

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA - EMC**

MYLENA SILVA AMARAL DE MELO

**O ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOB A
PERSPECTIVA MÉDICO-LEGAL: UM ESTUDO NARRATIVO E HISTÓRICO DAS
PROFILAXIAS E CONDUTAS PARA A SÍFILIS E O SEGUIMENTO PÓS
AGRESSÃO**

RIO DE JANEIRO

2024

MYLENA SILVA AMARAL DE MELO

**O ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOB A
PERSPECTIVA MÉDICO-LEGAL: UM ESTUDO NARRATIVO E HISTÓRICO DAS
PROFILAXIAS E CONDUTAS PARA A SÍFILIS E O SEGUIMENTO PÓS
AGRESSÃO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Medicina da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Orientador: Prof. Me. Carlos André Bueno Klojda
Coorientadora: Prof^a Dra. Regina Rocco

RIO DE JANEIRO

2024

MYLENA SILVA AMARAL DE MELO

**O ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOB A
PERSPECTIVA MÉDICO-LEGAL: UM ESTUDO NARRATIVO E HISTÓRICO DAS
PROFILAXIAS E CONDUTAS PARA A SÍFILIS E O SEGUIMENTO PÓS
AGRESSÃO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Medicina da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Data de aprovação: 27 de fevereiro de 2023

Antonio D'Acri

Doutor em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
Prof. Associado de Dermatologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Luiz Augusto Giordano

Doutor em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo
Prof. da disciplina de Ginecologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Ana Luiza Cury Guimarães Caó

Médica de família e comunidade pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Mestre em Atenção Primária à Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
(Suplente)

À Deus, meus pais, familiares e amigos,
quero dedicar este trabalho. Às mulheres
que sofreram violência sexual, isto é por
você.

Denunciem!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por ter me abençoado e ajudado a chegar até aqui. O caminho foi árduo, mas a sua luz me guiou. Entendi, finalmente, o que é olhar a tristeza nos olhos e sorrir.

Agradeço aos meus pais, Angela e Fernando, por todo apoio, motivação, preocupação e cuidado comigo. O amor e o brilho nos olhos de vocês foram o combustível para eu não parar. Sou eternamente grata pelos sacrifícios, marmitas e trocadinhos que me sustentaram durante esses 6 anos.

Sou grata por cada familiar que como numa força tarefa me auxiliou financeiramente e até emocionalmente nesse caminho. Em especial ao tio Almir que sempre confiou em mim, ao primo Flávio e Tio Joel que cuidaram de mim como uma filha e minha prima Geovanna, que com seu carinho e toda inocência de criança foi um alívio e trouxe felicidade nos dias difíceis.

Minha gratidão às “fadas da med”, meu grupo espetacular da faculdade. Ana Beatriz, Michelly, Sarah e Thalita, é uma honra chegar ao fim dessa trajetória com vocês. A amizade que cultivamos junto a todo companheirismo nos trouxe até aqui e esse é só o começo de uma jornada linda que viveremos.

Por fim, quero agradecer aos meus professores e cada funcionário da UNIRIO que estiveram comigo nesse caminho e que certamente foram fundamentais para minha formação médica. Com os senhores eu aprendi a abraçar a responsabilidade de fazer a diferença na vida de cada pessoa que eu conhecer. Agradeço aos meus orientadores Carlos Klodja e Regina Rocco por toda orientação e empenho no ensino e agradeço também a banca que prontamente aceitou participar desse dia memorável.

“O médico precisa de uma cabeça com lucidez e de um coração com compaixão.”

“O médico que conhece a sífilis, conhece a medicina.”

- William Osler

RESUMO

Este estudo objetiva investigar o atendimento médico-legal à mulher vítima de violência sexual, com foco na sífilis, analisando as profilaxias e condutas pós-agressão. A pesquisa envolveu revisão narrativa da literatura e consulta a bases de dados renomadas, resultando em 26 artigos científicos analisados. Os objetivos específicos incluíram a análise da evolução histórica da abordagem médico-legal à violência sexual, a investigação das formas específicas de violência de gênero e a análise crítica da eficácia das profilaxias, com ênfase na prevenção da sífilis. Os resultados revelam lacunas na pesquisa sobre a interseção entre sífilis e violência sexual, destacando a escassez de estudos específicos sobre essa relação. O aumento expressivo nos casos de sífilis e violência sexual demanda atenção imediata, indicando a necessidade de políticas eficazes para abordar simultaneamente essas questões de saúde pública. A discussão destaca a urgência de pesquisas mais aprofundadas e focadas na interação entre sífilis e violência sexual. O aumento alarmante dessas realidades ressalta a importância de intervenções eficazes e políticas abrangentes para prevenção. A prevenção da sífilis e da violência de gênero é apresentada como uma questão crítica de saúde pública, cuja abordagem integral contribuirá para uma sociedade mais equitativa.

Palavras-chave: Violência sexual; Sífilis; Medicina legal; Profilaxia pós exposição; Profilaxia; Saúde pública.

ABSTRACT

This study aims to investigate the medical-legal care provided to women who are victims of sexual violence, with a focus on syphilis, analyzing prophylaxis and post-assault conduct. The research involved a narrative literature review and consultation of reputable databases, resulting in the analysis of 26 scientific articles. Specific objectives included analyzing the historical evolution of the medical-legal approach to sexual violence, investigating specific forms of gender-based violence against women, and critically analyzing the effectiveness of prophylaxis, with emphasis on syphilis prevention. The results reveal gaps in research on the intersection between syphilis and sexual violence, highlighting the scarcity of specific studies on this relationship. The significant increase in cases of syphilis and sexual violence demands immediate attention, indicating the need for effective policies to address these public health issues simultaneously. The discussion emphasizes the urgency of more in-depth and focused research on the interaction between syphilis and sexual violence. The alarming increase in these realities underscores the importance of effective interventions and comprehensive policies for prevention. The prevention of syphilis and gender-based violence is presented as a critical public health issue, whose comprehensive approach will contribute to a more equitable society.

Keywords: Sexual violence; Syphilis; Medical-legal care; Post Exposure Prophylaxis; Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022.....	22
Figura 2 - Número de notificações de violência contra a mulher no Brasil de 2010 a 2021.....	24
Figura 3 - Distribuição proporcional das notificações de violências contra a mulher segundo tipo de violência e ciclo de vida no Brasil em 2021.....	26
Figura 4 - <i>Treponema pallidum</i>	27
Figura 5 - Exemplos de manifestações de sífilis.....	29
Figura 6 - Abordagem clássica.....	31
Figura 7 - Linha do tempo da profilaxia.....	33
Figura 8 - Desenvolvimento da Sifilografia no Brasil.....	34
Figura 9 - Fachada principal do hospital da Fundação Gafrée-Guinle.....	34
Figura 10 - Perícia oficial na investigação de crimes sexuais.....	40
Figura 11 - Fluxograma de atendimento em unidades básicas de saúde às mulheres vítimas de violência.....	40
Figura 12 - Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis.....	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Casos e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2023.....	22
Quadro 2 - Recomendações para o tratamento de sífilis.....	32
Quadro 3 - Tratamento para profilaxia das IST em situação de violência sexual.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FTA-ABS	Teste de anticorpo treponêmico fluorescente absorvido
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus humano
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IST	Infecção sexualmente transmissível
LCS	Líquido cefalorraquidiano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RPR	Rapid plasm reagin
SciELO	Scientific Electronic Library Online
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNC	Sistema nervoso central
SUS	Sistema Único de Saúde

TPPA Aglutinação de partículas de *T. pallidum*

VDRL Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	14
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo geral	16
1.2.2 Objetivos específicos	16
2 MÉTODOS	17
3 RESULTADOS	19
3.1 CONCEITOS INICIAIS E HISTÓRICOS	19
3.1.1 Epidemiologia da Sífilis Adquirida no Brasil X Epidemiologia Violência Sexual	20
3.1.2 Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher: Avanços e Desafios	23
3.1.3 Variações nas Notificações de Violência Contra as Mulheres: Análise por Faixa Etária	24
3.2 FISIOPATOLOGIA DA SÍFILIS	26
3.2.1 Abordagem Clínica da Sífilis: Manifestações e Estágios.....	28
3.2.2 Diagnóstico da Sífilis: Uma Abordagem Laboratorial	30
3.3 PANORAMA HISTÓRICO DA PROFILAXIA DA SÍFILIS NO BRASIL	32
3.4 ABORDAGEM INTEGRADA APÓS AGRESSÃO SEXUAL	36
3.4.1 Manejo Clínico e Perícia Médica	36
3.4.2 História e Exame	37
3.4.3 Procedimentos Periciais e Coleta Forense	38
3.4.4 Medidas Preventivas e Abordagem Terapêutica Pós-Violência Sexual	40
3.5 A JORNADA NO SISTEMA DE ATENDIMENTO PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: EM BUSCA DO ACOMPANHAMENTO PARA A SÍFILIS	41
3.6 INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLE.....	42
4 DISCUSSÃO	44
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

A persistente problemática da violência contra a mulher remonta a séculos anteriores, sendo fundamentada na justificação da dominação entre os gêneros. A mitologia grega, por exemplo, atribui a origem dos males do mundo à curiosidade feminina de Pandora, o que vinculou as mulheres ao mito e sujeitando-as a ataques baseados exclusivamente em seu sexo (1, 2).

Ao longo do século XX, a denominação dessa violência evoluiu, passando de violência intrafamiliar para violência contra a mulher, violência doméstica e, mais recentemente, violência de gênero. Estudos contemporâneos a caracterizam como uma manifestação do desequilíbrio de poder, afetando mulheres em diversas faixas etárias e ambientes (3). No Brasil, as primeiras medidas de proteção à mulher surgiram no início dos anos 2000, incluindo a notificação compulsória de casos e a Lei Maria da Penha, em 2006, que reconheceu a vulnerabilidade das mulheres devido à desigualdade de gênero e caracterizou cinco formas de violência de gênero (3).

A literatura médica destaca o impacto negativo da violência na saúde da mulher, associando-a a diversos problemas físicos, emocionais, econômicos e sociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada três mulheres, pelo menos uma é submetida à violência física/sexual durante a vida, totalizando, aproximadamente, 736 milhões de mulheres em todo o mundo (4).

O sistema legal brasileiro, com as modificações na Lei nº 12.015/2009, ampliou o conceito de estupro, tornando crucial o atendimento imediato às vítimas para minimizar os impactos traumáticos. Nesse contexto, a atenção à mulher vítima de violência sexual ganha destaque, requerendo cuidados específicos, incluindo profilaxias para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como HIV e sífilis (5).

A sífilis, uma IST tratável, emerge como um ponto crítico, com potencial fatal se negligenciada. Esta doença, causada pelo *Treponema pallidum*, persiste desafiadora, apesar do tratamento disponível desde 1943 com penicilina benzatina (benzetacil) (6,7). Se não tratada adequadamente, a sífilis pode evoluir para estágios graves, afetando sistemas cardiovasculares, ósseos, cutâneos e neurológicos (5).

A incidência de sífilis, especialmente entre vítimas de violência sexual, tem aumentado, sendo subnotificada devido a falhas no atendimento inicial (6, 8). A falta

de proteção durante agressões sexuais contribui para a alta prevalência da sífilis, exigindo uma avaliação minuciosa, coleta de dados e prescrição de tratamento para oferecer apoio e minimizar traumas (6, 9).

O atendimento às vítimas de violência sexual transcende unidades de pronto atendimento e hospitais especializados, permeando todos os níveis de cuidado. Profissionais de saúde devem estar preparados para oferecer suporte, considerando que as vítimas frequentemente retêm informações sobre o trauma, o que impacta sua vida em diversos aspectos (10, 11). A relevância desse tema é evidenciada pelas iniciativas governamentais e protocolos específicos para atenção integral às pessoas afetadas (12, 13).

Diante deste contexto, esta pesquisa busca explorar o atendimento à mulher vítima de violência sexual sob a perspectiva médico-legal, com foco nas profilaxias e condutas para a sífilis e o seguimento pós-agressão, considerando a importância e a urgência em questões de saúde pública.

1.1 JUSTIFICATIVA

A violência contra a mulher é uma realidade histórica profundamente enraizada na sociedade, marcada por desequilíbrios de poder e perpetuação de estereótipos de gênero. Este fenômeno transcende fronteiras geográficas e culturais, constituindo-se como um desafio global para a sociedade contemporânea. No âmbito brasileiro, a complexidade desse problema é acentuada por questões sociais, econômicas e culturais.

A abordagem médico-legal na prestação de cuidados às vítimas de violência sexual é de extrema importância, especialmente quando se considera a sífilis como uma IST prevalente e subnotificada entre essa população. A ausência de atenção adequada durante o atendimento inicial, somada à falta de informações sobre a sífilis, destaca a necessidade de aprofundamento na compreensão desse cenário.

A relevância desta pesquisa é evidenciada pela escassez de estudos que investiguem detalhadamente o atendimento médico-legal às mulheres vítimas de violência sexual, enfocando especificamente as profilaxias e condutas relacionadas à

sífilis. A sífilis, sendo uma doença tratável, representa uma ameaça significativa à saúde pública quando negligenciada.

Ademais, a compreensão dos fatores que contribuem para o aumento dos casos de sífilis entre vítimas de violência sexual é crucial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção eficazes. Considerando o caráter interdisciplinar do tema, que envolve áreas como medicina, direito e assistência social, esta pesquisa pretende contribuir para a construção de um conhecimento mais abrangente e aprimorado sobre o assunto.

Além disso, a legislação brasileira passou por mudanças significativas nos últimos anos, destacando a importância de se reavaliar e compreender o impacto dessas alterações no atendimento às vítimas de violência sexual. A Lei nº 12.015/2009, que ampliou o conceito de estupro, reforça a necessidade de atualização e reflexão sobre a eficácia das medidas legais vigentes.

Portanto, esta pesquisa visa preencher lacunas no conhecimento existente, contribuindo para o avanço da compreensão do atendimento médico-legal às mulheres vítimas de violência sexual, com um enfoque específico nas profilaxias e condutas relacionadas à sífilis. A expectativa é que os resultados desta investigação possam informar políticas públicas, práticas clínicas e protocolos de atendimento, promovendo uma abordagem mais abrangente e eficaz para lidar com essa problemática persistente.

1.2 OBJETIVOS

Para responder o problema de pesquisa anteriormente proposto, foram estabelecidos os seguintes objetivos.

1.2.1 Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo geral investigar o atendimento médico-legal à mulher vítima de violência sexual, sob a perspectiva da sífilis, analisando as profilaxias e condutas adotadas no seguimento pós-agressão.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Analisar a evolução histórica da abordagem médico-legal à violência sexual contra a mulher;
2. Investigar as formas específicas de violência de gênero direcionadas à mulher, destacando a sífilis como uma preocupação de saúde pública e sua relação com a violência sexual;
3. Analisar criticamente a eficácia das profilaxias e condutas adotadas no seguimento pós-agressão, com foco especial na prevenção da sífilis e suas implicações para a saúde das vítimas.

2 MÉTODOS

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, optou-se por conduzir uma revisão narrativa não sistemática da literatura, empregando critérios qualitativos na busca de estudos catalogados em bases de dados renomadas, tais como PubMed/Medline, Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Google Scholar, Centers for Disease Control and Prevention, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Biblioteca Cochrane. A estratégia de pesquisa envolveu a combinação dos seguintes termos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa: “Violência Sexual/ Sexual violence/ violencia sexual”, “Violência contra a Mulher/ Violence Against Women/ Violencia contra las mujeres”, “Infecções sexualmente transmissíveis/ Sexually Transmitted Infections/ Infecciones de transmisión sexual”, “IST/ STI/ ITS”, “Sífilis/ Syphilis/ Sífilis”.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram os seguintes: disponibilidade em português, inglês ou espanhol; abordagem exclusiva da temática do estudo; ter sido publicado nos últimos 10 (dez) anos e publicação registrada nas bases de dados mencionadas. Realizou-se uma leitura exploratória e seletiva para identificar os artigos mais relevantes, excluindo duplicatas entre as bases de dados. A amostra final desta revisão contemplou 26 artigos científicos, considerando apenas aqueles cujo texto completo estava disponível gratuitamente.

Os critérios de exclusão abrangeram artigos fora do escopo, idiomas não contemplados nos critérios de inclusão, e estudos que exploravam outras ISTs ou diferentes formas de violência, como patrimonial e moral. Resultados duplicados foram também excluídos.

Adicionalmente, realizou-se uma pesquisa nos sites governamentais, nas esferas federal, estadual e municipal, bem como em órgãos de saúde e de segurança pública relacionados ao atendimento e à proteção de vítimas de violência sexual. O propósito era buscar manuais, protocolos e diretrizes referentes à profilaxia pós-exposição e ao atendimento dessas vítimas.

No que diz respeito ao mapeamento do sistema, além dos dados obtidos nos documentos pesquisados conforme os critérios mencionados, foram examinados documentos oficiais, como protocolos, dossiês e normas técnicas, provenientes de

órgãos e entidades associados à proteção da mulher. Destacam-se, entre essas instituições, o Fórum Nacional de Segurança Pública, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde de diversos estados e municípios. Esse processo visou assegurar uma abordagem abrangente, embasada nas diretrizes estabelecidas por instituições especializadas e comprometidas com a proteção das vítimas de violência sexual.

3 RESULTADOS

3.1 CONCEITOS INICIAIS E HISTÓRICOS

A trajetória da sífilis na Europa, no final do século XV, revela-se em um contexto marcado por adversidades como guerras, fome e catástrofes, propiciando epidemias e doenças. A origem da sífilis permanece envolta em mistério, com teorias que apontam para sua possível origem em regiões da Ásia, África meridional e América. Estudos divergentes sugerem que a doença pode ter chegado à Europa durante as grandes navegações do século XV (14), enquanto outros argumentam que a sífilis já estava presente desde a Antiguidade, confundida com outros patógenos (15). No contexto brasileiro, sifilógrafos afirmam que, apesar de estar presente na América, a sífilis não existia no Brasil pré-cabralino (12).

Associada inicialmente a conflitos territoriais, a sífilis viu sua relação com atividades sexuais intensificar-se nos prostíbulos de cidades portuárias espanholas e pelos portos europeus. O estigma associado à sífilis, carregado de conotações pecaminosas e discriminatórias, refletia sua repulsividade e era vinculado a um castigo divino e aos supostos comportamentos imorais das vítimas (16). A transição para uma perspectiva biomédica, a partir do final do século XIX, marcou uma "revolução científica" na compreensão médica da sífilis, focando no agente causal, sintomas, transmissão, medidas terapêuticas e profiláticas, consolidando a chamada luta anti venérea. A identificação do *Treponema pallidum* como agente causador, realizada em 1905, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman, em Berlim, foi um marco crucial nesse processo (13).

A história da sífilis reflete não apenas avanços científicos, mas também as transformações sociais que moldaram seu impacto ao longo dos séculos. No contexto brasileiro, os jesuítas, ao desembarcarem no país no século XVI junto com os portugueses, foram os primeiros a perceber a disseminação da sífilis. Contudo, apenas em 1901, com o estabelecimento da Sociedade para a Profilaxia Moral e Sanitária, as ações efetivas para combatê-la começaram a ser implementadas. O período entre o final do século XIX e o início do XX registrou alta incidência de sífilis no Brasil, afetando aproximadamente um quinto da população entre 1920 e 1940. A

falta de obrigatoriedade na notificação de casos nesse período dificulta a obtenção de dados precisos. Estimativas datadas de 1921 indicavam que seis milhões de pessoas no Brasil estavam contaminadas pela sífilis naquele momento, correspondendo a 20% da população (13).

A década de 1960, com mudanças sociais relacionadas ao comportamento sexual e a introdução da pílula anticoncepcional, testemunhou um aumento de casos de sífilis, desvinculando-a do estigma por conta da existência de tratamento a partir de então. Entretanto, o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), no final da década de 1970, reconfigurou o cenário das doenças sexualmente transmissíveis. A identificação da sífilis como facilitadora na transmissão do vírus HIV revitalizou o interesse médico e científico, demandando estratégias para controle da doença.

Diante do ressurgimento da sífilis, mais de um século após a primeira campanha contra a doença, a resposta requer uma abordagem abrangente, envolvendo o fortalecimento e ampliação do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), implementação de ações preventivas, disponibilização de insumos para testagem, promoção do tratamento e treinamento adequado para profissionais de saúde. Desafios na adesão ao tratamento, atribuídos a barreiras culturais e socioeconômicas, destacam a necessidade de abordagens mais sensíveis e adaptadas ao contexto individual (17). Quando observamos as campanhas de saúde pública no Brasil desde a década de 1920, a propaganda emerge como ferramenta essencial no enfrentamento das doenças. No entanto, é crucial reconhecer que, embora desempenhem um papel estratégico, essas campanhas possuem limitações. Estudos indicam que, frequentemente, as campanhas priorizam anúncios informativos, sendo necessário incorporar estratégias complementares e considerar as particularidades locais para maximizar sua eficácia (18).

Dada a prevalência e a sensibilidade ao atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS), é imperativo que os profissionais realizem diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos adequados de pessoas diagnosticadas com sífilis (13; 17).

3.1.1 Epidemiologia da Sífilis Adquirida no Brasil X Epidemiologia Violência Sexual

No período de 2012 a junho de 2023, o Sinan registrou um total de 1.340.090 casos de sífilis adquirida, sendo 50,0% na região Sudeste, 22,3% no Sul, 14,2% no Nordeste, 7,2% no Centro-Oeste e 6,3% no Norte. Em 2022, foram notificados 213.129 casos no Brasil, com 47,8% na região Sudeste, 21,7% na região Sul, 15,0% na região Nordeste, 7,7% na região Norte e 7,8% na região Centro-Oeste.

De 2012 a 2018, as taxas de detecção de sífilis adquirida tiveram um crescimento médio anual de 35,4%. Contudo, em 2019, a taxa manteve-se estável e declinou em 23,4% em 2020, devido à pandemia de COVID-19. A partir de 2021, as taxas voltaram a subir, alcançando valores superiores ao período pré-pandemia em todo o país, com um aumento de 23,0% no último ano. Entre 2021 e 2022, o crescimento foi de 26,6% na região Centro-Oeste, 24,9% no Sudeste, 24,1% no Sul, 19,1% no Norte e 15,9% no Nordeste.

Durante esse período, o Nordeste apresentou o menor aumento percentual no diagnóstico de casos de sífilis adquirida (16,4%), refletindo possivelmente no indicador de percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, que atingiu um valor mais elevado (43%) em 2022. A falta de diagnóstico e tratamento adequado de sífilis adquirida pode contribuir diretamente para o aumento de casos. Portanto, é crucial ampliar a detecção de sífilis adquirida e implementar tratamento adequado para reduzir a exposição de gestantes e, por conseguinte, a transmissão vertical do *Treponema*.

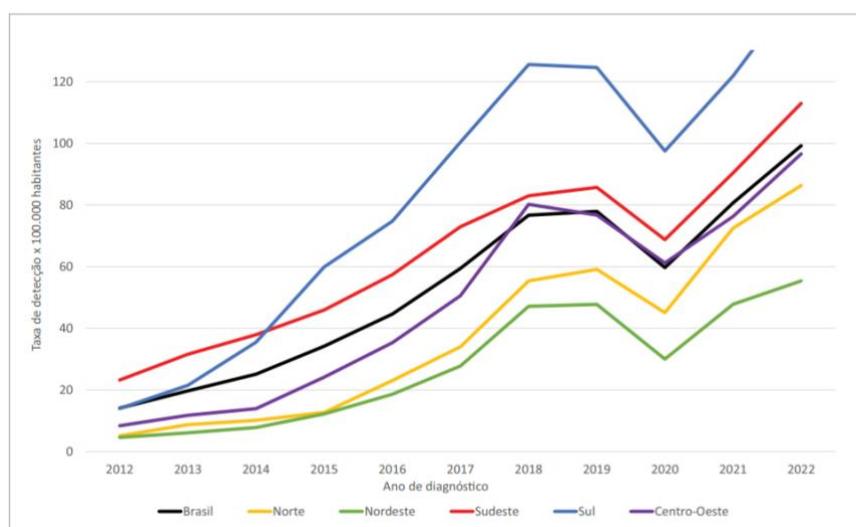


Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Sífilis 2023. [Internet]. Gov.br. 2023 [cited 2024 Mar 05]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023>

UF/Região de residência	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		Total	
	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx		n								
Brasil	27964	14,1	39358	19,7	50625	25,1	69527	34,2	91513	44,6	122895	59,4	159849	76,7	163729	77,9	126340	59,7	172098	80,7	213129	99,2	103063	48,3	8459	1340090
Norte	857	5,1	1481	8,7	1743	10,1	2215	12,7	4077	23,0	6098	34,0	10069	55,4	10891	59,1	8415	45,1	13707	72,5	16518	86,3	8459	84530	10783	
Roraima	62	3,8	116	7,0	189	11,3	312	18,4	691	40,2	753	43,3	1182	67,3	999	56,2	1051	58,5	1780	98,1	2450	133,6	1198	1198	10783	
Acre	5	0,6	26	3,2	46	5,6	84	10,1	143	16,9	320	37,4	492	56,6	309	35,0	253	28,3	1349	148,8	1316	143,2	811	5154		
Amazonas	604	16,4	945	25,2	859	22,5	796	20,5	1068	27,0	1724	42,9	3338	81,8	4487	108,3	3239	77,0	4688	109,8	5073	117,1	2139	28960		
Roraima	7	1,5	5	1,0	43	8,6	103	20,1	253	48,1	186	34,0	642	111,3	653	107,8	398	63,1	519	79,5	840	125,3	408	4057		
Pará	126	1,6	233	2,9	393	4,8	473	5,7	1048	12,6	1758	20,9	2664	31,3	2611	30,4	2268	26,1	3408	38,8	4359	49,2	2436	21777		
Amapá	1	0,1	29	3,9	33	4,3	78	10,0	184	23,1	266	32,7	412	49,7	486	57,5	308	35,7	738	84,1	947	106,0	518	4000		
Tocantins	52	3,6	127	8,7	180	12,1	369	24,5	690	45,4	1091	71,0	1339	86,1	1346	85,6	898	56,5	1225	76,2	1533	94,4	949	9799		
Nordeste	2521	4,6	3370	6,1	4320	7,8	6814	12,2	10436	18,6	15660	27,7	26760	47,1	27245	47,7	17215	30,0	27558	47,8	32084	55,4	16708	190691		
Maranhão	53	0,8	100	1,5	302	4,4	585	8,5	852	12,3	1256	18,0	1779	25,3	1736	24,5	1223	17,2	2010	28,1	2843	39,5	1595	14334		
Piauí	42	1,3	75	2,3	115	3,6	145	4,5	234	7,2	361	11,1	825	25,3	1115	34,1	577	17,6	972	29,6	995	30,2	488	5944		
Ceará	490	5,6	498	5,7	499	5,6	650	7,3	1079	12,0	1746	19,4	2766	30,5	2952	32,3	2466	26,8	3295	35,7	4357	46,9	2205	23003		
Rio Grande do Norte	275	8,3	318	9,5	361	10,7	589	17,4	858	25,1	1417	41,1	1708	49,1	1789	51,0	1508	42,7	2393	67,2	2576	71,8	1546	15338		
Paraíba	130	3,4	143	3,7	147	3,8	285	7,2	201	5,1	1021	25,7	1575	39,4	1754	43,7	893	22,1	1265	31,2	1476	36,2	734	9624		
Pernambuco	394	4,3	370	4,0	462	5,0	1243	13,3	2485	26,5	3217	34,1	7560	79,6	7892	82,6	4543	47,2	7380	76,3	8100	83,2	3914	47560		
Alagoas	39	1,2	54	1,7	75	2,3	97	3,0	269	8,2	487	14,7	532	16,0	411	12,3	253	7,5	566	16,8	716	21,2	1311	4810		
Sergipe	512	23,8	915	42,1	931	42,4	977	44,1	855	38,2	1144	50,7	800	35,1	572	24,9	639	27,6	1796	76,8	2094	88,8	908	12143		
Bahia	586	4,1	897	6,2	1428	9,8	2243	15,3	3603	24,5	5011	34,0	9215	62,2	9024	60,7	5113	34,2	7881	52,6	8927	59,4	4007	57935		
Sudeste	19387	23,2	26591	31,6	32209	37,9	39355	45,9	49579	57,4	63481	72,9	72771	83,0	75749	85,7	61176	68,7	81048	90,4	101909	112,9	46436	669691		
Minas Gerais	1566	7,7	2289	11,2	3383	16,5	5617	27,2	7483	36,0	10886	52,1	14413	68,5	15109	71,4	12310	57,8	15845	74,0	20430	94,9	10607	119938		
Espírito Santo	1503	40,7	2005	53,7	2303	60,9	2505	65,4	3417	88,1	3573	91,0	4553	114,6	4910	122,2	3192	78,5	4422	107,6	7075	170,4	3784	43242		
Rio de Janeiro	1815	11,0	3237	19,5	3045	18,2	4165	24,7	7301	43,1	12006	70,4	15671	91,3	16891	97,8	14370	82,7	18661	106,9	22383	127,5	8990	128535		
São Paulo	14503	33,6	19060	43,8	23478	53,4	27068	61,0	31378	70,1	37016	82,0	38134	83,7	38839	84,6	31304	67,6	42730	90,3	52021	110,7	23055	377976		
Sul	3964	14,0	6151	21,5	10237	35,5	17416	59,9	21893	74,7	29630	100,3	37351	125,5	37341	124,6	29436	97,5	37043	121,8	46291	151,2	21754	298507		
Paraná	808	7,5	1409	12,9	2326	21,1	4258	38,4	5494	49,2	7773	69,0	9993	88,1	10785	94,3	7096	61,6	8285	71,4	12036	103,1	5974	76237		
Santa Catarina	568	8,7	1430	21,6	2025	30,2	3147	46,3	3549	50,5	8590	123,0	11807	166,9	11555	161,3	9761	134,6	13553	184,7	16213	218,4	7358	91556		
Rio Grande do Sul	2588	23,5	3312	29,9	5886	52,9	10011	89,6	10850	96,6	13267	117,6	15551	137,3	15001	131,9	12579	110,1	15205	132,6	18042	156,8	8422	130714		
Centro-Oeste	1235	8,4	1765	11,8	2716	13,9	3727	24,1	5528	35,3	8026	50,6	12898	80,2	12503	76,7	10098	61,2	12742	76,3	16327	96,6	9706	96671		
Mato Grosso do Sul	822	32,1	1062	41,0	1101	42,0	1132	42,7	1396	52,0	3045	112,1	4541	165,2	3260	117,3	2215	78,8	2311	81,4	2975	103,7	1457	25317		
Mato Grosso	156	4,9	219	6,8	325	9,9	676	20,4	827	24,6	980	28,8	1758	51,1	1830	52,5	1420	40,3	1676	47,0	2930	81,2	1814	14611		
Goiás	185	2,9	335	5,2	477	7,3	1152	17,4	1917	28,5	2441	35,8	4813	69,5	5333	76,0	4329	60,8	6580	91,3	8160	111,8	4783	40505		
Distrito Federal	72	2,6	149	5,4	213	7,6	767	26,9	1388	48,0	1560	53,2	1786	60,1	2080	69,0	2134	69,9	2175	70,4	2262	72,3	1652	16238		

Quadro 1 - Casos e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2023

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Sífilis 2023. [Internet]. Gov.br. 2023 [cited 2024 Mar 05]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023>

3.1.2 Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher: Avanços e Desafios

Em resposta às disposições da Lei n.º 10.778/2003, o Ministério da Saúde (MS) em 2004 estabeleceu a notificação compulsória da violência contra a mulher nos serviços de saúde, públicos e privados, por meio do Decreto n.º 5.099/2004 e da Portaria n.º 2.406/2004. O MS assumiu a coordenação do plano estratégico para instalação dos serviços de referência sentinela e instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, proporcionando instrumentos, protocolos e fluxos para a efetiva notificação. Em 2009, essa notificação foi integrada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e a universalização para todos os

serviços de saúde no Brasil ocorreu em 2011. Desde então, significativos avanços têm sido realizados para assegurar o registro em todo o território nacional (19, 20).

A notificação compulsória da violência contra a mulher se destaca como uma medida essencial diante das alarmantes estatísticas. No Brasil, dados relativos ao primeiro semestre de 2022 revelam a ocorrência de um estupro de menina ou mulher a cada 9 minutos. Podemos concluir que 699 mulheres foram vítimas de feminicídio, o que é equivalente a uma média de 4 mulheres por dia. Esses números traduzem um aumento contínuo das mortes de mulheres por violência de gênero desde 2019. Em meio à pandemia de COVID-19, uma pesquisa quantitativa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e Instituto Datafolha apontou que 24,4% das mulheres brasileiras acima de 16 anos afirmaram ter sofrido algum tipo de violência ou agressão nos últimos 12 meses, totalizando aproximadamente 17 milhões de mulheres vítimas de violência de gênero em 2020 (15).

A violência de gênero emerge como uma realidade que transcende barreiras sociais, raciais, étnicas, culturais, etárias, educacionais, de orientação sexual, identidade de gênero e religiosas. No período de 2010 a 2021, a predominância dos casos de violência direcionada ao sexo feminino concentra-se na violência física (49,0%), seguida pela violência psicológica (26,2%), violência sexual (15,2%), negligência (7,8%) e violência financeira/econômica (1,7%). Ao analisar as notificações em todas as faixas etárias, observa-se um aumento significativo de 81,0% no número de notificações de 2010 a 2019, abrangendo todas as formas de violência contra as mulheres (20, 21).

O cenário revela a urgência de ações coordenadas, políticas públicas efetivas e o fortalecimento dos mecanismos de notificação para conter e prevenir a violência contra a mulher. A disseminação desses dados por meio de notificação compulsória se configura como uma estratégia crucial para embasar a elaboração de

políticas mais assertivas, contribuindo, assim, para a promoção da equidade de gênero e a proteção das mulheres no contexto brasileiro.

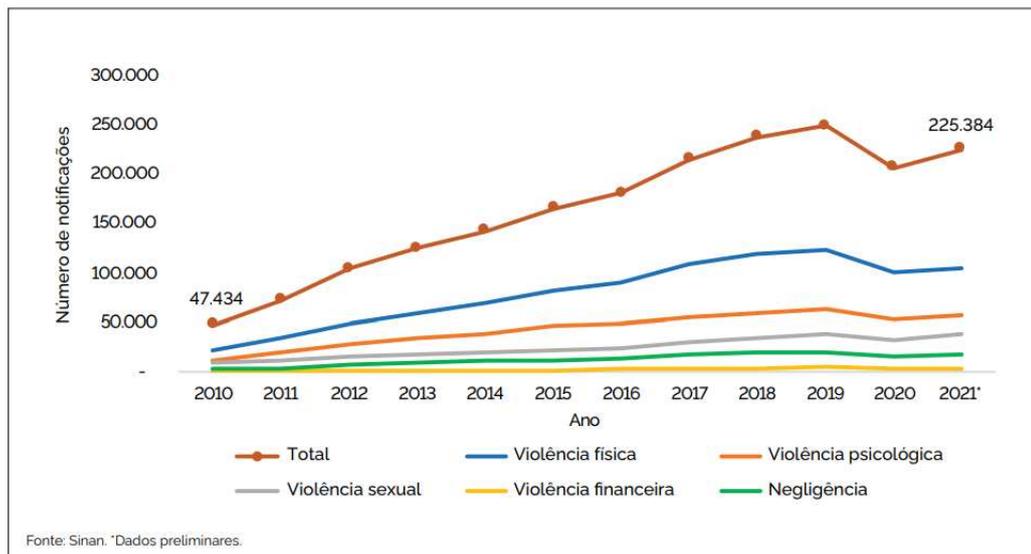


Figura 2 - Número de notificações de violência contra a mulher no Brasil de 2010 a 2021
 Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. [Internet]. Gov.br. 2023 [cited 2024 Mar 05]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023>

3.1.3 Variações nas Notificações de Violência Contra as Mulheres: Análise por Faixa Etária

Os dados referentes a 2021 revelam uma preocupante realidade quanto às violências contra as crianças do sexo feminino, atribuindo mais de um terço dos casos à negligência e à violência sexual, respectivamente. No contexto das adolescentes do sexo feminino, a violência sexual figura como a mais notificada, totalizando expressivos 40,2%, seguida pela violência física (31,7%) e violência psicológica (20,5%). Já entre as mulheres adultas, a maioria das notificações, cerca de 59,4%, refere-se à violência física, enquanto aproximadamente um terço envolve violência psicológica (30,0%). Nas mulheres idosas, a violência física lidera as notificações,

representando 39,2%, seguida por violência psicológica (28,2%) e negligência (23,6%) (19, 21).

A análise temporal demonstra um aumento nas notificações de violência contra as mulheres no período de 2010 a 2019. Contudo, em 2020, ano marcado pela declaração da pandemia da COVID-19, houve uma redução significativa de 20,7% nos registros em comparação com 2019, padrão que também se refletiu nos boletins de ocorrência policiais durante esse período. No que tange aos tipos de violência notificados, a violência física predominou ao longo do período estudado, seguida pela violência psicológica e sexual. É relevante destacar a variação na prevalência dos tipos de violência nas diferentes fases da vida das mulheres, reforçando a necessidade de estratégias específicas para cada grupo etário (19, 21).

A brusca redução nas notificações em 2020, em meio às circunstâncias desafiadoras da pandemia, suscita reflexões sobre possíveis subnotificações, dada a complexidade do cenário enfrentado. A implementação de medidas de isolamento social e restrições de mobilidade pode ter impactado a capacidade das vítimas buscarem ajuda e de os profissionais realizarem notificações adequadas. Portanto, é crucial considerar esse contexto ao interpretar a queda nos registros de violência em 2020, mantendo uma abordagem crítica diante das possíveis subnotificações associadas aos desdobramentos da pandemia (22).

As variações nos tipos de violência ao longo das diferentes fases da vida feminina indicam a importância de estratégias preventivas e de intervenção mais direcionadas, levando em consideração as especificidades de cada grupo etário. A abordagem multifacetada, considerando não apenas os tipos de violência, mas também as características e necessidades específicas de cada faixa etária, é

essencial para desenvolver políticas públicas mais eficazes no enfrentamento da violência contra a mulher.

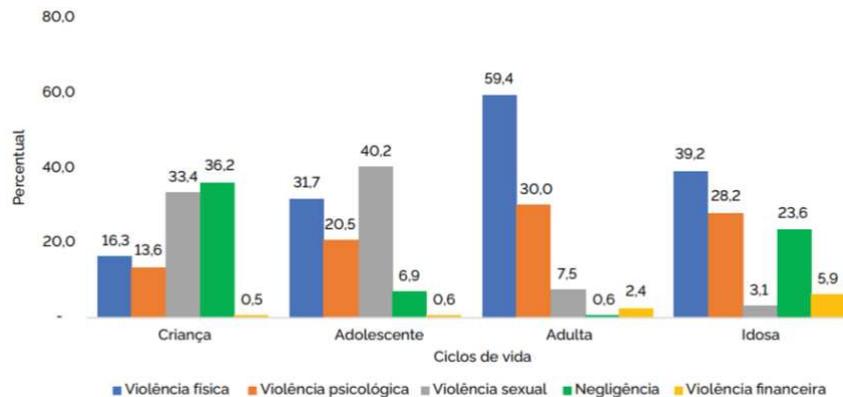


Figura 3 - Distribuição proporcional das notificações de violências contra a mulher segundo tipo de violência e ciclo de vida no Brasil em 2021

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. [Internet]. Gov.br. 2023 [cited 2024 Mar 05]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023>

3.2 FISIOPATOLOGIA DA SÍFILIS

A sífilis, uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pelo *Treponema pallidum*, é uma condição de evolução crônica potencialmente curável. A complexidade desta patologia reside na sua natureza assintomática em muitos casos, com alguns indivíduos não reconhecendo os sintomas. No entanto, quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, acarretando complicações tanto para o indivíduo afetado quanto para a disseminação da doença para seus parceiros sexuais. Durante a gestação, a sífilis apresenta riscos significativos, incluindo aborto, óbito neonatal e manifestações congênitas (19, 21).

A fisiopatologia da sífilis compreende uma evolução por fases, caracterizada por períodos ativos e latentes. Após um período de incubação médio de 2 a 6 semanas, surge uma lesão primária, frequentemente associada a linfadenopatia regional, que pode regredir sem tratamento. A fase secundária, subsequente à lesão primária, manifesta-se por lesões mucocutâneas disseminadas e linfadenopatia

generalizada. Essa fase é sucedida por um período latente de infecção subclínica, que pode durar anos ou décadas. É crucial ressaltar que o sistema nervoso central (SNC) pode ser afetado, tanto de forma sintomática quanto assintomática, no início da infecção (20).

O *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, é um microrganismo espiralado fino com características únicas, incluindo a ausência de capacidade de cultivo *in vitro*. Sua capacidade metabólica limitada, evidenciada pela falta de genes essenciais para a síntese de aminoácidos, nucleotídeos e lipídeos, destaca a dependência deste patógeno em relação ao hospedeiro humano. O sequenciamento genético revela genes compensadores para a captação de nutrientes. Importante mencionar que o único hospedeiro natural conhecido para o *Treponema pallidum* é o ser humano (19, 23).

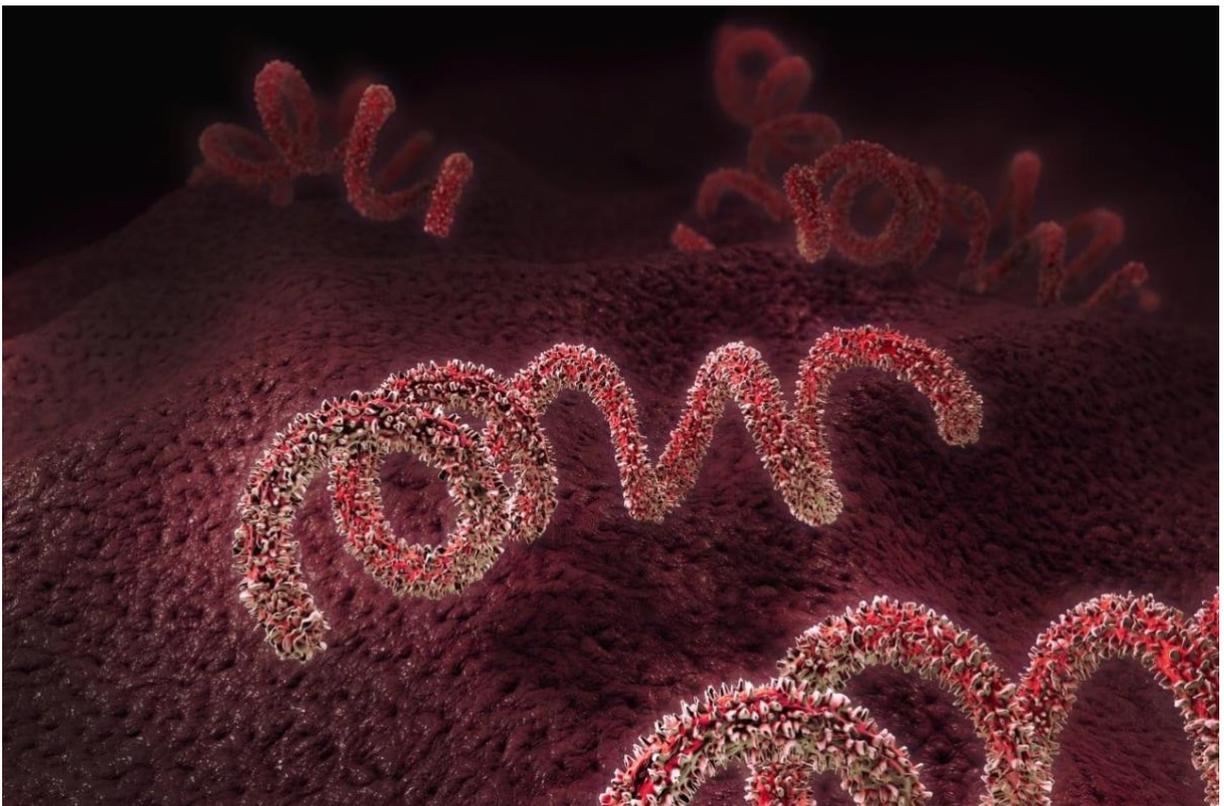


Figura 4 - *Treponema pallidum*

Fonte: Mascena G. *Treponema pallidum* [Internet]. UFRN; 2023. Available from: <https://ufrn.br/imprensa/reportagens-e-saberes/73791/treponema-pallidum>

A transmissão da sífilis ocorre predominantemente por contato sexual com lesões infecciosas, sendo o sangue de um paciente em fase ativa precoce contagioso. A penetração nas membranas mucosas intactas ou em abrasões microscópicas na

pele inicia a rápida disseminação pelos linfáticos e sangue, resultando em infecção sistêmica. Estima-se uma dose infecciosa de 50% para inoculação intradérmica em seres humanos e o período de incubação raramente ultrapassa 6 semanas. A lesão primária aparece no local da inoculação, persistindo por 4 a 6 semanas e cicatrizando espontaneamente. A resposta imune e a resolução espontânea do cancro primário envolvem a proliferação de células T CD4+ e CD8+, macrófagos e plasmócitos, com a produção de citocinas do tipo TH1 (19, 23).

A fase secundária, caracterizada por manifestações mucocutâneas generalizadas, geralmente surge de 6 a 12 semanas após a infecção, coincidindo com a infiltração perivascular por células T CD8+, CD4+, macrófagos e plasmócitos. A presença do *Treponema pallidum* é detectada em vários tecidos, incluindo líquido cefalorraquidiano. A evasão imune, facilitada pela variação antigênica de superfície, contribui para a recorrência paradoxal de manifestações secundárias mesmo após o desenvolvimento de uma resposta imune eficaz (20, 23).

Na era pré-antibióticos, até 25% dos pacientes não tratados apresentavam recaídas e cerca de um terço desenvolvia sífilis terciária clinicamente aparente. Atualmente, o tratamento específico e a terapia coincidente praticamente eliminaram a sífilis terciária nos países ocidentais. Os fatores que contribuem para o desenvolvimento e a progressão da sífilis terciária permanecem desconhecidos, destacando a necessidade de pesquisas adicionais nessa área (20, 23).

3.2.1 Abordagem Clínica da Sífilis: Manifestações e Estágios

O cancro primário, marcador distintivo da fase inicial da sífilis, tipicamente inicia-se como uma pápula indolor que rapidamente evolui para uma úlcera erodida e endurecida, apresentando uma consistência cartilaginosa tanto na borda quanto na base da lesão. Em homens o cancro geralmente surge no pênis, enquanto em mulheres é comumente encontrado no colo uterino, nos grandes e pequenos lábios. Vale ressaltar que, em mulheres, a sífilis primária pode passar despercebida com maior frequência do que em homens. Acompanhando o cancro primário, observa-se linfadenopatia regional, geralmente inguinal, manifestando-se aproximadamente uma semana após o início da lesão. Os gânglios apresentam-se firmes, não supurativos e

indolores, sendo bilateral a linfadenopatia inguinal. A cicatrização do cancro ocorre em geral em 4 a 6 semanas, podendo a linfadenopatia persistir por meses (20, 23).



Figura 5 - Manifestações de sífilis

Fonte: Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Larry JJ, Loscalzo J. Medicina Interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH; 2018. p. 4703

A fase secundária se caracteriza por manifestações lábeis, envolvendo lesões mucocutâneas ou cutâneas e linfadenopatia generalizada, apresentando frequentemente sífilides maculosas, papulosas, papuloescamosas e ocasionalmente pustulosas. Em cerca de 15% dos casos, o cancro primário ainda pode estar presente, especialmente em indivíduos coinfectados pelo HIV. A erupção cutânea, composta por máculas discretas, não pruriginosas, pode ser sutil. Até 25% dos pacientes com exantema discernível podem não perceber as manifestações dermatológicas. Lesões necróticas graves, conhecidas como lues maligna, são relatadas principalmente em indivíduos com infecção pelo HIV. A sífilis secundária também pode causar alopecia em áreas como couro cabeludo, sobrancelhas ou barba. Sintomas como dor de garganta, febre, perda de peso, mal-estar geral, anorexia, cefaleia e meningismo, podem acompanhar ou preceder essa fase. Achados oculares, como anormalidades pupilares, neurite óptica, irite ou uveíte, também estão associados à sífilis secundária ou ao estágio tardio/desconhecido (20, 23).

O diagnóstico de sífilis latente é estabelecido por testes sorológicos positivos, LCS normal e ausência de manifestações clínicas da doença em indivíduos não tratados. A sífilis latente precoce refere-se aos casos diagnosticados no primeiro ano pós-infecção, enquanto a sífilis latente tardia é caracterizada pela presença da infecção por mais de um ano ou com duração desconhecida (20, 23).

3.2.2 Diagnóstico da Sífilis: Uma Abordagem Laboratorial

A detecção do *T. pallidum* por meio de cultura revela-se uma tarefa desafiadora. Historicamente, técnicas como a microscopia de campo escuro e a

coloração por imunofluorescência de anticorpos foram empregadas para identificar essa espiroqueta em amostras de lesões úmidas, como cancros ou condilomas planos. No entanto, esses métodos são raramente acessíveis fora de laboratórios de pesquisa (24).

Existem dois tipos principais de testes sorológicos para a sífilis: os lipoidais (também chamados de não treponêmicos) e os treponêmicos. Ambos reagem em indivíduos com qualquer infecção por treponemas, incluindo sífilis, boubá, pinta e sífilis endêmica. Os testes não treponêmicos, como RPR e VDRL, que medem IgG e IgM direcionados contra um complexo antigênico cardiolipina-lecitina-colesterol, são amplamente utilizados. O teste RPR, mais simples de ser realizado, emprega soro ou plasma não aquecido, sendo a escolha para diagnóstico sorológico rápido em contextos clínicos. O teste VDRL permanece como padrão para exames do líquido cefalorraquidiano (LCS), superando o RPR para essa finalidade. Ambos são recomendados para triagem ou quantificação de anticorpos séricos, com os títulos refletindo a atividade da doença, frequentemente elevando-se durante a evolução da sífilis precoce (24, 25).

Os testes treponêmicos, que medem anticorpos contra antígenos nativos ou recombinantes de *T. pallidum*, incluem o teste de anticorpo treponêmico fluorescente absorvido (FTA-ABS) e a aglutinação de partículas de *T. pallidum* (TPPA). Ambos demonstram maior sensibilidade para a sífilis primária em comparação aos testes lipoidais. Quando utilizados para confirmar resultados reagentes nos testes lipoidais, os testes treponêmicos apresentam um valor preditivo positivo muito alto para o diagnóstico de sífilis (24, 25).

A abordagem diagnóstica da sífilis envolve três principais finalidades: triagem ou diagnóstico (RPR ou VDRL), dosagem quantitativa de anticorpos para avaliar a atividade clínica da sífilis ou monitorar a resposta à terapia (RPR ou VDRL) e confirmação do diagnóstico em pacientes com teste lipoidal reagente (FTA-ABS, TPPA, EIA/CIA). Importante destacar que os títulos de IgM, embora apresentem

declive após a terapia, não apresentam uma correlação estrita com a infecção ativa por *T. pallidum* (24).

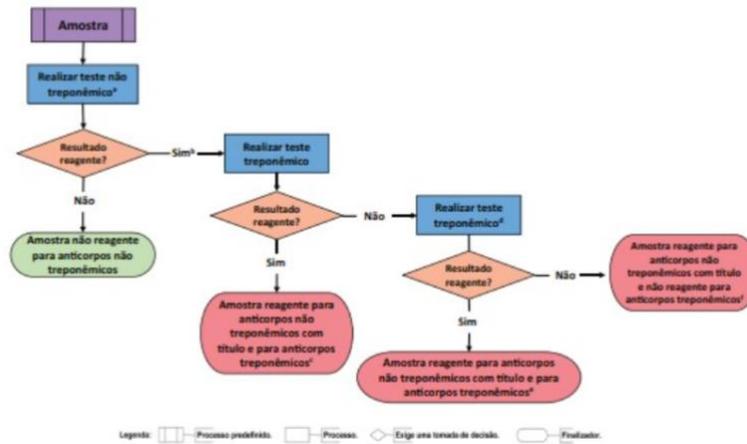


Figura 6 - Abordagem clássica

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Sífilis [Internet]. Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2024. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/sifilis>

3.2.3 Abordagem Terapêutica para a Sífilis: Avaliação e Monitoramento

O tratamento da sífilis continua a ser ancorado no uso da penicilina G, consagrada como fármaco adotado em todas as fases da doença. A ação letal da penicilina G sobre o *T. pallidum* é efetiva, embora seja necessário um prolongado período de exposição devido à extraordinária lentidão na multiplicação desse microrganismo. Importante ressaltar que, mesmo após sete décadas de utilização, a eficácia da penicilina contra a sífilis permanece inalterada, sem evidências de resistência do *T. pallidum* a esse antimicrobiano (18, 25).

Outros antibióticos também demonstram eficácia no tratamento da sífilis, como as tetraciclina e cefalosporinas. A azitromicina surge como agente oral promissor contra o *T. pallidum*, embora cepas com mutações no 23S rDNA, conferindo resistência aos macrolídeos, estejam disseminadas, principalmente em grandes cidades dos Estados Unidos, Europa e China. A variabilidade na prevalência de cepas resistentes reforça a não recomendação do tratamento rotineiro com azitromicina para sífilis, enfatizando a necessidade de rigoroso acompanhamento para pacientes submetidos a essa modalidade terapêutica (25).

Primária, secundária ou latente precoce	<i>LCS normal ou não examinado:</i> penicilina G benzatina (dose única de 2,4 mU IM) <i>LCS anormal:</i> tratar como neurosífilis.	<i>LCS normal ou não examinado:</i> tetraciclina HCl (500 mg VO 4×/dia) ou doxiciclina (100 mg VO 2×/dia) por 2 semanas <i>LCS anormal:</i> tratar como neurosífilis.
Latente tardia (ou latente de duração incerta), cardiovascular, ou terciária benigna	<i>LCS normal ou não examinado:</i> penicilina G benzatina (2,4 mU, IM, semanalmente, por 3 semanas) <i>LCS anormal:</i> tratar como neurosífilis.	<i>LCS normal e paciente não infectado pelo HIV:</i> tetraciclina HCl (500 mg VO 4×/dia) ou doxiciclina (100 mg VO 2×/dia) por 4 semanas <i>LCS normal e paciente infectado por HIV:</i> Dessensibilizar e tratar com penicilina se a adesão não puder ser garantida. <i>LCS anormal:</i> tratar como neurosífilis.
Neurosífilis (assintomática ou sintomática)	Penicilina G cristalina aquosa (18-24 mU/dia, IV, administrada como 3-4 mU, a cada 4 h ou em infusão contínua) durante 10-14 dias ou Penicilina G procaína aquosa (2,4 mU/dia IM) mais probenecida oral (500 mg 4×/dia), ambas por 10-14 dias	Dessensibilizar e tratar com penicilina.
Sífilis na gravidez	De acordo com a fase	Dessensibilizar e tratar com penicilina.

Quadro 2 - Recomendações para o tratamento de sífilis

Fonte: Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Larry JJ, Loscalzo J. Medicina Interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH; 2018. p. 4716

A avaliação da eficácia do tratamento requer análise clínica e monitoramento do título quantitativo de VDRL ou RPR, visando a um declínio de quatro vezes (por exemplo, de 1:32 para 1:8). Recomenda-se que pacientes com sífilis primária ou secundária sejam submetidos a exames aos 6 e 12 meses pós-tratamento, enquanto aqueles com sífilis latente ou tardia devem realizar avaliações aos 6, 12 e 24 meses. Para pacientes coinfectados com HIV, independentemente da fase da sífilis, exames clínicos e sorológicos mais frequentes (a cada 3, 6, 9, 12 e 24 meses) são indicados, destacando a importância da vigilância rigorosa nesse grupo de pacientes (25, 26).

3.3 PANORAMA HISTÓRICO DA PROFILAXIA DA SÍFILIS NO BRASIL

A trajetória da sifilografia, termo precursor para o estudo da sífilis, no Brasil, se desenvolve ao longo de quatro décadas, abrangendo as últimas duas do século XIX até os anos 20 do século seguinte. Durante esse período, marcos essenciais delinearam sua história institucional, destacando-se o estabelecimento do ensino especializado em sifilografia, ocorrido em 1882 como parte da "reforma Sabóia". Essa reforma deu origem a cátedras de clínica dermatológica e sifilográfica nas faculdades

de medicina do Rio de Janeiro e Salvador, além de um curso relevante vinculado à Policlínica Geral do Rio de Janeiro (12, 13).

No âmbito da especialização, dois eventos fundamentais marcaram a sifilografia brasileira: a fundação, em 1912, da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, primeira sociedade científica nacional dedicada à especialidade; e a realização do 1º Congresso Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia em 1918, na cidade do Rio de Janeiro, evidenciando a influência acadêmica e a importância intelectual dessa disciplina na América do Sul (13). Outro marco significativo ocorreu no início dos anos 20, como parte da reforma do sistema de saúde liderada por Carlos Chagas: a criação da Inspectoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Esse órgão impulsionou a expansão dos serviços antivenéreos por todo o país, proporcionando um mercado de trabalho para especialistas em sífilis (13, 14).

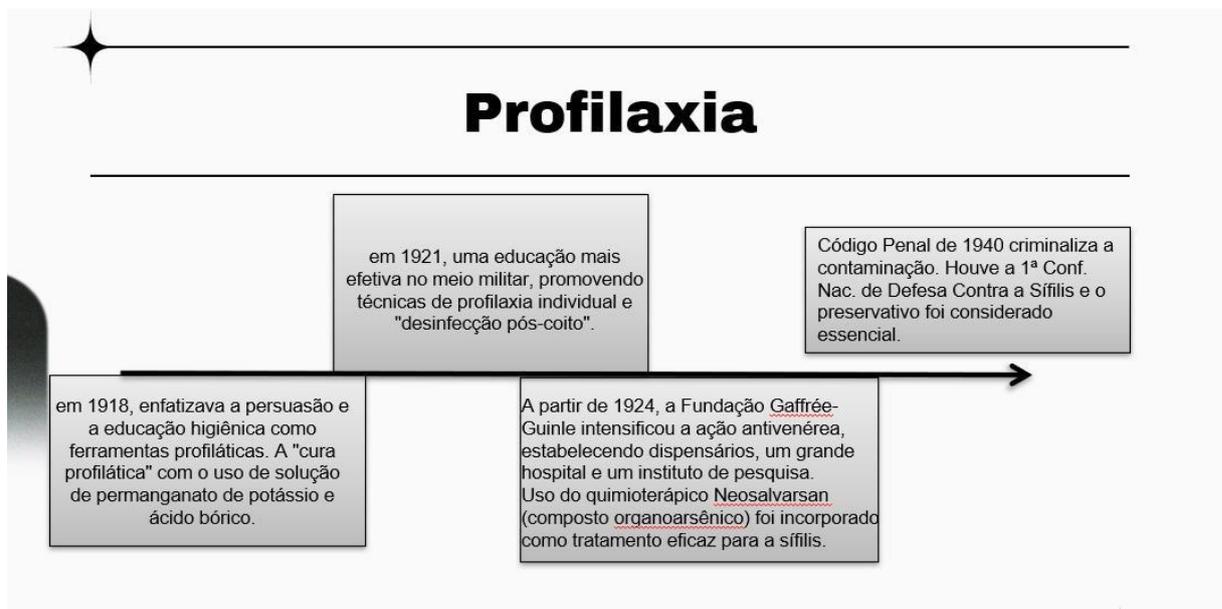


Figura 7 - Linha do tempo da profilaxia

Fonte: Elaboração própria.

Posteriormente, nas décadas seguintes, com a proliferação de serviços e cátedras, a comunidade dos dermato-sifilógrafos brasileiros expandiu-se e consolidou-se. A década de 1920 destacou-se como um período auspicioso, marcado pela elaboração e execução do primeiro programa nacional de combate à sífilis por um dos representantes proeminentes dessa comunidade, conforme proposto por Oscar da Silva Araújo em 1928 (13).

O enfrentamento da sífilis no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro, remonta ao século XVIII, como indicam fontes seguras e o relato de Araújo. A

dissolução dos costumes e a disseminação da sífilis foram questões críticas já discutidas por cronistas da época. Araújo ressalta que, em 1798, o Senado da Câmara do Rio de Janeiro realizou um inquérito para identificar as doenças mais comuns na cidade (13).

Destaca-se, ainda, a criação da Fundação Gafrée-Guinle durante os anos 1920, na capital federal, como uma extensa organização antivenérea, envolvendo tratamento de doentes e pesquisa sifilográfica. Esse serviço se incorporou aos novos esforços de combate à sífilis, desempenhando um papel relevante nesse cenário (13, 14).

Sifilografia
(seu desenvolvimento no Brasil)

<i>Cerca de</i>	<i>Fases</i>	<i>Nomes Paradigmáticos</i>	<i>Eventos Paradigmáticos</i>
passagem do século	implantação	Silva Araújo Pizarro Gabizo	criação das primeiras cátedras de sifilografia nas faculdades de Medicina do Rio e Salvador (1882); surgimento dos primeiros serviços especializados, como a Policlínica Geral do Rio de Janeiro , onde também se realizavam ensino e pesquisa.
anos 10	expansão	Wernick, Machado Fernando Terra	Surgimento das primeiras sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (1912), realização dos primeiros congressos especializados, como o 1º Congresso Sulamericano de Dermatologia e Sifilografia (1918); diversificação de centros de ensino e pesquisa.
anos 20/30	consolidação	Eduardo Rabelo O. da Silva Araújo	multiplicação dos serviços; surgimento de organizações centralizadas federais, como Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas ; reconhecimento oficial da especialidade, obrigatoriedade da disciplina no currículo.
anos 30/40	preservação	Joaquim Mota Rabelo Filho	surgimento de novas especialidades disputando o mesmo objeto, como a Andrologia , a Urologia etc.
anos 50 em diante	desarticulação		desaparecimento progressivo de serviços, cátedras e do próprio especialista.

Figura 8 - Desenvolvimento da Sifilografia no Brasil

Fonte: Carrara S. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

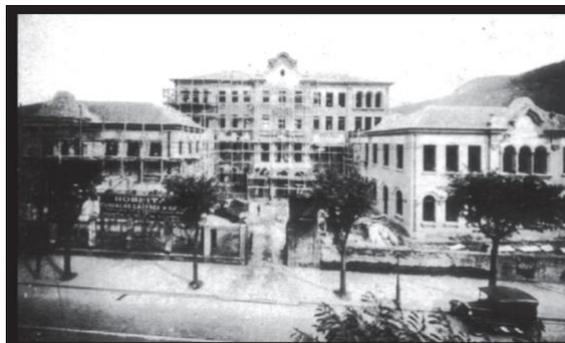


Figura 9 - Fachada principal do hospital da Fundação Gafrée-Guinle

Fonte: Carrara S. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

A problemática associada à sífilis, entre o final do século XIX e a década de 40, revela-se multifacetada, refletindo não apenas as complexidades médicas, mas

também os padrões sociais e de gênero da época. A vergonha vinculada à doença impulsionou práticas autônomas de tratamento, levando muitos afetados a se auto-medicarem ou a buscar auxílio de charlatães, farmacêuticos irresponsáveis e feiticeiros, revelando um cenário desafiador para a erradicação do mal (27).

A construção do campo antivenéreo encontrava consenso na gravidade do problema, sua relevância social e sua natureza médica, conferindo aos médicos, especialmente os especialistas, o protagonismo na liderança dessa luta. Entretanto, a definição das estratégias de combate à sífilis revelava um consenso mais frágil (12, 13). A proposta de Rabelo, em 1918, enfatizava a persuasão e a educação higiênica como ferramentas profiláticas, divulgando a gravidade da sífilis para predispor a população à intervenção médica. A campanha educativa visava aproximar os doentes dos médicos, promovendo a vigilância sanitária e a "cura profilática" através de tratamentos como o uso de solução de permanganato de potássio e ácido bórico (13).

O programa aprovado em 1921 propunha uma educação mais efetiva no meio militar, promovendo técnicas de profilaxia individual e "desinfecção pós-coito". Recomendava a avaliação prévia da parceira, lavagens vaginais e medidas de higiene pessoal. A partir de 1924, a Fundação Gaffrée-Guinle intensificou a ação antivenérea, estabelecendo dispensários, um grande hospital e um instituto de pesquisa. O uso do quimioterápico sintético Neosalvarsan foi incorporado como tratamento eficaz para a sífilis. A década de 1930 viu a criminalização da contaminação no projeto de Código Penal, abrangendo não apenas casos efetivos, mas também exposição ao contágio. O Código Penal de 1940, no Estado Novo, adotou tal formulação (12, 13).

Em meados de 1940, a 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis foi anunciada, envolvendo médicos, higienistas, juristas e sociólogos. O preservativo, apesar de anteriormente condenado, passou a ser considerado essencial na prevenção. Além da profilaxia, a necessidade de tratamento eficaz e gratuito para a população era enfatizada (13).

3.4 ABORDAGEM INTEGRADA APÓS AGRESSÃO SEXUAL

A abordagem integrada após uma agressão sexual representa um aspecto crucial na prestação de cuidados holísticos e eficazes às vítimas. A literatura existente destaca a complexidade e as ramificações adversas, tanto físicas quanto psicológicas, associadas a esse tipo de violência (28). Nesta seção, abordaremos as etapas do primeiro atendimento, destacando o manejo clínico e os procedimentos de perícia médica, incorporando evidências e práticas recomendadas.

3.4.1 Manejo Clínico e Perícia Médica

A agressão sexual engloba diversas formas de contato ou atividade sexual não consentidos, acarretando potenciais consequências físicas, doenças e traumas psicológicos (28). Diante disso, é imperativo conduzir uma avaliação abrangente das vítimas, contemplando lesões físicas, infecções sexualmente transmissíveis, riscos de gestação e distúrbios psicológicos como estresse agudo ou pós-traumático.

A coleta de evidências forenses, mediante permissão do sobrevivente, é uma parte fundamental do processo. As sequelas possíveis do estupro incluem lesões genitais e extragenitais, trauma psicológico, hepatite, infecções por HIV, HPV e outras DSTs, vaginose bacteriana, gestação, entre outros (28, 29). Embora a maioria das lesões físicas seja leve, lacerações severas na região vaginal superior podem ocorrer, especialmente quando associadas à violência física durante a agressão.

É relevante destacar que a experiência de estupro ao longo da vida está associada a problemas de saúde física a longo prazo, aumentando o risco de condições como asma, síndrome do intestino irritável, cefaleias frequentes e dor crônica (28, 30).

Os sintomas psicológicos, como pesadelos, dificuldades para dormir, raiva e vergonha, são igualmente graves, podendo culminar em transtorno de estresse agudo ou pós-traumático. O diagnóstico do transtorno por estresse agudo exige a presença de sintomas por um período de 3 dias a 1 mês após a agressão sexual. A resposta imediata das vítimas pode variar, indo desde expressões emocionais intensas até estados de choque e indiferença, frequentemente associados a mecanismos de controle emocional ou exaustão física (30, 31).

Os objetivos da avaliação médica pós-estupro abrangem o tratamento de lesões, prevenção e tratamento de gestação e infecções sexualmente transmissíveis, coleta de evidências forenses, avaliação psicológica e recomendação de intervenção durante crises, além de suporte psicológico. Em situações em que pacientes procuram aconselhamento antes da avaliação médica, é crucial orientá-los a preservar possíveis evidências, abstendo-se de trocar de roupa, tomar banho, utilizar ducha, cortar unhas, escovar dentes ou utilizar desinfetantes bucais, a fim de não comprometer a integridade dos vestígios forenses (32, 33).

Essa abordagem integrada não apenas prioriza o tratamento físico, mas também reconhece a importância de cuidados psicológicos e da coleta adequada de evidências para a persecução legal, oferecendo suporte abrangente às vítimas de agressão sexual.

3.4.2 História e Exame

Antes de iniciar o exame, é imperativo que o examinador solicite permissão à paciente. Dado que a revisitação dos eventos pode frequentemente causar desconforto e constrangimento, é fundamental que o examinador estabeleça confiança, demonstre empatia, evite julgamentos e não pressione a paciente. Além disso, é essencial garantir a privacidade durante todo o processo. O examinador deve conduzir a obtenção de detalhes específicos, abrangendo:

- Tipos de lesões sofridas, com atenção especial para áreas como boca, mamas, vagina e reto;
- Qualquer sinal de sangramento ou escoriação tanto na paciente quanto no agressor, o que auxilia na avaliação do risco de transmissão de HIV ou hepatite;
- Descrição detalhada do ataque, incluindo os orifícios penetrados, a ocorrência de ejaculação ou o uso de preservativo pelo agressor;
- Informações sobre agressões, ameaças, uso de armas e comportamento violento por parte do agressor;
- Características descritivas do agressor (9, 11).

A maioria dos formulários de registro de estupro engloba ou aborda a maioria dessas questões. É fundamental explicar à paciente o propósito de cada questão, como, por exemplo, a relevância de informações sobre contracepção para determinar o risco de gravidez pós-estupro ou a importância de relatos sobre atividade sexual anterior para a validação de testes de esperma (11).

Explicar cada passo do exame é crucial, permitindo que a paciente recuse qualquer parte do procedimento, se desejar. Os resultados devem ser revisados com a paciente, e, sempre que possível, fotografias de possíveis lesões devem ser registradas. O exame minucioso de boca, mamas, genitais e reto é essencial, destacando áreas comuns de lesão, como os pequenos lábios e a parte posterior da vagina. Métodos como a lâmpada de Wood podem revelar a presença de sêmen ou resíduos na pele, enquanto a colposcopia, especialmente quando equipada com câmeras, oferece sensibilidade para identificar lesões genitais sutis. A utilização de azul de toluidina como prova, para evidenciar áreas de lesão, está sujeita à aceitação conforme as normativas jurídicas locais (11, 19).

3.4.3 Procedimentos Periciais e Coleta Forense

O exame pericial e a subsequente coleta de evidências desempenham papel crucial na busca pela constatação de elementos que, em conjunto, possam servir como prova de um delito criminal. Popularmente conhecido como corpo de delito, esse procedimento visa registrar de maneira técnica e forense as informações relevantes ao caso. No contexto de agressão sexual, os exames de rotina englobam avaliações de gestação, além de testes sorológicos para sífilis, hepatite B e HIV, proporcionando informações sobre gestação e infecções preexistentes ao ato, quando realizados nas primeiras horas após o estupro (32, 34).

Examinam-se as secreções vaginais ou a urina para identificar a presença de vaginite por tricomonas e vaginose bacteriana. Amostras de todos os orifícios penetrados (vaginal, oral e retal) são coletadas para testes de gonorreia e clamídia. É importante observar que, embora o teste de DST possa ser recusado pelos pacientes, devido à terapia empírica comum, realizam-se exames de acompanhamento em

diferentes intervalos para verificar gestação e DSTs específicas, ajustando-se conforme a recusa ou aceitação do tratamento profilático (32, 34).

Em casos nos quais a paciente apresenta amnésia e não recorda os eventos do estupro, considera-se o rastreamento para substâncias como flunitrazepam, conhecido como a "droga do estupro", e gama-hidroxi-butirato. No entanto, testes para drogas e álcool são controversos, pois as evidências de intoxicação podem ser utilizadas de maneira desacreditadora contra a paciente (32, 33).

Pacientes, especialmente crianças, com lacerações graves na parte superior da vagina podem necessitar de laparoscopia para determinar a profundidade da lesão. A coleta de evidências é realizada meticulosamente, abrangendo itens como roupas, esfregaços das mucosas bucal, vaginal e retal, amostras de cabelo e pelos pubianos, juntamente com amostras de controle coletadas do próprio paciente, além de amostras e raspagem de unhas. Se disponível, a coleta de sêmen é incluída, constituindo um conjunto de elementos que podem fornecer provas substanciais para investigações futuras (32, 33, 34).



Figura 10 - Perícia oficial na investigação de crimes sexuais

Fonte: Santos S. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Secretaria de Saúde de Pernambuco; 2017. Available from:

https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/7o_-_atencao_humanizada_as_pessoas_em_situacao_de_violencia_sexual.pdf



OBS.: A mulher perante a lei se representa. Assim, somente ela poderá realizar a denúncia na Delegacia de Polícia. O profissional de saúde realizará

Figura 11 - Fluxograma de atendimento em unidades básicas de saúde às mulheres vítimas de violência

Fonte: Comunidade Sanar. Assistência à paciente vítima de violência sexual | Colunistas [Internet]. Comunidade Sanar; 2020. Available from: <https://www.sanarmed.com/assistencia-a-paciente-vitima-de-violencia-sexual-colunistas>

3.4.4 Medidas Preventivas e Abordagem Terapêutica Pós-Violência Sexual

No contexto da profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o tratamento preventivo assume uma relevância significativa, sendo particularmente recomendado para pessoas que foram vítimas de violência sexual. Essa recomendação é respaldada pela constatação de que muitas dessas vítimas podem perder o seguimento clínico, tornando o tratamento com base no diagnóstico etiológico uma opção nem sempre viável (35, 36, 37).

No entanto, é crucial diferenciar a abordagem em casos de violência sexual consentida. Para essas situações, a investigação laboratorial e o acompanhamento clínico emergem como procedimentos mais indicados. Essa escolha fundamenta-se no risco potencial de desenvolvimento de resistência bacteriana associada ao tratamento preventivo, tornando-o menos apropriado nesses casos específicos. Essa distinção na estratégia preventiva visa otimizar a eficácia dos tratamentos e evitar complicações decorrentes de uma abordagem preemptiva inadequada (37, 38).

IST	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	
		ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45KG	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45KG
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Infecção por <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona	500mg, 1 ampola, IM, dose única	Ceftriaxona: 125mg, IM, dose única
	MAIS Azitromicina	MAIS 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	MAIS Azitromicina: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol ^(b,c)	2g, VO, dose única	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única.

^(b) Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação.

^(c) Deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV.

Quadro 3 - Tratamento para profilaxia das IST em situação de violência sexual

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Sífilis [Internet]. Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2024. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/sifilis>

3.5 A JORNADA NO SISTEMA DE ATENDIMENTO PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: EM BUSCA DO ACOMPANHAMENTO PARA A SÍFILIS

Na atenção terciária, especificamente no ambiente hospitalar, a complexidade do atendimento é elevada, envolvendo procedimentos de alta tecnologia e custos significativos. Esse nível de cuidado destina-se a casos singulares ou de maior complexidade, atendendo à minoria absoluta dos pacientes que apresentam complicações específicas da sífilis, variando conforme o local afetado, a natureza da complicação e a gravidade clínica (8, 10).

Para usuários assintomáticos, a abordagem inclui a realização oportuna de testes sorológicos para Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), integrados à rotina de cuidados. O acolhimento e aconselhamento sobre prevenção, rastreamento, tratamento e controle da sífilis são práticas fundamentais. A observância do fluxograma de diagnóstico e controle de cura da sífilis, com base nos níveis de VDRL pré e pós-tratamento, guia a conduta clínica (11).

Para os casos que demandam atenção hospitalar, como vítimas de violência sexual ou pessoas com sinais e sintomas de sífilis, o tratamento imediato é iniciado. Além disso, ações educativas e de promoção da saúde sexual são ampliadas no território, visando disseminar informações sobre IST. A oferta de insumos de

prevenção combinada, como preservativos e vacinas, torna-se parte integrante dessas iniciativas (10, 11).

A articulação interdisciplinar com outros pontos de atenção da Rede SUS, como saúde mental, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e serviços de referência em tuberculose, é promovida para assegurar uma abordagem integral. O acompanhamento, orientação e tratamento de parcerias sexuais também são contemplados nesse contexto (11).

Em situações específicas, como lacerações graves na parte superior da vagina, a realização de laparoscopia pode ser necessária para avaliar a extensão da lesão. A coleta de evidências, incluindo roupas, esfregaços, amostras de cabelo e pelos pubianos, bem como amostras de sangue e saliva, é parte crucial do processo, contribuindo para a comprovação do estupro (32, 33).



Figura 12 - Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Sífilis [Internet]. Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2024. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/sifilis>

A via de atendimento no sistema para vítimas de violência sexual é multifacetada, destacando-se a importância da atenção terciária hospitalar. No entanto, a continuidade do acompanhamento para sífilis, apesar de crucial, parece carecer de destaque nesse percurso, indicando a necessidade de aprimoramentos na abordagem sistêmica desses casos específicos (17).

3.6 INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLE

A abordagem integral da sífilis envolve a investigação ativa de sinais e sintomas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em indivíduos com exposição sexual de risco, seguida pela avaliação e tratamento imediato quando

necessário. As IST, incluindo a sífilis, constituem um significativo problema de saúde pública, acarretando consideráveis custos sociais e econômicos (37). A presença de uma IST está intrinsecamente associada à aquisição e transmissão do HIV, justificando a necessidade de avaliação de risco para outras IST em situações de exposição ao HIV (38, 39).

A investigação ativa de sinais e sintomas de IST abrange manifestações clínicas cruciais, como corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais. Importante destacar que muitas pessoas com IST podem ser assintomáticas ou apresentar sintomas leves, tornando imperativa a implementação de estratégias de rastreio (21). O rastreio das IST, em particular para sífilis, desempenha um papel essencial no controle da epidemia. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno não apenas beneficiam as pessoas infectadas, mas também contribuem para interromper a cadeia de transmissão (37).

A infecciosidade da sífilis por transmissão sexual concentra-se nos estágios iniciais da doença, principalmente nas fases primária e secundária. A elevada transmissibilidade nesses estágios decorre da intensa multiplicação do patógeno e da presença abundante de treponemas nas lesões características. Tais lesões tendem a ser raras ou ausentes no segundo ano da infecção. O diagnóstico da sífilis é estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Em cada atendimento, a avaliação clínica, incluindo exame físico, é crucial para uma investigação completa (21).

Para o diagnóstico da sífilis, é recomendada a realização dos testes treponêmico e não treponêmico. Dada a epidemia de sífilis no Brasil, inicia-se a investigação pelo teste treponêmico, que inclui opções como teste rápido, FTA-Abs, Elisa, entre outros. Os testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde, sendo treponêmicos, dispensam estrutura laboratorial complexa, permitindo execução fácil e leitura do resultado em até 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total obtidas por punção venosa ou digital, além de soro e plasma. Essa estratégia visa facilitar o diagnóstico e agilizar o início do tratamento, contribuindo para a eficácia nas ações de controle da sífilis (21).

4 DISCUSSÃO

Diante do expressivo aumento nos registros de sífilis e das frequentes ocorrências de violência sexual, evidencia-se uma lacuna substancial na pesquisa que se propõe a explorar a interseção entre esses dois fenômenos. A literatura disponível destaca a escassez de estudos dedicados a investigar de maneira específica a relação entre a propagação da sífilis e a incidência de violência sexual, limitando nossa compreensão das dinâmicas subjacentes. Esta ausência de conhecimento sublinha a urgência de pesquisas mais aprofundadas e focadas em desvendar as complexas interações entre essas duas problemáticas.

Entretanto, não se pode negligenciar os números alarmantes associados a ambas as realidades. O substancial aumento nos casos de sífilis, aliado à persistência e frequência da violência sexual, demanda uma atenção imediata. Esses dados não apenas suscitam preocupações em relação à saúde individual, mas também indicam um impacto significativo na saúde pública como um todo. A interconexão entre esses fenômenos destaca a necessidade premente de políticas eficazes e intervenções que abordem simultaneamente a prevenção da sífilis e da violência de gênero.

Assim, a prevenção da sífilis e da violência de gênero emerge como uma questão crítica de saúde pública. A implementação de estratégias preventivas eficazes não apenas resguarda a saúde individual, mas também contribui para a construção de uma sociedade mais saudável e equitativa. Investir em educação, conscientização e acesso a serviços de saúde revela-se fundamental para mitigar esses problemas inter-relacionados. Ao compreender e abordar as causas subjacentes desses fenômenos, almejamos um futuro no qual a sífilis e a violência de gênero sejam reduzidas, promovendo um ambiente mais seguro e saudável para todos.

REFERÊNCIAS

1. Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2004 May;12(2):35–50.
2. Godinho T, Silveira ML, Puleo A. Políticas públicas e igualdade de gênero. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher; 2004.
3. Lei Maria da Penha, Pub. L. No. 11.340 (Aug 7, 2006).
4. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women: executive summary [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 2024 Feb 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341338>
5. Brasil. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores, Pub. L. No. 12.015 (Aug 7, 2009).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis [Internet]. Gov.br. 2023 [cited 2024 Feb 11]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/sifilis>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis Número Especial. [Internet]. Gov.br. 2021 [cited 2024 Feb 11]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf
8. Drezett J, Blake MT, Lira KSF, Pimentel RM, Adami F, Bessa MMM, Abreu LC. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais. *Reprodução & Climatério*. 2012;27(3):109–116.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [Internet]. Gov.br. 2012 [cited 2024 Feb 11]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
10. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1): 192-199. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7jkGKtGfjgdzWVfrVbJPZRK/>
11. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de

estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(2): 126–135. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009>

12. Carrara S. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 1997;3(3): 391-408. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n3/v3n3a02.pdf>

13. Carrara S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

14. Azulay RD. História da Sífilis. *An Bras Dermatol.* 1988;63(1):3-4.

15. Miranda CM. Violência contra a mulher na mídia e os descaminhos da igualdade entre os gêneros. *Rev.Observ.* [Internet]. 2017 Oct 1st [cited 2024 Feb. 12];3(6):445-64. Available from: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/4163>

16. Ujvari SC. *A história da humanidade contada pelos vírus: Bactérias, Parasitas e Outros Microrganismos.* São Paulo (SP): Contexto; 2012

17. Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira DR. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene.* 2015 maio-jun; 16(3):345-54.

18. Araujo RS, Souza ASS de, Braga JU. Who was affected by the shortage of penicillin for syphilis in Rio de Janeiro, 2013–2017?. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2020Dec.14 [cited 2024 Feb.11];54(109). Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/179912>

19. Schraiber LB, D'Oliveira AFL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenae Digit.* [Internet]. [cited 2022 Jan 25];12(3). Available from: <https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>

20. Dias VMCH, Carneiro M, Vidal CFL, Corradi MFB, Brandão D, Cunha CA, Chebabo A, Oliveira PRDO, Michelin L, Rocha JLL, Waib LF, Carrilho CM, Lobo SMA, Oliveira MC, Nunes RR, Diego LAS, Santos AS, Muglia V, Souza AS Jr., Escuissato D, Neto CA, Chatkin JM, Martins R, Maurici R, Costa SF, Alves JS, Nascimento MM, Moura-Neto JA. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. *J Infect Control.* 2020 Apr-Jun;9(2):XX-XX

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2020. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf.

22. World Health Organization [Internet]. Violence against women. WHO, 2021 [cited 2024 Feb 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

23. Radolf JD, Robinson EJ, Bourell KW, et al. Characterization of outer membranes isolated from *Treponema pallidum*, the syphilis spirochete. *Infect Immun* 1995;63:4244–52.
24. Morales-Múnera CE, Fuentes-Finkelstein PA, Mayans MV. Sífilis: actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2015;106(1):68-69.
25. Avelleira JCR, Bottino GS. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111–126.
26. Brasil [Internet]. Ministério da Saúde. 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 [cited 2024 Feb 11]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
27. Foucault M. História da sexualidade 1: A vontade de saber. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
28. Delzivo CR, Coelho EBS, D'Orsi E, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1687-1696.
29. Santos S. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Secretaria de Saúde de Pernambuco; 2017. Available from: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/7o_-_atencao_humanizada_as_pessoas_em_situacao_de_violencia_sexual.pdf.
30. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saude Publica*. 2017;51:78.
31. Santana RS, Kerr L, Mota RS, Kendall C, Rutherford G, McFarland W. Lifetime Syphilis Prevalence and Associated Risk Factors Among Female Prisoners in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2020 Feb;47(2):105-110.
32. Clifton EG. Exame médico da vítima de estupro [Internet]. Manuais MSD edição para profissionais; 2022. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-e-agress%C3%A3o-sexual/exame-m%C3%A9dico-da-v%C3%ADtima-de-estupro>.
33. Coordenadoria Geral de Perícias. Exame pericial em Sexologia Forense [Internet]. Coordenadoria Geral de Perícias; 2022. Available from: <https://www.cgp.sejusp.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/POP-ML-no-05-Exame-Pericial-em-Sexologia-Forense.pdf>.

34. Hernandez R. Como é feito o exame de corpo de delito? [Internet]. Canal de Perícia; 2019. Available from: <https://www.canaldepericia.org/post/como-%C3%A9-feito-o-exame-de-corpo-de-delito#:~:text=O%20procedimento%20exato%20depende%20do,encontradas%20s%C3%A3o%20descritas%20com%20fidelidade>
35. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Index. Centers for Disease Control and Prevention; 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/index.htm>.
36. Saúde Direta. Protocolos das unidades de pronto atendimento 24 horas [Internet]. Saúde Direta; 2023. Available from: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331559421Cap_86.pdf.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet], 2022. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.
38. Bolan RK, Beymer MR, Weiss RE, Flynn RP, Leibowitz AA, Klausner JD. Doxycycline prophylaxis to reduce incident syphilis among HIV-infected men who have sex with men who continue to engage in high-risk sex: a randomized, controlled pilot study. *Sex Transm Dis*. 2015 Feb;42(2):98-103.
39. Lopes K, Vasconcelos AKCC de, Ramos AML, Freire PF, Rodrigues V de SS, Oliveira LQ de. A perícia médico-legal e os achados sugestivos de violência sexual contra mulher. *Anais da Faculdade de Medicina de Olinda*. 2022;1(5):31–35. Available from: <https://afmo.emnuvens.com.br/afmo/article/view/128>.