina no Brasil foi mais presente no combate às epidemias, principalmente com a microbiologia, que desvendou os agentes transmissores das doenças. Desta forma, foi possível amenizar o mito que se tem sobre o ato sexual. Esse seria, então, visto pelos estudiosos como um meio de disseminação da doença, desmistificando a questão moral que teria criado sua antiga concepção sobre a doença. O conceito de saúde pública evoluiu significativamente e a medicina trouxe novas ideias fundamentais para a elaboração de políticas públicas voltadas ao combate às doenças, tais como campanhas educativas, vigilância sanitária, saneamento de portos e cidades, imunização de massa e isolamento de doentes, conforme apontado por HELMAN (2003).

Nos anos 20, foi criada a base inicial da atenção médico-previdenciária, dirigida aos trabalhadores que trabalhavam no mercado urbano de setores de ponta, nos espaços geográficos que

se industrializavam. A nova organização se concentrava nos processos de cura, através de serviços específicos, o que a distinguia dos serviços voltados ao controle das doenças, através de medidas de higiene, educação sanitária e organização administrativa dos serviços.

A partir dos anos 40, a assistência médica passou a integrar de forma mais efetiva os serviços de saúde pública, especialmente nas áreas de controle de doenças transmissíveis e atenção à maternidade e infância. Além disso, a comprovação da eficácia da penicilina permitiu uma redução significativa nos riscos epidêmicos da sífilis no Brasil. Após a segunda guerra mundial, um desejo de desenvolvimento industrial e urbano no Brasil. Nesse contexto, a área da saúde buscou medidas públicas voltadas para a maternidade e infância, num cenário em que era necessário se preocupar com a formação de pessoas para o crescente trabalho industrial (MANDÚ, 2002).

A partir da segunda metade do século XX, houve uma proposta de medidas que se baseavam na história natural das enfermidades e apontavam o contexto social como um dos principais responsáveis. A nova proposta focaliza a integralidade do doente e a aplicação de medidas preventivas de saúde familiar, aumentando o uso de métodos contraceptivos e profiláticos, como forma de controlar a natalidade e epidemias (BOZON, 2004).

Os anos 80 foram caracterizados por diversas ações sociais, sendo que uma delas foi a busca pela emancipação da mulher enquanto classe. Isso permitiu uma inserção cada vez mais sistemática do olhar feminino no debate sobre os direitos das mulheres, a superação da violência presente nas relações e práticas em saúde feminina e a valorização das suas experiências corporais, resgatando o sentido mais amplo da sexualidade no interior dos serviços. Por conta disso, em 1983/1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa foi composto por medidas clínicas e educativas, a partir de critérios epidemiológicos, para acompanhar a gestação, o parto, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, o câncer ginecológico, além de medidas de anticoncepção e o tratamento da infertilidade (BARROSO, 1989, VAINFAS, 1986).

É relevante salientar que, no que diz respeito à ética, a sífilis, entre os anos 80 e 90 foi gradualmente sendo substituída pela AIDS. A mobilização social de organizações não-governamentais (ONGs) que se dedicam ao à AIDS e incentivaram iniciativas governamentais. Os crescentes números de casos e óbitos relacionados à AIDS contribuíram para a criação do Programa Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e AIDS. Além disso, as propostas de reforma sanitária apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde, que foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (GREGORI, 2014; GRIEBELER, 2009).

A relação entre a sífilis e a AIDS tomou um grande destaque nos estudos realizados a partir do final dos anos 90, uma vez que a infecção pelo HIV esteve associada às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Essas doenças facilitam a entrada do retrovírus, causando uma coinfeção, o que significa a infecção de mais de uma patologia ao mesmo tempo. Estudos antropológicos demonstram que a presença da sífilis está mais intimamente associada à prevalência do HIV do que qualquer outra doença venérea (CARRARA, 1996).

A questão das ISTs, a partir do século XXI, tem como foco três importantes desafios para a epidemiologia: a coinfeção sífilis/AIDS; a sífilis gestacional e a sífilis congênita. Em geral, todas as formas de infecção estão interligadas pelo mesmo modo de transmissão (BOZON, 2004).

A luta contra a sífilis e outras doenças decorrentes da evolução socioeconômica e cultural ocorridas nas décadas de 80 e 90 do século XX tem como foco principal o debate sobre a saúde reprodutiva e sexual feminina. Assim, houve uma abertura para a compreensão da reprodução e da sexualidade como áreas de direitos singulares. As pesquisas procuraram aprimorar esses conceitos sob a perspectiva da integralidade da vida e saúde, apoiados na discussão da igualdade de gênero e no entendimento da reprodução e sexualidade como processos inerentes às relações humanas (GRIEBELER, 2009; MANDU, 2002).

Não foram encontrados estudos territoriais a respeito da incidência de sífilis nos anos 80 e 90. Ainda é difícil encontrar estudos geográficos relevantes nesse período, especialmente entre os grupos que se dedicam à geografia da saúde.

A literatura sugere um fator sócio comportamental que pode contribuir para a compreensão desta lacuna histórica. A alta incidência de AIDS nos anos 80 e 90 teve um impacto geracional, uma vez que a população sexualmente ativa deste período desenvolveu uma cultura preventiva. Em 2010, devido ao progresso dos tratamentos e dos conhecimentos sobre sífilis, aids e outras doenças sexualmente transmissíveis percebeu-se um maior descaso com a prevenção por parte da população sexualmente ativa (LELES, 2017). É pertinente refletir: com o aumento do conhecimento científico sobre o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, houve um aumento nos casos, especialmente na sífilis. Dessa forma, no Brasil, a sífilis adquirida passou a ser notificada de forma obrigatória a partir de agosto de 2010 (BRASIL, 2019). No entanto, há estudos deste tipo sobre a AIDS neste período. Como já foi mencionado anteriormente, considerando relação entre a Aids e a Sífilis, é razoável supor uma possível semelhança amostral da incidência de Sífilis a partir da análise das taxas médias de incidência da AIDS em adultos no Brasil neste período, (BRASIL, 1999).

### 3. EPIDEMIA OU PANDEMIA?

Dada a relevância dos eventos relacionados à pandemia da Covid-19, torna-se crucial conceituar os termos Epidemia e Pandemia.

Epidemia é um termo grego que é composto por “epi (sobre) + dem (povo) + nosema (enfermidade)”. Em seu sentido clássico, significa “a manifestação coletiva de uma doença que se espalha rapidamente, seja por transmissão direta ou indireta, até atingir um grande número de pessoas em um determinado território, e depois, desaparece por um longo período” (RODRIGUEZ, 2021).

Além do conceito clássico, o termo epidemia também é usado em diferentes contextos. Em sentido figurado, o termo epidemia pode ser usado como “aumento de um fenômeno, comportamento”, tanto positivo quanto negativo, como uma epidemia de desempregados; uma epidemia de vendas de algum produto. Para este trabalho, utilizamos o conceito em sua forma clássica: doença infecciosa e contagiosa que se espalha ou ataca com rapidez um grande número de indivíduos em uma determinada região. Como exemplos recentes de epidemia, podemos citar a Sífilis (tema deste trabalho), a Dengue, a Chikungunya, o Zika vírus e a Febre Amarela (BARATA, 1987).

Ao atingir uma dimensão territorial global, o termo epidemia é substituído pelo termo pandemia, que significa “todo o povo” ou “todo o mundo”. É importante salientar que, ao longo da história, a humanidade enfrentou pandemias, dentre as quais destacamos duas Figuras descritas a seguir. A Peste Bubônica, também conhecida como Peste Negra, é considerada a mais devastadora de todas as pandemias que foram registradas nos últimos séculos. Aproximadamente um terço da população europeia foi exterminada pela peste em meados do século XIV. A principal diferença entre a pandemia da Peste Bubônica e o atual surto de COVID-19 é que a pandemia medieval foi causada por uma bactéria chamada *Yersinia pestis*, que se espalhava por pulgas que infestavam ratos e outros roedores. A pandemia de 1918-1920 (conhecida como gripe espanhola), causada pelo vírus influenza do tipo A (H1N1), apresenta algumas similaridades significativas com a atual pandemia de Covid-19. Além das semelhanças no que diz respeito à dinâmica de disseminação da doença, é importante salientar os paralelos de comportamento social da população em relação à doença, especialmente no que diz respeito ao negacionismo por parte da população e ao uso de medicamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, que era conhecida como cloro-quinino na época. A contaminação atingiu aproximadamente um quarto da população mundial e, segundo estimativas, houve 50 milhões de mortos. O número de mortos no Brasil foi de cerca de 35 mil (BITTENCOURT, 2020; CARVALHEIRO, 2008).

#### 4. SÍFILIS NO BRASIL ATUAL E EM SÃO JOÃO DEL REY

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são uma das principais questões de saúde pública no Brasil e no mundo. A reportagem do jornal O Globo do último dia 09 de novembro de 2023 tratou do aumento significativo dos casos de sífilis em bebês nos Estados Unidos, destacando que os especialistas falam em uma situação crítica” (MANDAVILLI, 2023).

A epidemia de Aids no Brasil nos anos 80 fez com que as autoridades públicas procurassem implementar implantar novas políticas públicas mais eficazes para o combate às IST/HIV, criando, dentre outros, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O CTA, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem como objetivo orientar, diagnóstico, tratamento e prevenção das ISTs.

É realizado por um psicólogo, assistente social ou enfermeiro, com o objetivo de acolher o usuário, fornece suporte emocional e estabelecer um diálogo baseado na confiança, a fim de auxiliá-lo a tomar decisões em relação à adoção de medidas preventivas em prol da melhoria da qualidade de vida.

Durante o aconselhamento, é utilizado um formulário padronizado pelo Ministério da Saúde para coletar dados dos usuários que serão considerados para fins de epidemiologia, o que reforça ainda mais a necessidade de estabelecer um diálogo baseado na confiança. O resultado/diagnóstico é fornecido pelo mesmo profissional que realizou a orientação aconselhamento e o tratamento por médico infectologista ou clínico.

Diante deste cenário, no município de São João del Rey, as ISTs, especificamente a sífilis, têm sido assistidas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O município em questão está localizado no Campo das Vertentes, com um total de 90 225 habitantes (BRASIL, 2023). A alta incidência da sífilis no nosso meio, bem como suas graves consequências para a saúde da população, nos leva a pensar nas diversas maneiras de controlá-la, uma vez que, apesar de todo o esforço do CTA, os números de portadores da Sífilis estão aumentando a cada dia. Dessa forma, este estudo procurará compreender quais são os possíveis fatores que contribuem para o aumento da incidência da sífilis.

Parte deste crescimento pode ser explicada pelo aumento da cobertura de testes rápidos, devido ao aumento do uso de testes rápidos, à diminuição do uso de preservativo e à resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica. Apesar disso, o crescimento é perceptível (BRASIL, 2017; CAMPOS, 2010; DONALISIO *et al.*, 2007).

Em 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre os quais, 185 óbitos - no Brasil. A grande maioria dos casos foi notificada na região Sudeste. As taxas de sífilis em gestantes encontradas nos estados

do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul são bastante elevadas. A sífilis congênita permanece como uma das principais causas, ao lado do estado de Pernambuco (BRASIL, 2017; OLIVEIRA e FIGUEIREDO 2011; BRASIL, 2003).

A sífilis adquirida teve um aumento significativo na taxa de detecção, passando de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. Parte deste aumento pode ser explicada pelo aumento da cobertura de testagem. A incidência de sífilis congênita e a detecção de sífilis em gestante aumentaram cerca de três vezes entre 2010 e 2016, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos. Dessa forma, é possível notar uma grande variedade de trabalhos que se concentram na sífilis gestacional. Nos estados do sul e sudeste, houve estudos que analisam os casos de sífilis congênita, enfatizando sua importância como indicador de qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes e buscando identificar pontos vulneráveis deste tipo de assistência. Nas regiões norte e nordeste, encontramos estudos que buscaram conhecer o perfil epidemiológico das gestantes. Houve um grande número de gestantes com sífilis que foram consideradas inadequadamente tratadas de acordo com as normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017; CAMPOS, 2010; LORENZI, 2001).

A sífilis tem sido usada como critério para avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes. Este enfoque analítico reforça a relevância de um estudo aprofundado sobre o controle da doença, uma vez que esta já é utilizada como um indicador de qualidade de serviços prestados.

## 5. METODOLOGIA

O estudo retrospectivo e transversal foi o método mais adequado para este trabalho, pois permite analisar casos antigos e novos de uma nosologia, que é a área da medicina que estuda e classifica as doenças num determinado local e tempo. A análise sistemática do banco de dados do CTA referente aos anos de 2015 a 2019 foi realizada a partir do formulário preenchidos pelos usuários do Sistema Único de Saúde. Este formulário segue o padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde, denominado SI-CTA, e contém todos os dados relevantes dos usuários portadores de sífilis. Possui 11 seções, sendo elas:

(1) a primeira aborda (das questões 1 a 10) os dados de orientação, como, por exemplo, o local onde realizará a testagem, o profissional que realizará o aconselhamento e a data do atendimento;

(2) a segunda seção aborda os dados do usuário (questões 11 a 22), como, o nome do usuário, data de nascimento, sexo, escolaridade, estado civil e ocupação;

(3) autorização e tipo de contato (telefônico, e-mail e/ou endereço);

(4) seção que informa os dados residenciais incluindo zona rural ou urbana;

(5) dados da requisição, em que são perguntados o motivo da procura, como soube da existência do CTA e qual será o encaminhamento pré-teste;

(6) seção são as notas de orientação, na qual o profissional registra observações pré e pós teste;

(7) antecedentes epidemiológicos: se o usuário apresentou IST nos últimos 12 meses, se é usuário de drogas e tipo de parceria sexual e quantidade nos últimos 12 meses;

(8) informações de uso de preservativos;

(9) seção traça o recorte populacional, como, se é profissional do sexo, população confinada, estudante, dentre outros;

(10) encaminhamentos pós teste, que determina qual o tratamento que o usuário deverá fazer;

(11) seção expõe o resultado da testagem rápida (BORDALO, 2006).

Foram analisados 530 casos de sífilis d no CTA no período de 2015 a 2019. Os casos foram divididos em 10 categorias, de acordo com o seu ponto de vista geográfico.

## 6. CASOS DE SÍFILIS

Em relação aos casos de sífilis por ano, foi possível notar que a incidência de Sífilis em São João del Rei está parcialmente de acordo com os dados nacionais, especialmente com o estado de Minas Gerais, como é demonstrado na tabela 1.

Enquanto a incidência de Sífilis adquirida em Minas Gerais aumentou entre 2015 e 2019, em São João del Rei, houve um aumento exponencial de casos de Sífilis entre os anos de 2015 e 2017, e, entre os anos de 2018 e 2019, houve um decréscimo nos casos. A seguir, apresentamos dois motivos para refletir sobre a diferença de incidência de casos. Em São João del Rei, é possível supor que o diagnóstico e o tratamento da Sífilis foram eficazes, o que resultou em um decréscimo do número de casos; e, ao analisarmos a curva de infecção (gráfico 1), é possível notar que, apesar de continuar crescendo, houve uma redução significativa na frequência de casos de Sífilis em Minas Gerais. Assim, podemos inferir que a redução de casos de Sífilis em São João del Rei e outras cidades pode ter ajudado a diminuir a taxa de infecções no estado. Essa inferência sugere a necessidade de estudos futuros para uma análise mais aprofundada dos casos de Sífilis registrados anualmente.

**Tabela 1:** Casos diagnosticados de Sífilis no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Ano	2015	44	8,30%
	2016	72	13,60%
	2017	201	37,90%
	2018	136	25,70%
	2019	77	14,50%
Total de casos	2015-2019	530	100%

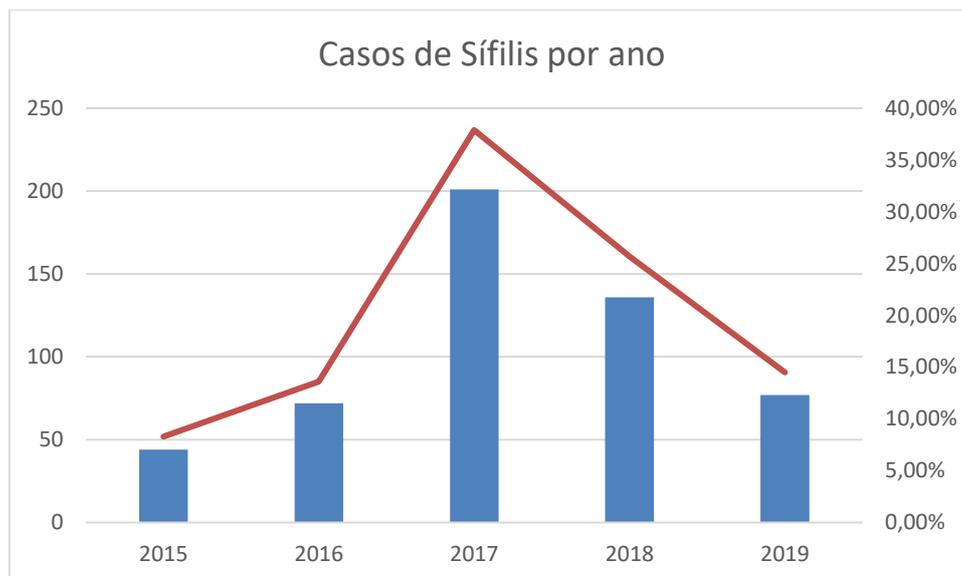


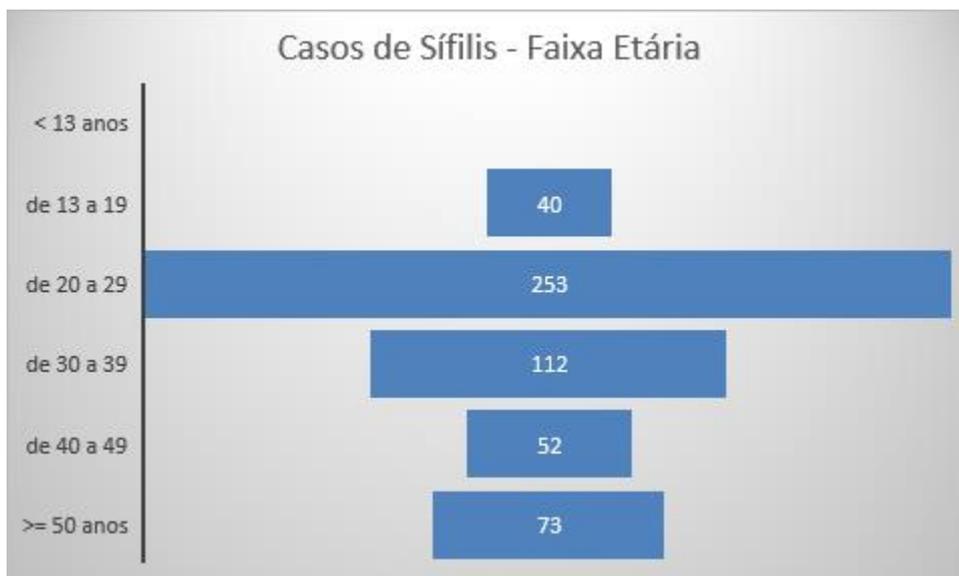
Gráfico 1 - Casos diagnosticados de Sífilis no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

### 6.1. Incidência de Sífilis por Faixa Etária

Em São João Del Rei, as pessoas mais afetadas foram as de 20 a 29 anos (47,7%), seguida pelas faixas etárias de 30 a 39 anos (21,10%), acima de 50 anos (13,8%) e 13 a 19 anos (7,5%), esses dados estão compatíveis com os indicadores nacionais (CLÓS MAHMUD, 2019; DANTAS *et al.*, 2017). CHIACCHIO *et al.* (2020) demonstram que a maior incidência de casos de Sífilis na faixa etária entre 20 e 29 anos se deve ao grande número de adolescentes e jovens adultos infectados por Sífilis devido ao início precoce e desprotegido da vida sexual. Além disso, “a uma dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde para realizar o tratamento de parceiros sexuais portadores de sífilis, o que corrobora a reinfeção do paciente já tratado”. São João Del Rei tem um alto índice de gravidez de adolescentes (SILVEIRA, 2013), o que reforça a hipótese do início precoce da vida sexual. Além disso, é uma cidade universitária, o que faz com que haja um grande número de jovens residentes na cidade. Isso pode contribuir para um adensamento populacional da faixa etária entre 20 e 39 anos (Edital de Licitação, 2014).

Tabela 2: Casos diagnosticados de Sífilis por Faixa etária no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Faixa Etária	< 13 anos	0	0,00%
	de 13 a 19	40	7,50%
	de 20 a 29	253	47,70%
	de 30 a 39	112	21,10%
	de 40 a 49	52	9,80%
	>= 50 anos	73	13,80%



**Gráfico 2** - Casos diagnosticados de Sífilis por Faixa etária no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

## 6.2. Incidência de Sífilis por sexo e por quantidade de parceiros

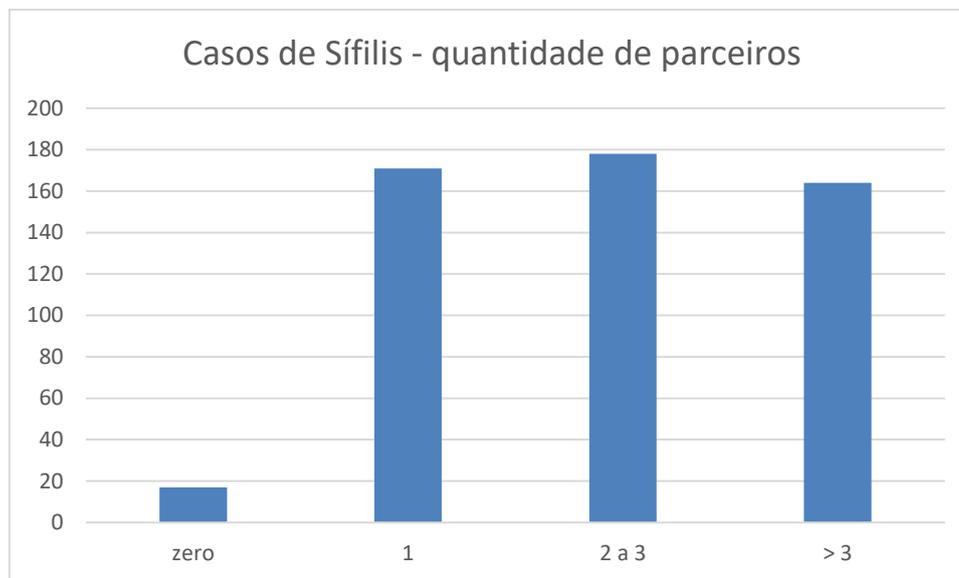
Os indivíduos do sexo masculino apresentam maior incidência de Sífilis (61,3%) do que os indivíduos do sexo feminino (38,7%). Este dado é coerente com a realidade brasileira: a Sífilis atinge um número maior de indivíduos do sexo masculino (59,4%) do que de mulheres (46,5%). Para uma análise aprofundada deste dado, foi necessário estabelecer uma relação com a quantidade de parceiros. Neste estudo, verificou-se que as pessoas que tiveram um parceiro sexual representaram 33%, enquanto as que tiveram mais de um parceiro representaram 60,60%. Macedo *et al.* (2017) afirmam que a promiscuidade aumenta a contaminação por Sífilis (e outros Ists) em até três vezes. Scanavino e Abdo (2010) “constataram que, no Brasil, os homens têm, em média, duas vezes mais parceiras(os) sexuais nos últimos 12 meses e mais de 50% de parceiras(os) significativas(os) ao longo da vida, em comparação com as mulheres”. Essa diferença, dentre outras razões, pode ser explicada pelo fato de o comportamento sexual masculino “se manifestar com mais frequência em ambientes sem vínculos afetivos, o que resulta numa maior frequência de troca de parcerias, enquanto o comportamento sexual feminino permanece mais ligado a vínculos afetivos”. Além disso, o sexo pago é mais acessível para homens e mais aceito por eles do que para as mulheres. Dessa forma, a maior quantidade de parceiros, juntamente com outros fatores, pode ter aumentado a incidência de Sífilis nas pessoas do sexo masculino.

**Tabela 3:** Casos diagnosticados de Sífilis por sexo no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Sexo	F	205	38,70%
	M	325	61,30%

**Tabela 4:** Casos diagnosticados de Sífilis por quantidade de parceiros no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Quantidade de parceiro	Não Informado	23	4,35
	Nenhum	16	3,05
	1	170	33,00%
	mais de 1	321	60,60%



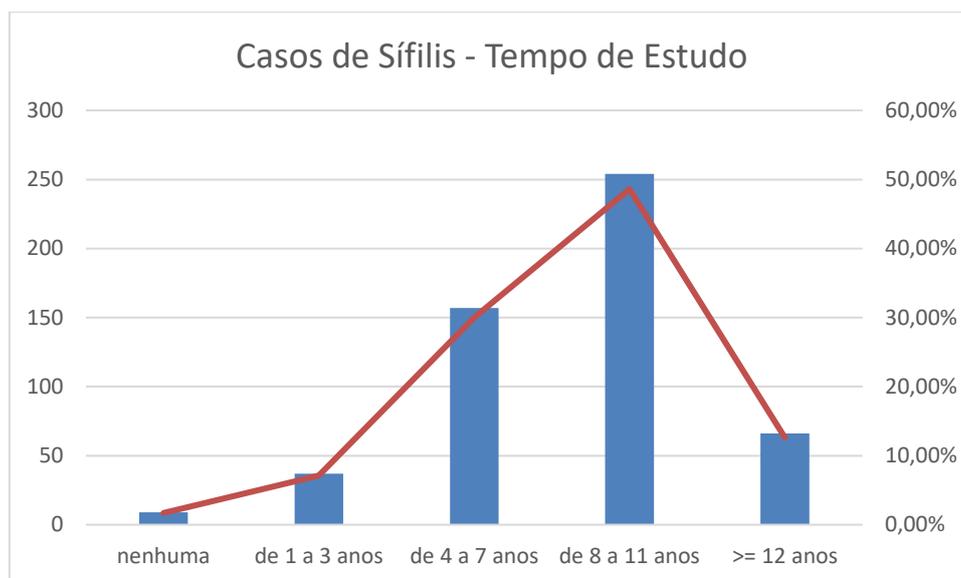
**Gráfico 4 -** Casos diagnosticados de Sífilis por quantidade de parceiros no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

### 6.3. Incidência de Sífilis por tempo de estudo

A incidência de Sífilis foi mais presente nas pessoas com tempo de estudo de 8 a 11 anos (48,60%). E, ao se considerar a categoria de  $\geq 12$  anos de estudo (12,6%), foi possível notar que 61,2% das pessoas infectadas por Sífilis em São João Del Rei tinham mais tempo de estudo. Esses dados não concordam com a tendência nacional de que as pessoas com menos escolaridade (de 1 a 7 anos) foram as mais infectadas pela Sífilis (cerca de 39%). É importante salientar a constatação de Scanavino e Abdo (2010) e Macedo *et al.* (2017), que constataram uma associação estatística significativa com uma média de parceiros(as) sexuais nos últimos 12 meses apenas entre as mulheres. Ou seja, quanto maior o tempo de estudo, menor a quantidade de parceiros sexuais. Essa associação não foi constatada em indivíduos masculinos. Dessa forma, é possível inferir que esta relação reforça o fator causal de uma maior incidência de Sífilis em homens. (MACEDO *et al.*, 2017).

**Tabela 5:** Casos diagnosticados de Sífilis por tempo de estudo no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Tempo de Estudo	Nenhuma	9	1,70%
	de 1 a 3 anos	37	7,10%
	de 4 a 7 anos	157	30,00%
	de 8 a 11 anos	254	48,60%
	>= 12 anos	66	12,60%



**Gráfico 5 -** Casos diagnosticados de Sífilis por tempo de estudo no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

#### 6.4. Distribuição da Sífilis por bairros

Dos oito bairros da cidade de São João del Rei onde foram diagnosticados casos de Sífilis, os que apresentaram a tiveram maior incidência foram o Tijuco (28,30%), Matosinhos (23,58%), Senhor dos Montes (14,52%) e Centro (11,13%). No decorrer dos últimos 20 anos, o crescimento urbano de São João Del Rei tem se distanciado cada vez mais da área central. Essa expansão urbana apresenta características segregatórias. A divisão econômica hierarquizada do espaço está se tornando cada vez mais evidente, sendo possível notar três padrões de ocupação na cidade: o da área central (centro histórico protegido pelo patrimônio cultural), o das periferias de classes médias e médias-altas e o dos territórios periféricos habitados pela população de baixa renda. Os bairros de baixa renda (dentre eles o Tijuco) se situam no sentido oeste de São João Del Rei, nas bordas da BR 265, sentido Lavras (acesso à Fernão Dias) e os bairros de média e alta renda mais a leste, no sentido Colônia do Marçal e adjacências. Dada a morfologia urbana desfavorável, por exemplo, com a existência de becos escuros, os riscos de desastres naturais, de acesso ao tráfico de drogas e a prostituição, além da super ocupação dos bairros e das casas, pode-se especular que o bairro Tijuco apresenta um cenário favorável à precarização da saúde de seus moradores, contribuindo, desta maneira, para apresentar

maior índice de infecção de Sífilis em São João Del Rei. No que diz respeito ao bairro Matosinhos, situado na região leste de São João Del Rei e com uma população de renda média, pode-se inferir que a incidência de Sífilis foi elevada devido ao fato de ser o mais populoso de São João Del Rei. De acordo com a tabela 6, houve um número maior de testagens do que em outros bairros.

**Tabela 6:** Total de testagens rápidas realizadas no CTA de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019.

<b>Total de testagens no CTA São João del-Rei 2015 a 2019</b>						
<b>Região</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Bonfim</b>	328	341	206	164	185	1224
<b>Centro</b>	164	293	240	241	283	1221
<b>Colônia Marçal</b>	125	161	184	167	230	867
<b>Fábricas</b>	124	114	201	154	160	753
<b>Jardim Central</b>	1	2	1	10	3	17
<b>Matosinhos</b>	358	359	476	477	546	2216
<b>Senhor dos Montes</b>	233	231	295	242	256	1257
<b>Tijuco</b>	397	341	446	435	436	2055
<b>Rural</b>	29	44	36	47	41	197
<b>Total</b>	1759	1886	2085	1937	2140	9807

**Tabela 7:** Casos diagnosticados de Sífilis por Bairro no Município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

<b>Bairros</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Bonfim</b>	4	7	17	9	2	39	7,35
<b>Centro</b>	6	7	25	13	8	59	11,13
<b>Colônia Marçal</b>	1	7	9	10	2	29	5,47
<b>Fábricas</b>	3	3	16	7	6	35	6,6
<b>Jardim Central</b>	0	0	1	0	0	1	0,19
<b>Matosinhos</b>	12	14	48	26	25	125	23,58
<b>Senhor dos Montes</b>	7	15	24	23	8	77	14,52
<b>Tijuco</b>	10	17	57	43	23	150	28,3
<b>Rural</b>	1	2	4	5	3	15	2,83
<b>Total</b>	44	72	201	136	77	530	100

Distribuição Espacial da Sífilis na Cidade de São João del Rei de 2015 a 2019

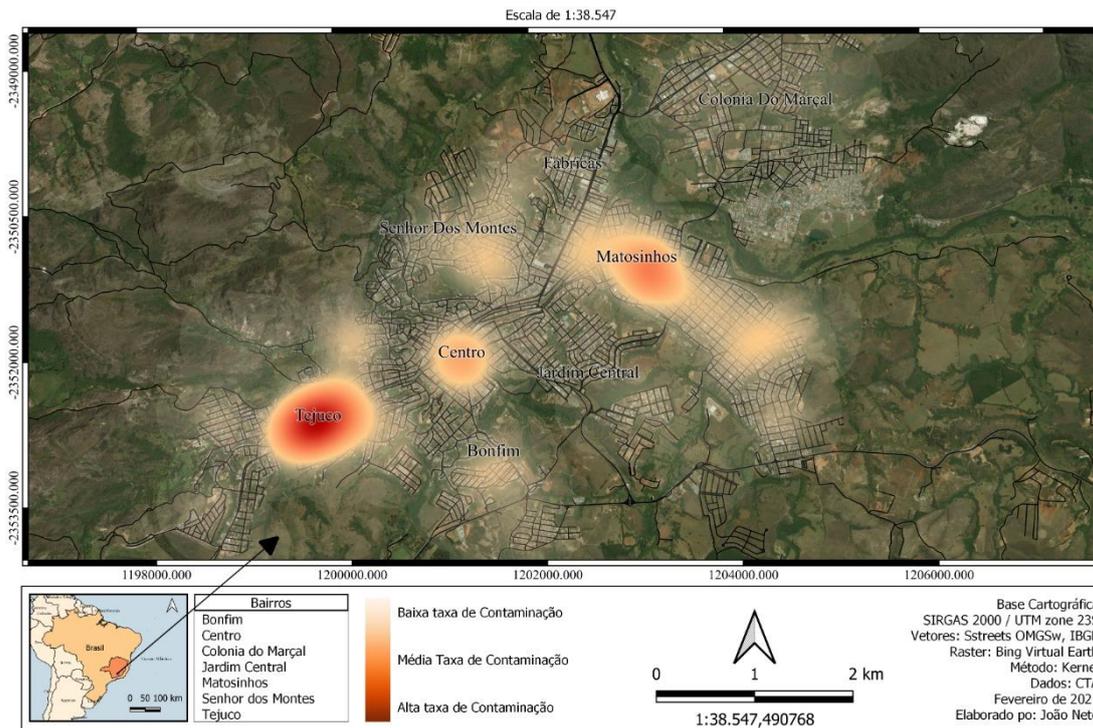


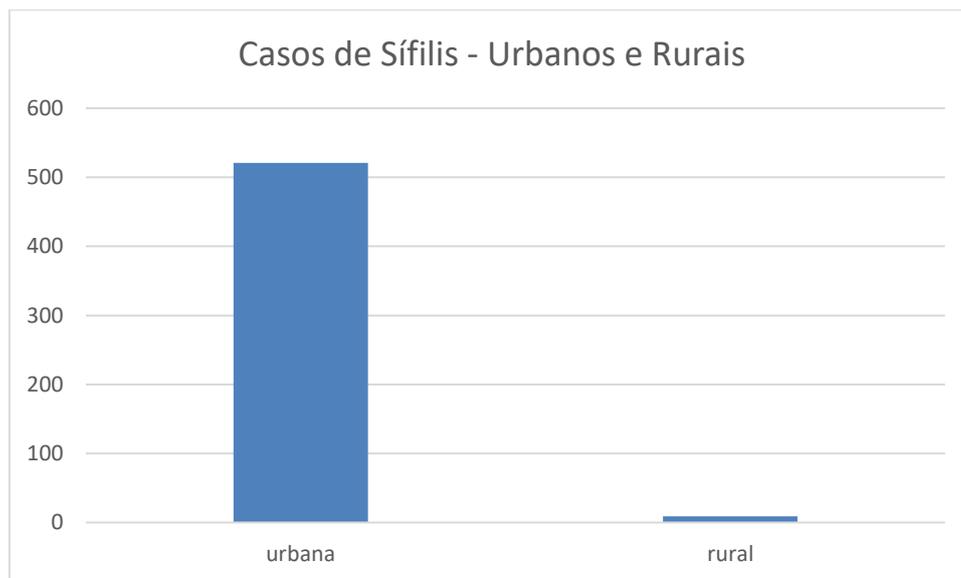
Figura 1 - Distribuição espacial da Sífilis na cidade de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

### 6.5. Incidência de Sífilis em zonas urbanas e rurais

A área urbana apresentou 98,30% das pessoas infectadas, enquanto a área rural apresentou 1,70%. No Brasil, há uma grande incidência de Sífilis nas áreas urbanas (cerca de 65%) em relação às áreas rurais (cerca de 35%) (COSTA *et al.*, 2020; ARAUJO *et al.*, 2020; DANTAS *et al.*, 2017). Os dados apresentados em São João Del Rei estão de acordo com a tendência nacional, apesar da “distância estatística” ter sido mais extrema. Ao analisar a tabela Sífilis Adquirida - Bairro X Ano, foi possível constatar um número baixo de infectados entre os anos de 2015 a 2019 na zona rural de São João Del Rei. Isso pode ter ocorrido por uma questão casual da amostra, mas podemos supor que as limitações de acesso aos serviços públicos de saúde da população da zona rural podem ter causado uma falta de testagem adequada nesta população, como mostra a tabela 8 (COSTA *et al.*, 2020).

Tabela 8: Casos diagnosticados de Sífilis por região Urbana e Rural no município São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Urbana ou Rural	Urbana	521	98,30%
	Rural	9	1,70%



**Gráfico 6** - Casos diagnosticados de Sífilis por região Urbana e Rural no município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

### 6.6. Uso de drogas e incidência de Sífilis

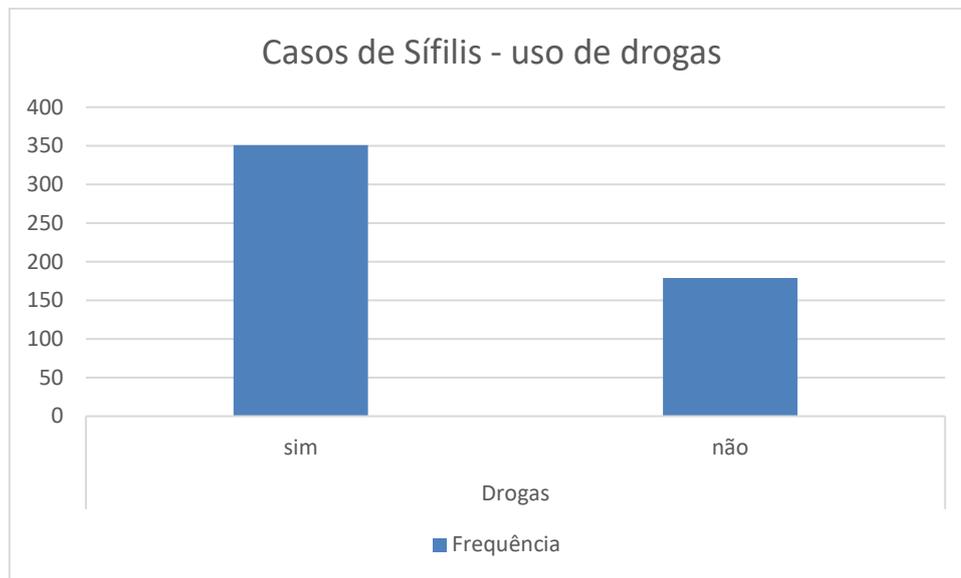
A incidência de Sífilis nas pessoas que usaram drogas foi de 66,20% e, nas que não usaram é de 33,80%. Este dado corrobora a conclusão de Brignol *et al.* 2015, que concluíram que o uso de substâncias psicotrópicas pode aumentar em até três vezes as chances de contrair Sífilis. Há estudos que distinguem a incidência de Sífilis entre o uso de substâncias ilícitas (PINTO *et al.*, 2014) e o uso de substâncias ilícitas e lícitas (Nogueira *et al.*, 2017). Esta discriminação interfere sensivelmente nos resultados estatísticos.

Para este trabalho, foram consideradas as opções de uso de substâncias ilícitas (cocaína, crack e maconha) ou lícitas (álcool). A frequência de uso foi identificada pelos números 2 (já experimentou substâncias psicoativas, mas não usa mais), 3 (usa de vez em quando) e 4 (usa frequentemente), uma vez que o formulário do CTA de São João del Rei considerou essas opções de drogas e a numeração.

**Tabela 9:** Casos diagnosticados de Sífilis em usuários e não usuários de álcool e outras drogas no município São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual	Total
Drogas	sim	351	66,20%	530
	não	179	33,80%	
Álcool	2	22	6,30%	351
	3	250	71,20%	
	4	79	22,50%	
Maconha	2	27	26,20%	103
	3	34	33,00%	
	4	42	40,80%	
Cocaína Aspirada	2	29	30,90%	94
	3	25	26,60%	
	4	40	42,60%	

Cocaína Injetável	2	1	50,00%	2
	4	1	50,00%	
Crack	2	15	31,30%	48
	3	7	14,60%	
	4	26	54,20%	
Outras	2	4	40,00%	10
	3	3	30,00%	
	4	3	30,00%	



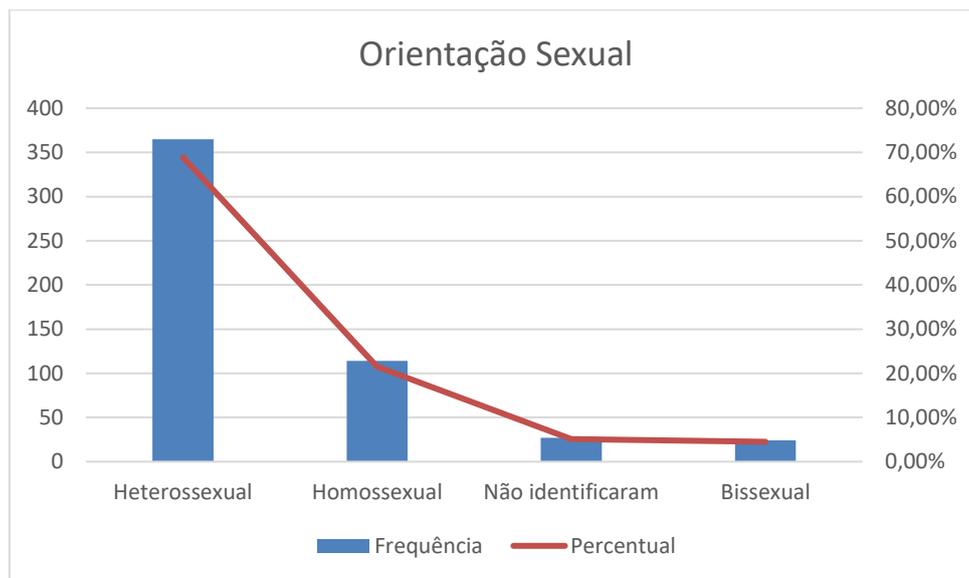
**Gráfico 7:** Casos diagnosticados de Sífilis em usuários e não usuários de álcool e de outras drogas no município São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

### 6.7. Incidência de Sífilis por orientação sexual

A orientação heterossexual representou 68,9% da amostra, o homossexual 21,5%, o bissexual 4,5 e 5,1% não se identificaram. Este dado é coerente com a realidade brasileira, que mostrou que a incidência de Sífilis é maior entre os heterossexuais (80%) do que entre os homossexuais (20%) (PINTO *et al.*, 2014). Segundo Brignol *et al.* (2015), “o Brasil, ainda é pouco tolerante com a população LGBTQIA+, o que pode resultar numa dificuldade para os homossexuais assumirem sua sexualidade devido ao “preconceito e ao número de crimes e homicídios cometidos contra esta população”. Dessa forma, podemos concluir que esses fatores podem ser impeditivos para o acesso ao serviço de saúde.

**Tabela 10:** Casos diagnosticados de Sífilis por orientação sexual no município São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Orientação Sexual	Heterossexual	365	68,90%
	Homossexual	114	21,50%
	Não identificaram	27	5,10%
	Bissexual	24	4,50%



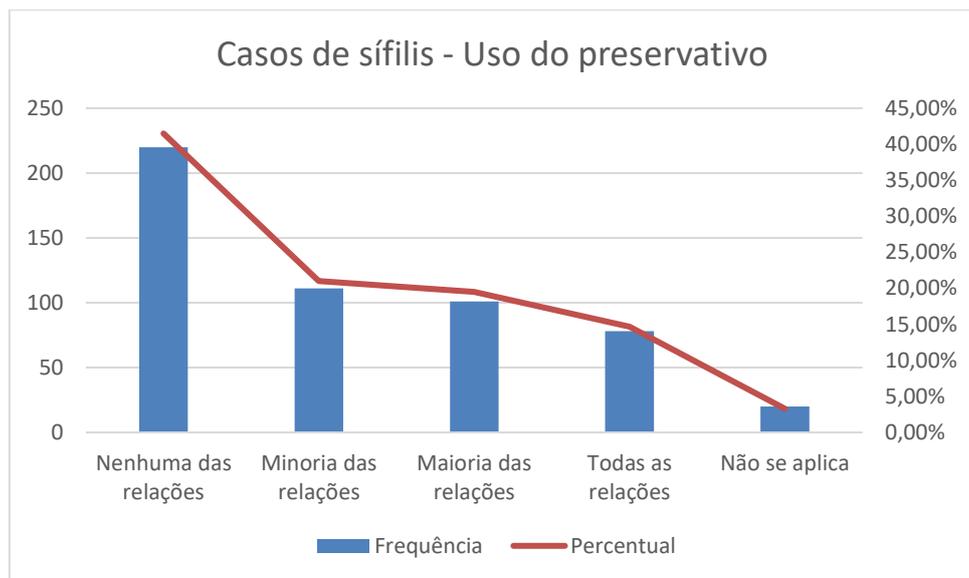
**Gráfico 8** - Casos diagnosticados de Sífilis por orientação sexual no município de São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

### 6.8. Incidência de Sífilis e uso de preservativo

Em São João Del Rei, as pessoas que usaram preservativos nos últimos 12 meses representaram 14,70%, enquanto as que não o fizeram representaram 82%. A tendência nacional é de pouca adesão ao uso de preservativo (NOGUEIRA *et al.*, 2017). Bretas *et al.* (2009) salientam que a adesão ao uso de preservativo está intimamente relacionada ao autocuidado e à convicção da necessidade de proteção. Sendo assim, o uso constante de preservativo nas relações sexuais é um dos principais fatores que protegem contra as Ists. No entanto, ao enumerar os principais motivos para não usar preservativo: 1- Não gosta; 2- Confia no parceiro(a); 3- O parceiro(a) não aceita; 4- Está sob efeito de álcool/Drogas e 5- Não dispõe no momento, percebeu-se que a maioria dos motivos são comportamentais (NOGUEIRA *et al.*, 2017). Dessa forma, pode-se concluir que o maior acesso às informações e aos tratamentos das Ists, provavelmente, contribuiu para uma atitude de risco inversa, ou seja, a população, ao invés de procurar a prevenção, tende a assumir um comportamento de risco ao não usar preservativo.

**Tabela 11:** Casos diagnosticados de Sífilis por uso de preservativo no município São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Uso do preservativo nos últimos doze meses	Nenhuma das relações	220	41,50%
	Minoria das relações	111	21,00%
	Maioria das relações	101	19,50%
	Todas as relações	78	14,70%
	Não se aplica	20	3,30%



**Gráfico 09** - Casos diagnosticados de Sífilis e uso do preservativo no município São João del Rei nos anos de 2015 a 2019 no CTA.

## 7. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a incidência de Sífilis em São João Del Rei foi maior nas áreas urbanas do que na zona rural, o que concorda com a realidade brasileira. Dessa forma, é possível concluir que a essa hipótese apresentada pelo trabalho foi confirmada.

Os dois bairros com maior incidência de Sífilis em São João Del Rei, Tijuco e Matosinhos, apesar de estarem situados geograficamente em regiões distintas (oeste e leste, respectivamente), estão situados em regiões periféricas da cidade, confirmando, dessa forma, a hipótese de que a incidência de Sífilis foi maior em bairros periféricos da cidade.

O tempo de estudo mostrou uma associação estatística significativa com a média de parceiros(as) sexuais apenas entre as mulheres, ou seja, quanto maior o tempo de estudo, menor o número de parceiros sexuais. Essa associação não foi relevante entre os homens. Dessa forma, a hipótese de que quanto menor o nível de instrução/escolaridade maior o número de infectados pela Sífilis não foi confirmada. Os dados apresentados em São João Del Rei não coincidem com os dados nacionais.

A incidência de Sífilis entre heterossexuais foi maior do que entre os homossexuais. A hipótese de que a incidência de Sífilis seja maior entre os nos homossexuais foi refutada.

Foi demonstrado que a promiscuidade pode aumentar, em até três vezes, a probabilidade de contaminação por sífilis. A ideia de que quanto maior o número de parceiros, maior o número de infectados pela Sífilis foi confirmada.

Foi constatado que a adesão ao uso de preservativos foi reduzida entre os indivíduos do grupo de estudo. Esse dado foi semelhante à tendência nacional, o que confirma a hipótese de que quanto maior o número de relações sexuais sem proteção, maior o número de infectados pela Sífilis.

A incidência de Sífilis em indivíduos que usam substâncias psicoativas foi significativamente superior à de indivíduos que não usam substâncias psicotrópicas. O uso de substâncias psicotrópicas aumenta em até três vezes as chances de se adquirir Sífilis. Dessa forma, a hipótese de que a incidência de Sífilis é maior entre os usuários de drogas foi confirmada.

Todas as inferências e especulações apresentadas necessitam de mais aprofundamento para esclarecer de forma mais clara dos dados que foram retratados estatisticamente. Este trabalho pode ser um ponto de partida para futuros estudos contribuir para uma maior variedade de estratégias de combate às Ists.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua Relação com a Estratégia da Família. **Saúde Pública**, v. 46, n. 3, 2012.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. **Sífilis**: Diagnóstico, tratamento e controle. Rio de Janeiro: Anais Brasileiros de Dermatologia, 2006. 16p.

BARATA, R. C. B. Epidemias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-15, 1987.

BARROSO, C. As Mulheres e as Nações Unidas: as linhagens do plano mundial de população. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 183-197, 1989.

BITTENCOURT, P. J. S. **As pandemias na História**. 2020. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/erechim/noticias/artigo-as-pandemias-na-historia>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BORDALO, A.A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, 2006.

BOZON, M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 170p.

BRASIL – SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, 2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, v. 5, n. 1, 2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Evolução temporal das doenças de notificação compulsória no Brasil de 1980 a 1998. Edição especial. Brasília, 1999

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis**. 2018. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/Sifilis>>. Acesso em: 01 fev, 2021.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília: Programa Nacional de IST e AIDS, 2007.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de IST/AIDS. Perspectiva Histórica das Definições de Caso de AIDS no Brasil Vigentes até 2003. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, v. 17, 2003.

BRASIL – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 36, 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joao-del-rei.html>. Acesso em: 09 jan. 2023.

BRETAS, J. R. S. *et al.* Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 551-557, 2009.

BRIGNOL, S. *et al.* Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1035-1048, 2015.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* **Epidemiologia da Sífilis Gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2010.

CARRARA, S. *et al.* **Tributo a Vênus: A luta contra a Sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 327p.

CARVALHEIRO, J. R. Epidemias em escala mundial e no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 7-17, 2008.

CHIACCHIO, A. D. *et al.* Perfil epidemiológico de Sífilis adquirida nas regiões do Brasil no período de 2010 a 2019. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 8, n. 2, 2020.

CLÓS MAHMUD, I. Sífilis Adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 2, 2019.

COSTA, G. S. *et al.* O ambiente rural e sua relação com as infecções sexualmente transmissíveis. **Brazilian Journal Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10494-10507, 2020.

DANTAS, L. A. *et al.* Perfil epidemiológico de Sífilis adquirida diagnosticada y notificada em hospital universitário materno infantil. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 217-245, 2017.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-Natal. **RBGO**, Caxias do Sul, v. 23, n. 10, 2001.

DONALISIO, M. R.; FREYRE, J. B. R.; MENDES, E. T. Investigação da Sífilis Congênita na Microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiol. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 3, 2007.

FREYRE, G. M. **Casa Grande & Senzala**. Brasília: Universidade de Brasília, 1963. 728p.

GREGORI, J. A. R. **Doenças sexualmente transmissíveis.** Intervenção educativa em adolescentes do Posto de Saúde Aldeia da Prata. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

GRIEBELER, A. P. D. **A Concepção Social Da Sífilis No Brasil:** Uma Releitura Sobre o Surgimento e a Atualidade. 2009. 71 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde & doença.* Porto Alegre: Artmed, 2003. 432p.

LELES, B. **Por que os casos de Sífilis aumentaram no país?.** 2017. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/por-que-os-casos-de-Sífilis-aumentaram-no-pais/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

MACEDO, V. C. *et al.* Fatores de risco para Sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, v. 78, 2017.

MANDAVILLI, Apoorva. **Número de Bebês com Sífilis cresce nos EUA, e especialista fala em Situação Crítica.** O Globo. Rio de Janeiro, 09 nov. 2023. p. 1-2. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2023/11/09/numero-de-bebes-com-sifilis-cresce-nos-eua-e-especialista-fala-em-situacao-critica.ghtml>. Acesso em: 09 set. 2023.

MANDU, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 358-371, 2002.

NOGUEIRA, F. J. S. *et al.* Caracterização dos Usuários Atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em Infecções Relacionadas ao Sexo. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 243-250, 2017.

OLIVEIRA, D. R; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem Conceitual Sobre a Sífilis na Gestação e o Tratamento de Parceiros Sexuais. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 2, 2011.

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. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 341-354, 2014.

RODRIGUEZ, J.; TREVINO, G. Etimologia de Epidemia. 2021. Disponível em: <http://etimologias.dechile.net/?epidemia>. Acesso em: 21 jan. 2021.

SCANAVINO, M. T. ABDO, C. H. N. Parceiros sexuais nos últimos 12 meses e parceiros significativos ao longo da vida, segundo o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 3, p. 138-142, 2010.

SILVEIRA, A. D. **Controle da Gravidez na Adolescência:** Plano de ação de equipe da Saúde da Família do Município de Barroso – Minas Gerais. Trabalho de conclusão de curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

STARLING, H. M.; SCHWARCZ, L. **A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil.** São Paulo: CIA DAS LETRAS, 2020. 368p.

TORRES, J. C. O. **História das Ideias Religiosas no Brasil.** São Paulo: Gribaldo, 1968. 440p.

VAINFAS, R. **História e sexualidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 100p.

VARGAS, A. P. *et al.* Demência por neuros Sífilis: evolução clínica e neuropsicológica de um paciente. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 578-582, 2000.