

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Guilherme Carneiro Santos
Anna Clara Sant'Anna Albernaz
Victoria Vieira Oliveira
Sofia Urbinati Ferreira
Daniel Sebba Rady Alberici

**Uma década da situação do diagnóstico de sífilis em mulheres no estado de Goiás: uma
análise epidemiológica**

Anápolis, Goiás

2026

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**Uma década da situação do diagnóstico de sífilis em mulheres no estado de Goiás: uma
análise epidemiológica**

Trabalho de Curso apresentado à Iniciação Científica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a. Luciana Vieira Queiroz Labre.

Anápolis, Goiás
2026

VERSÃO FINAL DE TRABALHO DE CURSO PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

À Coordenação de Iniciação Científica Faculdade da Medicina – UniEvangélica

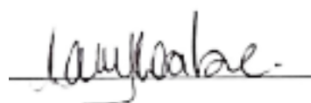
Eu, Prof^(a) Orientador: Luciana Vieira Queiroz Labre venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as): Guilherme Carneiro Santos, Anna Clara Sant'Anna Albernaz, Victoria Vieira Oliveira, Sofia Urbinati Ferreira, Daniel Sebba Rady Alberici, estão com a versão final do trabalho intitulado: **Uma década da situação do diagnóstico de sífilis em mulheres no estado de Goiás: uma análise epidemiológica** pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 09 de março de 2026

Assinatura do Orientador:



RESUMO

A sífilis é uma infecção sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por via sexual e capaz de causar infecção congênita por transmissão vertical. Entre as mulheres, fatores comportamentais e sociodemográficos aumentam a vulnerabilidade à infecção. No estado de Goiás, observa-se aumento progressivo dos casos, porém ainda há lacunas na caracterização epidemiológica dessa população. O objetivo deste estudo foi identificar e mapear a prevalência do diagnóstico de sífilis entre mulheres de 20 a 80+ anos no estado de Goiás, no período de 2014 a 2024. Trata-se de um estudo ecológico, analítico e retrospectivo, realizado com dados secundários do DATASUS. Observou-se aumento dos casos de 31 em 2014 para 1.556 em 2023. Goiânia concentrou a maior proporção de notificações, atingindo 61,9% dos casos em 2023. A comparação entre os municípios demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A faixa etária de 20 a 39 anos apresentou maior frequência de casos, correspondendo a 56,0% em Goiânia. Em relação à escolaridade, houve elevada proporção de dados ignorados, especialmente em Goiânia (68,3%), porém, entre os registros válidos, predominou o ensino médio completo (41,4%). Em conclusão, a sífilis permanece um importante problema de saúde pública em Goiás, com aumento expressivo dos casos na última década, especialmente entre mulheres jovens, evidenciando a necessidade de estratégias direcionadas de prevenção, diagnóstico e educação em saúde.

Palavras-chaves: Sífilis; Epidemiologia; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Syphilis is a systemic infection caused by *Treponema pallidum*, primarily transmitted through sexual contact and capable of causing congenital infection via vertical transmission. Among women, behavioral and sociodemographic factors increase vulnerability to infection. In the state of Goiás, Brazil, a progressive increase in cases has been observed, although gaps remain in the epidemiological characterization of this population. This study aimed to identify and map the prevalence of syphilis diagnosis among women aged 20 to 80+ years in the state of Goiás between 2014 and 2024. This is an ecological, analytical, retrospective study with a quantitative approach, based on secondary data obtained from DATASUS. A significant increase in cases was observed, rising from 31 cases in 2014 to 1,556 in 2023. Goiânia accounted for the highest proportion of notifications, reaching 61.9% of cases in 2023. Comparisons between municipalities revealed statistically significant differences ($p < 0.001$). The most affected age group was 20–39 years, representing 56.0% of cases in Goiânia. Regarding education level, there was a high proportion of missing data, particularly in Goiânia (68.3%); however, among valid records, individuals with complete high school education predominated (41.4%). In conclusion, syphilis remains a major public health issue in Goiás, with a substantial increase in cases over the last decade, especially among young women, highlighting the need for targeted strategies in prevention, early diagnosis, and health education.

Keywords: Syphilis; Epidemiology; Women's Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Fisiopatologia da sífilis	16
2.2 Transmissão e diagnóstico	17
2.3 Epidemiologia de sífilis no Brasil	19
2.4 Tratamento.....	22
2.5 Aspectos clínicos da sífilis nas mulheres.....	23
3. OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral.....	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
4. METODOLOGIA.....	27
4.1 Tipo e local de estudo	27
4.2 População e amostra.....	27
4.3 Coleta de dados	27
4.4 Análise dos dados.....	27
4.5 Aspectos éticos.....	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS.....	44

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa, do grupo da espiroqueta e de alta patogenicidade, sendo o ser humano seu único reservatório. A sífilis pode ser transmitida por via sexual, vertical ou sanguínea, sendo a via sexual predominante, assim os sítios de inoculação do *T.pallidum* são, em geral, órgãos genitais, podendo haver manifestações em regiões extragenitais como os lábios e língua. Quando não tratada, progride ao longo dos anos por vários estágios clínicos, que são divididos em sífilis recente (primária, secundária, latente recente) e tardia (latente tardia e terciária), sendo o ser humano o único reservatório desse patógeno¹.

A fase inicial, determinada como fase primária da sífilis é caracterizada, principalmente, pela presença de úlcera, denominada “cancro duro”, que são ricas em treponemas, geralmente única e indolor, essa lesão pode durar de três a oito semanas e então desaparecer, independentemente do tratamento. Assim, a sífilis secundária é o próximo estágio, em que ocorre em média entre seis semanas e seis meses após a cicatrização do cancro, marcado pela disseminação dos treponemas pelo organismo, com uma sintomatologia que dura em média entre 4 a 12 semanas, caracterizada principalmente por pápulas palmoplantares, placas e condilomas planos, acompanhados de micropoliadenopatia, e da mesma forma as lesões desaparecem independentemente do tratamento¹.

Há, então, um momento em que não se observa sinais e sintomas, o período latente. A sífilis terciária, o último estágio da doença, ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, sendo comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular, além da formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência à liquefação) na pele, nas mucosas, nos ossos ou em qualquer tecido¹.

A incidência de sífilis em mulheres tornou-se emergente nos últimos anos, tendo em vista o aumento do número de casos em geral e a vulnerabilidade dessa população na idade fértil às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), devido a fatores biológicos, psiquiátricos e sociais. Tais fatores, como a própria anatomia e fisiologia da mulher, a multiplicidade de parceiros nessa idade, a não adesão a prática de relações sexuais protegidas e as condições socioeconômicas desfavorecidas, contribuem para o sexo feminino ter grande importância no aumento expressivo dos casos de sífilis, ainda mais quando estão diretamente relacionados à sífilis congênita, outro fator de agravamento na infecção por mulheres².

A transmissão vertical da sífilis pode acontecer em qualquer fase da gestação, e pode trazer diversas consequências negativas tanto para a mulher quanto para o bebê, como infertilidade, aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce. Houve um aumento do número de casos de sífilis gestacional nos últimos anos, evidenciando as realizações ineficazes de ações de educação em saúde, e um acompanhamento de pré-natal inadequado. O conhecimento sobre a infecção por parte das mulheres muitas vezes se mostra restrito ou errôneo, dificultando a adesão ao tratamento e a execução de ações preventivas, por isso é tão importante que as ações de educação em saúde sejam aprimoradas, trazendo mais conhecimento sobre a temática para toda a população³.

A sífilis no Brasil tem mostrado um aumento preocupante, especialmente na última década, com uma alta prevalência em diferentes grupos populacionais. Segundo o Ministério da Saúde, os casos de sífilis adquirida têm sido relatados de forma expressiva em homens e mulheres em idade sexualmente ativa, sendo o uso irregular de preservativos um dos principais fatores para sua disseminação. A infecção afeta todas as faixas etárias, mas a maior incidência está entre pessoas de 20 a 39 anos, com destaque para a população jovem que, frequentemente, inicia a vida sexual sem proteção adequada⁴.

Fatores de vulnerabilidade, como o uso de drogas e múltiplos parceiros sexuais, também têm sido associados ao aumento da sífilis. O comportamento de risco e a falta de adesão às medidas preventivas, como o uso de preservativos, ampliam a exposição à doença. Coinfecções com outras ISTs, como o Vírus da imunodeficiência humana (HIV), são comuns, o que agrava o quadro clínico e aumenta o risco de complicações. Além disso, a subnotificação de casos, especialmente em regiões com menos acesso a serviços de saúde, compromete os esforços de controle da epidemia².

O diagnóstico da sífilis tem sido facilitado pela expansão dos testes rápidos, permitindo o início imediato do tratamento. No entanto, a continuidade do tratamento e a adesão dos pacientes, incluindo a testagem e tratamento de parceiros, ainda são desafios para o controle efetivo da doença⁵.

A sífilis é uma IST causada pelo agente *Treponema pallidum* e está na lista de doenças de notificação compulsória no Brasil. É considerada um problema de saúde pública devido a sua alta transmissibilidade, afetando a saúde e a vida das pessoas.

O número de casos de sífilis no estado de Goiás vem crescendo bastante, e alguns municípios apresentam destaque pelo grande número de notificações nos últimos anos, como é o caso dos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis-GO. A incidência de sífilis tem mostrado um aumento preocupante nos últimos anos, refletindo uma necessidade urgente de estratégias eficazes de diagnóstico e controle. Diante do quadro epidemiológico e da escassez de informações a respeito do perfil sociodemográfico e da distribuição geográfica da doença no estado de Goiás, torna-se necessário uma maior análise sobre esses fatores.

O mapeamento do diagnóstico de sífilis em mulheres no estado de Goiás pode ser uma ferramenta importante para identificar padrões epidemiológicos, áreas de maior incidência e fatores de risco associados. Este estudo permitirá uma compreensão mais detalhada da distribuição geográfica dos casos de sífilis, podendo contribuir para possíveis intervenções direcionadas e mais eficazes.

Logo, o presente estudo demonstra a relevância da doença destacando o público feminino, devido a vulnerabilidade social e fisiológica que corroboram para a prevalência dessa infecção nessa parte da população. Ademais, esse grupo possui fator de risco adicional, uma vez que caso a sífilis evolua sem tratamento, durante o período gestacional, poderá haver a transmissão vertical e o desenvolvimento da doença congênita, causando, assim, complicações drásticas para o feto.

Desse modo, torna-se essencial a identificação e mapeamento dos casos de sífilis no estado de Goiás, com ênfase nos três municípios mais populosos, para fins de melhor controle da infecção e identificar possíveis correlações entre a região de contaminação e o acesso ao serviço de saúde na infecção por sífilis. Portanto, o objetivo desse estudo é identificar e mapear a prevalência de sífilis entre mulheres de 20 a 80+ anos no estado de Goiás no período de 2014 a 2024, com foco nos três municípios mais populosos do estado: Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis-GO.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fisiopatologia da sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica com evolução crônica causada pela bactéria *Treponema pallidum*⁴. Esse agente não tem fatores de virulência evidentes, como toxinas, porém produz diversas lipoproteínas que induzem uma resposta imune inflamatória, e provavelmente essa é a causa da destruição tecidual da doença. Assim, após a infecção, o organismo entra na corrente sanguínea e invade profundamente os tecidos rapidamente, cruzando facilmente as junções entre as células. Ele tem uma mobilidade do tipo saca-rolhas, que o permite “nadar” rapidamente nos fluidos gelatinosos teciduais⁶.

As manifestações clínicas da doença são específicas para o estado de infecção em que o paciente se encontra. Existem quatro estágios característicos da sífilis (primária, secundária, latente e terciária) que, não só facilitam o diagnóstico, como também norteiam o profissional sobre possíveis evoluções clínicas que o paciente possa ter⁷.

Na sífilis primária, a apresentação mais comum é um cancro genital solitário, que tende a ser indolor e não acompanhar pus e representa o primeiro local de instalação da *T. pallidum* no corpo. No entanto, há situações em que o cancro não está propriamente no órgão genital primário do paciente, mas sim no colo do útero, ânus ou reto. Nesses casos, é mais difícil de ser visualizado, e, por isso, o paciente pode não perceber. Existem ainda alguns casos (2-7%) em que o cancro é encontrado extragenitalmente ou em que há múltiplos cancros em um paciente. O tempo médio entre a infecção à primeira manifestação é de 10 a 90 dias⁷.

No que diz respeito a fase secundária da doença, é o período em que a bactéria se dissemina por todo o corpo através da corrente sanguínea, desencadeando uma intensa resposta inflamatória, com liberação de citocinas e ativação de vias do sistema complemento, acarretando em danos teciduais e lesões cutâneas. A manifestação mais comum é uma erupção cutânea maculopapular, simétrica e não pruriginosa, que acomete principalmente as superfícies palmar e plantar, estando presentes em 75-90% dos pacientes, e pode expandir para o peitoral, costas, ombros, braços e flancos. Nessa etapa, também pode haver o surgimento de condiloma lata e alopecia, pápulas, pústulas e artralgia⁸.

O período chamado de latente na infecção por *T. pallidum* é reconhecido pela ausência de sintomas e corresponde ao decurso da doença após o paciente não ser tratado no estágio primário ou secundário. Esse estágio ainda é dividido em: latente precoce, quando a pessoa está há 1 ano ou menos com ausência de sintomas, e tardio, quando há mais de um ano sem sintomas. É importante saber em qual dessas subfases o paciente se encontra visto que a

pessoa infectada em fase latente precoce ainda é transmissível, enquanto pessoas na fase tardia, não⁷.

Por último, tem-se o estágio terciário da sífilis. Nessa etapa, que pode ocorrer anos após a infecção inicial, é definida por uma carga persistente de patógenos de baixo nível e uma resposta imune forte e autodestrutiva. Existem três apresentações da sífilis terciária: a neurosífilis, a sífilis cardiovascular e a sífilis benigna tardia (gomatosa). Na neurosífilis, o *T. pallidum* penetra na barreira hematoencefálica e pode provocar acidente vascular cerebral (AVC), tabes dorsalis e paralisia geral progressiva. Na sífilis cardiovascular, pode haver aneurismas de ponta e insuficiência cardíaca. Na sífilis gomatosa, é comum o aparecimento de gomas teciduais propriamente ditas e granulomas, que podem acometer pele, ossos e vísceras, além de placas psoriasiformes que se manifestam na pele^{7,9}.

2.2 Transmissão e diagnóstico

A sífilis é uma IST, podendo ser transmitida por sexo oral, penetração anal ou vaginal com uma pessoa infectada. A bactéria penetra no corpo através de pequenas feridas ou pelas mucosas genitais. Apesar dessa forma principal, nos últimos anos são crescentes as infecções congênitas da doença, que se dão através transmissão transplacentária ou contato com lesões infecciosas durante o parto^{4,7}.

Seu diagnóstico é determinado pela correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Assim, apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a avaliação diagnóstica de cada caso e o tratamento adequado⁹.

A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis favorece a suspeita clínica, entretanto não existe um achado patognomônico da doença, por isso é preciso de testes diagnósticos para a confirmação do resultado. Testes diagnósticos para sífilis são divididos em duas categorias, sendo: exames diretos e testes imunológicos¹⁰.

Os exames diretos consistem na pesquisa e detecção do agente etiológico (*T. pallidum*) em amostras coletadas diretamente das lesões. Existem dois métodos para essa análise, nas quais ambas irão detectar lesões primárias e secundárias. O primeiro, exame em campo escuro, utiliza-se exsudato seroso das lesões ativas para observação dos treponemas viáveis em amostras frescas, possui alta sensibilidade e especificidade além de ser um teste eficiente e de baixo custo. O segundo teste, pesquisa direta com material corado, consiste na observação de esfregaço em lâminas ou cortes histológicos com diferentes corantes, e tem sensibilidade inferior a microscopia de campo escuro¹⁰.

Assim, se o resultado de um dos dois testes for positivo, determina-se uma infecção ativa e é preciso considerar diagnóstico diferencial com treponemas não patogênicos e outros organismos espiralados. Porém, se o exame vier negativo é preciso considerar: se o número de *T. pallidum* na amostra não foi suficiente para sua detecção, se a lesão está próxima à cura natural ou se a pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico¹⁰.

Os exames imunológicos são representados pela busca de anticorpos na amostra de sangue total, soro ou plasma, e são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Esses testes são subdivididos em duas classes: os treponêmicos e os não treponêmicos. Os testes treponêmicos identificam anticorpos específicos produzidos em resposta aos antígenos de *T. pallidum*. Geralmente eles são os primeiros a se tornarem reagentes e, por isso, é recomendado começar a investigação por ele. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o paciente ter sido tratado adequadamente. Existem vários tipos desse teste:

- Testes rápidos – TR (distribuídos pelo Ministério da Saúde)
- Testes de hemaglutinação (TPHA) e de aglutinação de partículas (TPPA)
- Ensaio de micro-hemaglutinação (MHA-TP)
- Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs)
- Ensaio imunoenzimático (ELISA)¹⁰.

Os testes não treponêmicos identificam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum* e permitem uma análise qualitativa e quantitativa. Os testes não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) e o USR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*)¹⁰.

As interpretações dos testes imunológicos podem ser analisadas no quadro 1.

Quadro 1: Interpretação dos testes diagnósticos.

PRIMEIRO TESTE		TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES
TESTE TRPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro: <ul style="list-style-type: none"> • Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente: considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro : <ul style="list-style-type: none"> • Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente: considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.
TESTE TREPONÊMICO / NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.

Fonte: Adaptado do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)¹⁰.

2.3 Epidemiologia de sífilis no Brasil

As condições vulnerabilizantes relacionadas às mulheres estão significativamente associadas à sífilis. Dos fatores sociodemográficos, pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal foram os mais relacionados como situação de risco. No caso das situações vulnerabilizantes, a menor idade da primeira relação sexual e da gestação, o elevado número de parceiros sexuais e a não adesão a práticas de sexo seguro indicam alto nível de relação com a incidência de sífilis no Brasil⁴.

As desigualdades sociais refletidas em saúde, no Brasil, evidenciam que a sífilis se relaciona ao baixo nível socioeconômico, contribuindo para a persistência da transmissão da doença e expondo as fragilidades da assistência em saúde, não só se referindo ao acesso, mas

também à oportunidade de rastreamento, diagnóstico e tratamento das mulheres e seus parceiros⁴.

Estudos indicam que quanto mais precoce for o início da vida sexual, maior o número de parceiros e aumenta também o risco à saúde. No Brasil, à medida que o nível de escolaridade aumenta, a média de parceiros(as) sexuais entre as mulheres diminui, evidenciando a influência positiva que uma boa educação tem sobre os jovens. Essa variável pode influenciar também no conhecimento sobre as práticas sexuais seguras, que é uma questão de prevalência nos casos de sífilis no Brasil, onde o uso de preservativos é visto como símbolo de desconfiança, e a não utilização deste continua sendo um grande fator de crescimento de infecções sexualmente transmissíveis⁴.

No Brasil, a sífilis é uma doença de notificação compulsória, sendo as formas congênita, em gestantes e adquirida instituídas, respectivamente, nos anos de 1986, 2005 e 2010. No período de 2012 a 2022 foram notificados no país 1.237.027 casos de sífilis adquirida, 537.401 casos de sífilis em gestantes e 238.387 casos de sífilis congênita, e dentre esses, 2.153 óbitos foram notificados¹¹.

A taxa de detecção de sífilis adquirida aumentou em toda a série histórica, com exceção de 2020, quando houve declínio dessa taxa, o que se explica, provavelmente, pela redução da capacidade diagnóstica durante a pandemia de COVID-19. Porém, em 2021 e 2022, as taxas de detecção da sífilis adquirida atingiram patamares maiores ao período pré-pandemia, com aumento de 23%. Entre 2021 e 2022, a região Centro-Oeste apresentou maior número de crescimento dessa taxa, em 26%, seguida das regiões Sudeste, Sul, Norte e Nordeste¹¹.

A maior parte dos casos de sífilis adquirida concentrou-se no sexo masculino (60,7%), e nas faixas etárias entre 20 e 29 anos (36%) e 30 a 39 anos (22,4%). Ressalta-se que, entre adolescentes (13 a 19 anos), os casos de sífilis adquirida aumentaram em 2,6 vezes quando comparados os anos de 2015 e 2022, e nessa faixa etária, o número de casos do sexo feminino foi maior do que o do sexo masculino, com uma relação M:F de 0,7 (sete homens com sífilis para cada 10 mulheres com sífilis) em 2022¹¹.

Já em casos de sífilis em gestantes, as taxas de detecção mantêm-se em crescimento constante, com incremento mais rápido nos últimos dois anos da análise, tendo-se elevado em 33,8% entre 2020 e 2022, sendo que entre 2013 e 2018 o aumento anual médio foi de 25%.⁹ Nos dois últimos anos da análise a taxa de incidência de sífilis congênita se manteve estável em torno de 10 casos por 1.000 nascidos vivos. Entretanto, notou-se aumento de 16% na comparação de 2022 com 2019, ano pré-pandemia¹¹.

Em relação à escolaridade, no ano de 2022, nos casos notificados no país 1,3% eram analfabetos, 21,9% não tinham ensino fundamental completo, 25,8% possuíam o fundamental completo ou o médio incompleto, 36,3% possuíam o ensino médio completo e 14,6% o superior completo ou incompleto¹¹.

No Brasil, utiliza-se o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) que, por meio da plataforma Tabnet, possibilita a tabulação e análise de informações epidemiológicas, além de disponibilizar dados essenciais sobre doenças e agravos. Essas informações permitem o monitoramento da situação de saúde da população e, logo, auxiliam na formulação de políticas públicas e ações de controle e prevenção¹².

Segundo informações coletadas no DATASUS, entre os anos de 2010 e 2014, foram notificados em Goiás, 505 casos de sífilis adquirida nas mulheres, sendo destes, 54 casos em Anápolis, 30 casos em Aparecida de Goiânia e 19 casos em Goiânia. Já entre 2014 e 2024, 14.865 casos de sífilis adquirida foram detectados no estado, somente no grupo feminino, evidenciando um grande aumento de notificações na última década. Dentre esses casos, nas três cidades mais populosas do estado, Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis, foram registrados, respectivamente, 4.125, 2.143 e 1.161 notificações de sífilis adquirida. Além disso, no mesmo período de análise, para sífilis em gestantes, Goiânia notificou 5.093 casos, Aparecida de Goiânia 1.859 casos e Anápolis 1.496 casos¹².

Durante o ano de 2024, Goiás totalizou 6.2 mil casos de sífilis. O boletim emitido pelo Governo de Goiás sinalizou que, apenas no hospital HDT em Goiânia, foram somatizados mais de 493 testes reagentes para sífilis durante os meses de Janeiro a Setembro. O boletim ainda afirma que houve 350 casos positivos para sífilis congênita no estado durante esses meses¹³.

Em Anápolis-GO, entre os anos de 2018 e 2023, foram identificados 3.199 casos de sífilis adquirida, notando-se um aumento de 166% da frequência da doença no município, tendo destaque principalmente nos anos de 2021, 2022 e 2023, que tiveram, respectivamente, 788, 761 e 650 casos. Dentre esses casos, foram relatados 941 no sexo feminino, com números de pessoas infectadas crescentes entre os anos da pesquisa. Além disso, a população predominante dos casos se manteve entre as faixas etárias de 20 a 29 anos, seguida do grupo de 30 a 39 anos, que apresenta a segunda maior incidência de casos durante todos os anos¹⁴.

2.4 Tratamento

O tratamento para a sífilis tem como medicamento de primeira escolha a benzilpenicilina benzatina, já que não há evidências documentadas de resistência de *T.pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo¹⁰.

A benzilpenicilina benzatina é a única droga que pode ser utilizada no tratamento de gestantes. Porém, há outras opções para não gestantes como a doxiciclina e a ceftriaxona, que devem ser usadas em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica. Em determinadas situações clínicas, o início do tratamento com benzilpenicilina benzatina deve ocorrer de forma imediata assim que um único teste para sífilis (treponêmico ou não treponêmico) apresentar resultado reagente, mesmo que não haja manifestações clínicas típicas da infecção. Essa conduta se aplica especialmente para pessoas que apresentam diagnóstico anterior de sífilis, indivíduos com sintomas sugestivos das fases primária ou secundária, gestantes, vítimas de violência sexual e aqueles com risco de não retornarem para acompanhamento¹⁰.

No entanto, mesmo quando o tratamento é iniciado com base em apenas um teste reagente para sífilis, o indivíduo possivelmente infectado deve realizar um segundo exame, com o objetivo de aprimorar a análise diagnóstica, o monitoramento laboratorial (controle de cura) e o tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão). Para pacientes sintomáticos, com suspeita de sífilis primária ou secundária e sem possibilidade de realização de exames diagnósticos, recomenda-se o início imediato do tratamento empírico para sífilis recente, estendido também às respectivas parcerias sexuais¹⁰.

O esquema terapêutico utilizado para sífilis é apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Esquema terapêutico para sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: Adaptado do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)¹⁰.

Observações:

*No caso da sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, intramuscular, uma semana após a primeira dose.

*Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado. Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

A resolução dos sinais e sintomas após o tratamento, caso estes tenham estado previamente presentes, é indicativa de resposta à terapia. No entanto, o monitoramento pós-tratamento com teste não treponêmico é recomendado a todos os pacientes para determinar se ocorreu resposta imunológica adequada¹⁰.

2.5 Aspectos clínicos da sífilis nas mulheres

A incidência e a prevalência da sífilis na população podem ser influenciadas por questões de gênero, sendo que o sexo masculino tem maior probabilidade de transmitir a doença. Em contrapartida, as mulheres se tornam mais expostas e suscetíveis à infecção por ISTs. Essa vulnerabilidade do sexo feminino pode ser explicada por características biológicas,

além de questões de gênero e sociais. A sífilis em mulheres possui um agravante quando relacionada à gravidez, visto que a sífilis gestacional é um problema de saúde pública¹⁵.

As mulheres enfrentam obstáculos e preconceitos na sociedade brasileira quando o tema está relacionado a relações sexuais, a reprodução e ISTs. Esse contexto de estigmatização do sexo feminino evidenciou uma modificação no perfil epidemiológico das ISTs, com um aumento expressivo no número de casos nessa população. Estima-se que no Brasil, entre 1,5% e 5% das mulheres em idade fértil estejam contaminadas pela sífilis. Esse dado se torna ainda mais preocupante quando se considera as complicações graves da doença no corpo feminino, como infertilidade, malformações congênitas e aborto espontâneo^{2,15}.

Fatores anatômicos e fisiológicos estão relacionados com a vulnerabilidade feminina à infecção por sífilis. Dentre esses fatores os de maior relevância são: a maior concentração de agentes infecciosos no sêmen em comparação com a secreção vaginal, a mulher ser a receptora durante o ato sexual, o maior volume de secreção masculina em comparação com a feminina, sendo de 5 a 7 ml e 1 a 3 ml, respectivamente e a maior prevalência de infecções genitais nas mulheres, que fragiliza a mucosa e facilita a entrada de patógenos, como o *Treponema pallidum*¹⁶.

As mulheres têm uma maior percepção da necessidade de que as relações sexuais sejam seguras e protegidas, uma vez que a sífilis, sendo uma IST, é transmitida durante essa prática. Entretanto, diversos aspectos sociais e culturais contribuem para o não uso de métodos de prevenção⁶. Em termos culturais, mulheres mais jovens podem estabelecer relações sexuais com homens mais velhos, o que leva a uma maior submissão feminina, resultando na aceitação da não utilização do preservativo. O uso de proteção também está associado à infidelidade e desconfiança, especialmente no caso de mulheres casadas¹⁶.

No contexto de relações estáveis, há uma tendência de os parceiros abrirem mão dos métodos de prevenção contra IST com o objetivo de aumentar o prazer e o desempenho sexual. Isso faz com que mulheres, que anteriormente não tinham histórico de sífilis, contraiam a doença em contextos de vulnerabilidade social e falhas no acesso aos serviços de saúde¹⁷.

A sífilis gestacional é um problema de saúde pública e, em 2005, tornou-se uma doença de notificação compulsória. Essa doença provoca desfechos adversos nas gestantes, sendo que mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gravidez têm um risco 4,5 vezes maior de apresentar alguma complicação. A transmissão vertical, se não tratada, pode resultar em aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal e neonatal. Os recém-nascidos, se não forem tratados, podem desenvolver sífilis congênita e sofrer outras sequelas, como dificuldades de aprendizagem e surdez^{2,4,17}.

O aumento dos casos de sífilis gestacional está relacionado a um pré-natal inadequado, com menos de três consultas durante a gestação, à falta de realização do teste rápido para sífilis, ao baixo nível socioeconômico e à ausência de rastreamento, diagnóstico e tratamento adequados das gestantes e de seus parceiros sexuais.¹ A redução das complicações decorrentes da sífilis gestacional pode ser alcançada com a assistência adequada dessas mulheres durante a gestação, no parto e no puerpério, realizada por profissionais de saúde capacitados e cientes dessa IST. O pré-natal deve ser eficiente para diagnosticar e tratar a doença precocemente, prevenindo complicações futuras^{4,17}.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar e mapear a prevalência de sífilis entre mulheres de 20 a 80+ anos nas três cidades mais populosas do estado de Goiás, no período de 2014 a 2024.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o panorama dos diagnósticos de sífilis entre os anos de 2014 e 2024 nos municípios: Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis- GO.
- Associar as faixas etárias das mulheres diagnosticadas com sífilis à prevalência nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis-GO, para compreender o impacto desses municípios no estado de Goiás.
- Relacionar a influência do nível de escolaridade das mulheres sobre o número de casos notificados de sífilis nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis-GO no período de 2014 a 2024.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo e local de estudo

Este trabalho tratou-se de uma pesquisa de cunho ecológico, analítico e retrospectivo de abordagem quantitativa a partir de dados secundários coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O estudo abrangeu o estado de Goiás, com ênfase nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis, no período de 2014 a 2024.

4.2 População e amostra

Esse estudo foi realizado a partir da análise do perfil epidemiológico sobre o diagnóstico de sífilis entre mulheres no estado de Goiás, com ênfase nos seus três municípios mais populosos: Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis-GO, entre os anos de 2014 a 2024, através dos dados coletados no DATASUS.

4.3 Coleta de dados

A fonte de dados para identificação das ocorrências de diagnósticos de sífilis foi composta pelos dados disponíveis no DATASUS, referente às mulheres diagnosticadas e atendidas na rede de saúde do estado de Goiás, no período de 2014 a 2024.

Os dados retirados do sistema DATASUS foram idade e município de residência. Esses dados foram fundamentais para mapear as regiões de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis-GO, que são considerados os mais populosos do estado.

Incluíram-se os dados de mulheres entre 20 e 80+ anos, diagnosticadas com sífilis entre os anos de 2014 e 2024 na atenção primária do estado de Goiás. Por se tratar de uma coleta de dados secundários e sumarizados, não são aplicados critérios de exclusão.

4.4 Análise dos dados

Para a análise, os dados foram tabulados por ano de acordo com características de idade, escolaridade e município de residência. A partir disso, foi realizada uma análise quantitativa através da construção de gráficos e mapas referenciando as regiões de maior prevalência de diagnóstico.

Os dados coletados nas planilhas ingressaram em um banco de dados do Microsoft, e, para fins de análise, utilizamos tabelas e gráficos elaborados a partir do Microsoft Excel (Office 2021). Para a comparação entre variáveis categóricas, empregou-se o teste do qui-quadrado de aderência, considerando nível de significância de $p < 0,05$. As análises foram

realizadas no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 27.0; IBM Corp., Armonk, NY, EUA). As informações fornecidas serão utilizadas na elaboração de trabalhos a serem submetidos em periódicos nacionais e/ou divulgados em eventos científicos da área.

4.5 Aspectos éticos

Por se tratar de estudo com dados secundários de domínio público, publicados online pelo Ministério da Saúde (MS), sem identificação dos participantes, este estudo está dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

5. RESULTADOS

Foram analisados dados de notificações de sífilis em mulheres residentes nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis, no período de 2014 a 2024. As variáveis analisadas incluíram ano de diagnóstico, faixa etária e escolaridade.

O panorama da última década evidencia um aumento na incidência de casos notificados nos três maiores centros urbanos de Goiás. A distribuição anual dos diagnósticos, detalhada na **Tabela 1**, indica crescimento do número de casos, com o número total de casos saltando de n=31 em 2014 para um pico de n=1.556 em 2023, o que representa um aumento superior a 50 vezes no período.

Tabela 1- Diagnóstico de sífilis em mulheres entre os anos de 2014 e 2024 nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis.

Total de casos analisados: n = 6489

Ano	Goiânia n (%)	Aparecida de Goiânia n (%)	Anápolis n (%)	Total geral
2014	10 (32,3)	9 (29,0)	12 (38,7)	31
2015	79 (43,4)	91 (50,0)	12 (6,6)	182
2016	155 (54,0)	104 (36,2)	28 (9,8)	287
2017	181 (56,4)	110 (34,3)	30 (9,3)	321
2018	378 (58,9)	183 (28,5)	81 (12,6)	642
2019	351 (54,3)	218 (33,7)	78 (12,1)	647
2020	314 (55,3)	161 (28,5)	89 (15,8)	564
2021	496 (48,9)	366 (36,1)	152 (15,0)	1014
2022	671 (58,0)	288 (18,6)	198 (17,1)	1157
2023	963 (61,9)	289 (18,6)	304 (19,5)	1556
2024	31 (35,2)	9 (10,2)	48 (54,5)	88

Legenda: n (número absoluto), % (porcentagem).

Fonte: Autores (2025).

Ao comparar os municípios quanto ao total de casos entre 2014 e 2023, por meio do teste do qui-quadrado, observou-se diferença estatisticamente significativa entre Anápolis

e Aparecida de Goiânia, Anápolis e Goiânia, e Aparecida de Goiânia e Goiânia, sendo que em todas as comparações o valor de p foi $< 0,001$, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Comparação do número total de casos de sífilis entre os municípios no período de 2014-2024.

Total de casos analisados: $n = 6489$

Comparação	Município 1	n	Município 2	n	Valor-p
Anápolis vs. Ap	Anápolis	1032	Ap	1828	$< 0,001$
Anápolis vs. Goiânia	Anápolis	1032	Goiânia	3629	$< 0,001$
Ap vs. Goiânia	Ap	1828	Goiânia	3629	$< 0,001$

Legenda: n (número absoluto), vs. (versus), Ap (Aparecida de Goiânia).

Fonte: Autores (2025).

Conforme apresentado na Figura 1, Goiânia apresentou o maior volume absoluto de notificações. A partir de 2016 ($n=155$), a capital ultrapassou os demais municípios em números absolutos e, desde 2017 (com exceção de 2021), passou a responder por mais da metade dos casos registrados entre os três municípios, atingindo 61,9% ($n=963$) em 2023.

Em Aparecida de Goiânia, observou-se aumento no número absoluto de casos ao longo do período, passando de 9 casos em 2014 para 359 casos em 2021. Em termos proporcionais, o maior percentual foi registrado em 2015, com 50,0% ($n=91$), enquanto em 2024 foram registrados 9 casos (10,2%).

Anápolis apresentou menor volume de notificações na maior parte do período analisado, com registros de $n=12$ em 2015 e $n=30$ em 2017. A partir de 2021 ($n=152$), houve aumento no número de casos, atingindo 304 notificações em 2023, correspondendo a 19,5% do total, configurando a maior participação proporcional de Anápolis na série histórica completa (excluindo o ano de 2014). Os dados referentes a 2024 ($n=48$) foram considerados parciais e, portanto, omitidos da análise de tendência e dos testes estatísticos subsequentes.

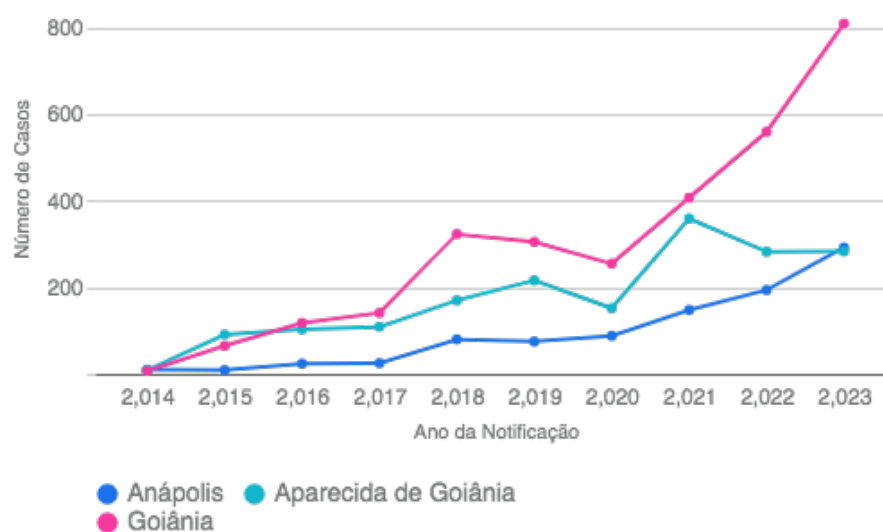


Figura 1 - Casos de Sífilis Notificados por Ano e Município (2014-2023).
Fonte: Autores (2025).

A análise da distribuição dos casos por grupo etário demonstrou maior concentração de diagnósticos em mulheres jovens e adultas. Os dados, apresentados na **Tabela 3**, evidenciaram predominância na faixa etária de 20 a 39 anos.

Tabela 3 - Diagnósticos de sífilis em mulheres com mais de 20 anos nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis

Total de casos analisados: n = 6489

Faixa Etária	Goiânia n (%)	Aparecida de Goiânia n (%)	Anápolis n (%)	Total geral
20-39	2342 (56,0)	1209 (28,9)	634 (15,1)	4185
40-59	997 (55,6)	497 (27,7)	300 (16,7)	1794
60-64	118 (57,3)	52 (25,2)	36 (17,5)	306
65-69	79 (60,3)	28 (21,4)	24 (18,3)	131
70-79	59 (51,3)	31 (27,0)	25 (21,7)	115
80 e +	34 (58,6)	11(19,0)	13 (22,4)	58
Anápolis vs. Ap	-	-	p=0,1521	-
Anápolis vs. Goiânia	p=0,077	-	-	-
Ap vs. Goiânia	-	p=0,5682	-	-

Legenda: n (número absoluto), % (porcentagem), vs. (versus: comparação da soma das faixas etárias entre os municípios), Ap (Aparecida de Goiânia).

Fonte: Autores (2025).

O município de Goiânia registrou o maior volume de diagnósticos em todas as faixas etárias analisadas. A cidade foi responsável pela maior participação percentual de casos na faixa etária de 20 a 39 anos (56,0% dos casos totais da faixa), totalizando 2.342 diagnósticos. O percentual de participação de Goiânia manteve-se elevado nas faixas seguintes, com 55,6% dos casos de 40 a 59 anos, e ultrapassando 50% em mulheres de 60 a 64 anos (51,9%) e de 65 a 69 anos (60,3%). Na faixa de 80 anos ou mais, Goiânia representou 58,6% dos diagnósticos.

Em Aparecida de Goiânia, a distribuição de casos demonstra o segundo maior volume de diagnósticos, concentrando 28,9% dos casos na faixa etária de 20 a 39 anos (n=1.209). A participação da cidade manteve-se em torno de um terço do total em diversas faixas, incluindo 40 a 59 anos (27,7%) e 70 a 79 anos (27,0%). Nas faixas etárias mais elevadas, houve uma redução na participação percentual de Aparecida de Goiânia, atingindo 17,5% (60-64 anos), 18,3% (65-69 anos) e a menor proporção de todas as cidades na faixa de 80 anos ou mais (19,0%).

O município de Anápolis apresentou percentual mais significativo nas faixas etárias mais avançadas. Na população idosa, a cidade contribuiu com 21,7% dos casos na faixa de 70

a 79 anos, e com 18,3% no grupo de 65 a 69 anos. A categoria de 80 anos ou mais foi a que apresentou maior destaque para o município de Anápolis, registrando 22,4% dos casos. Esse valor representa a maior proporção observada para Anápolis dentro de todas as faixas etárias e, além disso, posicionou o município em segundo lugar na comparação entre os três municípios, superando Aparecida de Goiânia nessa faixa etária específica.

Em relação aos testes estatísticos de comparação (teste de qui-quadrado), não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre Aparecida de Goiânia e Anápolis ($p=0,1521$) e entre Aparecida de Goiânia e Goiânia ($p=0,5682$). Contudo, a comparação entre Anápolis e Goiânia observou-se tendência à diferença ($p = 0,077$), embora sem significância estatística.

Logo, conforme ilustrado na **Figura 2**, as faixas etárias de 20-39 anos e de 40-59 anos, são as que concentram a maior parte dos casos notificados. Além disso, nota-se um padrão consistente na distribuição proporcional dos casos entre os três municípios nas diferentes faixas etárias. Em praticamente todas as categorias, Goiânia apresentou o maior número de casos, seguida por Aparecida de Goiânia e, por último, Anápolis, mantendo uma ordem estável ao longo das faixas etárias analisadas. A única exceção ocorreu na faixa etária de 80 anos ou mais, na qual Anápolis apresentou a segunda maior proporção de casos, ultrapassando Aparecida de Goiânia, diferindo do padrão observado nos demais grupos etários.

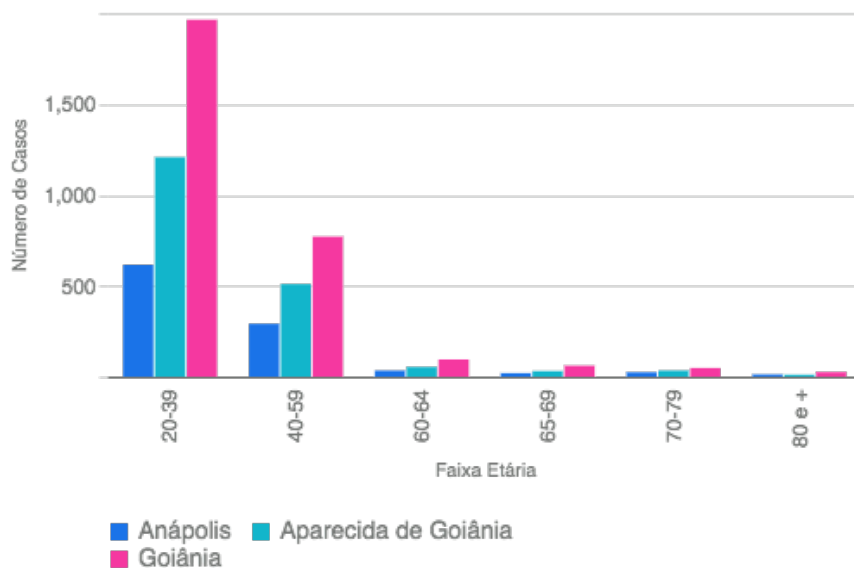


Figura 2 - Casos de Sífilis por Faixa Etária e Município.
Fonte: Autores (2025)

A investigação da influência da escolaridade no diagnóstico de sífilis em mulheres nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis, foi feita a partir dos dados da **Tabela 4**.

Tabela 4 - Diagnósticos de sífilis em mulheres por escolaridade e município.

Total de casos analisados: n = 6492

Escolaridade	Goiânia n (%)	Aparecida de Goiânia n (%)	Anápolis n (%)	Total geral
Ign/Branco	1953 (68,3)	818 (28,6)	86 (3,1)	2860
Analfabeto	23 (71,9)	8 (25,0)	1 (3,1)	32
1ª a 4ª série incompleta do EF	85 (51,5)	52 (31,5)	28 (17,0)	165
4ª série completa do EF	42 (34,1)	59 (48,0)	22 (17,9)	123
5ª a 8ª série Incompleta do EF	239 (57,5)	126 (30,3)	51 (12,3)	416
Ensino Fundamental Completo	149 (42,6)	99 (28,3)	102 (29,1)	350
Ensino Médio Incompleto	207 (36,4)	131 (23,0)	231(40,6)	569
Ensino Médio Completo	643 (41,4)	457 (29,4)	453 (29,2)	1553
Educação Superior Incompleta	126 (60,3)	56 (26,8)	27 (12,9)	209
Educação Superior Completa	145 (68,4)	36 (17,0)	31(14,6)	212
Não se Aplica	0 (0)	3 (100,0)	0 (0)	3

Legenda: n (número absoluto), % (porcentagem), EF (Ensino Fundamental).

Fonte:Autores (2025).

Analisando a **Tabela 4**, observa-se uma elevada proporção de registros sem informação sobre escolaridade ou classificados como “ignorado/branco”, correspondendo a 68,3% (n=1.953) em Goiânia, 28,6% (n=818) em Aparecida de Goiânia e 3,0% (n=86) em Anápolis, totalizando 2.860 casos.

Entre os casos com informação disponível, nota-se uma maior concentração entre mulheres com Ensino Médio completo (n=1.553), representando 41,4% (n=643) dos casos em Goiânia, 29,4% (n=457) em Aparecida de Goiânia e 29,2% (n=453) em Anápolis.

Em seguida, destaca-se o grupo com Ensino Médio incompleto (n=569), com a maioria dos casos registrados em Anápolis (40,6%), seguido de Ensino Fundamental completo (n=350), sendo a maior parte dos casos concentrados em Goiânia (40,6%). Por outro lado, a proporção de casos entre mulheres com Ensino Superior incompleto ou completo foi menor, somando 421 casos no total (209 e 212, respectivamente).

A análise comparativa entre os municípios revela que Goiânia concentra a maioria dos casos em praticamente todas as faixas de escolaridade, reforçando sua representatividade como capital e principal centro urbano do estado. Já Anápolis apresentou maior percentual relativo entre mulheres com Ensino Médio incompleto (40,6%), enquanto Aparecida de Goiânia manteve distribuição proporcional semelhante à observada em Goiânia, porém com menor número absoluto de casos.

A **Tabela 5** apresenta a comparação do número de mulheres diagnosticadas com sífilis segundo o município de residência e considerando o nível de escolaridade informado. Foram realizadas análises estatísticas entre os três municípios (Anápolis, Aparecida de Goiânia e Goiânia) para verificar possíveis diferenças na distribuição dos casos de acordo com essa variável.

Tabela 5 - Comparação da escolaridade das mulheres diagnosticadas com sífilis entre os municípios.

Total de casos analisados: n = 6489

Comparação	Município 1	n	Município 2	n	Valor-p
Anápolis vs. Ap	Anápolis	1032	Ap	1845	< 0,001
Anápolis vs. Goiânia	Anápolis	1032	Goiânia	3612	< 0,001
Ap vs. Goiânia	Ap	1845	Goiânia	3612	< 0,001

Legenda: n (número absoluto), vs. (versus), Ap (Aparecida de Goiânia).

Fonte: Autores (2025).

Sobre os testes estatísticos de comparação (teste de qui quadrado), foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na distribuição da escolaridade das mulheres diagnosticadas com sífilis entre todos os municípios analisados ($p < 0,001$ em todas as comparações). Esse achado indica que o perfil educacional das mulheres afetadas varia de

forma consistente entre Anápolis, Aparecida de Goiânia e Goiânia, sugerindo que cada município apresenta características distintas quanto ao nível de escolaridade das pacientes notificadas durante o período estudado.

Contudo, uma análise descritiva aprofundada, apoiada pela **Figura 3** demonstra que este resultado estatístico é primariamente impulsionado por uma disparidade drástica no preenchimento do campo "Escolaridade".

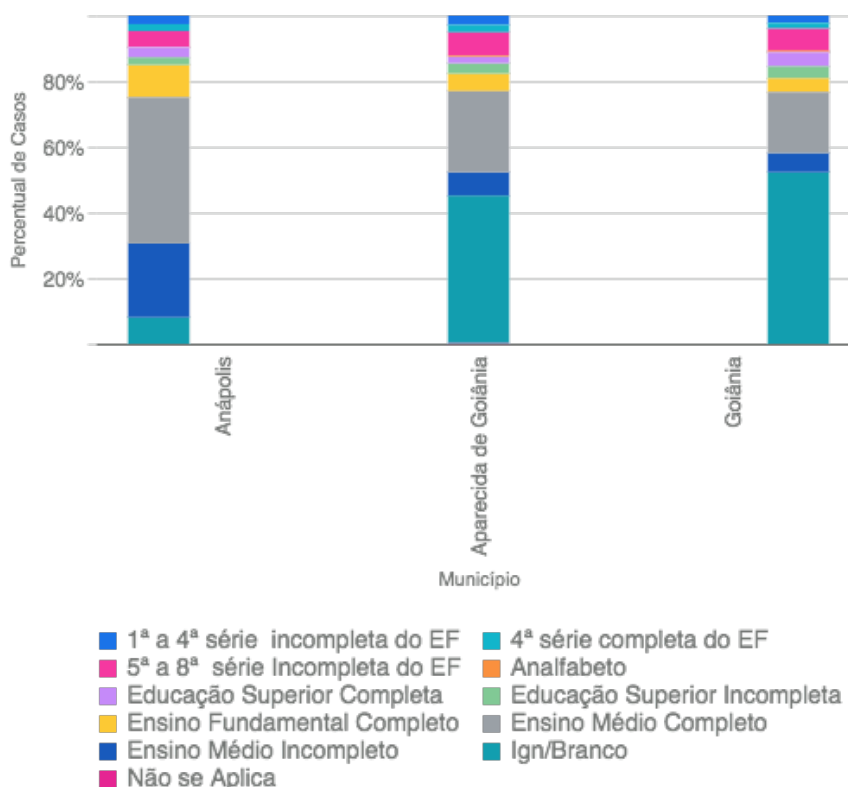


Figura 3 - Perfil Percentual de Escolaridade por Município.

Legenda : EF (Ensino Fundamental).

Fonte: Autores (2025).

Observa-se que nos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia, a categoria "Ign/Branco" domina o perfil, respondendo por 68,3% e 28,6% das notificações, respectivamente. Esta elevada proporção de registros sem categorização, inviabiliza uma caracterização confiável do perfil educacional das mulheres nessas localidades, comprometendo inferências mais precisas sobre o impacto da escolaridade na vulnerabilidade à sífilis.

Em contrapartida, o município de Anápolis apresenta um preenchimento de dados substancialmente mais completo, com apenas 3,1% de casos na categoria "Ign/Branco". Neste

município, onde a análise é mais fidedigna, as categorias de "Ensino Médio Completo" (29,2% dos casos de Anápolis) e "Ensino Médio Incompleto" (12,9%) emergem como as mais prevalentes entre as mulheres diagnosticadas. Esse padrão pode estar relacionado a múltiplos fatores, como maior exposição sexual nessa faixa etária e educacional, maior acesso a serviços de saúde e testagem, e persistência de lacunas em educação sexual e prevenção mesmo entre mulheres com nível médio de instrução.

De modo geral, a análise evidencia que a escolaridade influencia a vulnerabilidade à sífilis, mas também destaca a necessidade urgente de aprimorar a completude e padronização dos registros, sobretudo nas capitais e grandes centros urbanos. Dados mais consistentes são fundamentais para subsidiar estratégias específicas de prevenção, rastreamento e educação em saúde, adaptadas ao perfil real das populações atingidas.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou aumento expressivo dos casos de sífilis em mulheres nos três municípios mais populosos de Goiás ao longo da última década, com destaque para Goiânia, que concentrou a maior proporção de notificações. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os municípios, além de maior prevalência entre mulheres de 20 a 39 anos. Em relação à escolaridade, embora tenha havido predominância de casos entre mulheres com ensino médio completo, a elevada proporção de dados incompletos limita uma análise mais precisa dessa variável. Esses achados reforçam a complexidade do cenário epidemiológico da sífilis e a influência de fatores sociodemográficos na dinâmica da doença.

Ao analisar retroativamente os dados referentes ao diagnóstico da sífilis no estado de Goiás, observou-se redução no número de diagnósticos no ano de 2020 quando comparado aos anos de 2021, 2022 e 2023, segundo Godoi *et al.*, que ainda cita a subnotificação da doença como provável fator de discrepância entre os anos. Ao analisar o contexto sanitário do ano de 2020, esse achado pode estar relacionado à redução da busca por serviços de saúde durante o período, devido a política do isolamento social, o que pode gerar uma percepção equivocada da real magnitude da doença¹⁸.

De modo semelhante, o estudo de Barbosa *et al.* identificou o crescimento contínuo de casos desde 2016 até o ano de 2019, com declínio posterior no ano de 2020. Após esse pico de casos em 2018 e 2019, conforme observado neste estudo, os casos voltaram a aumentar nas três cidades a partir de 2021, com a cidade de Goiânia prevalecendo no número de casos, seguidos de uma nova redução em 2024, o que evidencia as oscilações relacionadas à capacidade de testagem e ao impacto das políticas públicas de controle.¹⁹

Quanto à faixa etária, os dados do presente estudo indicam maior prevalência entre mulheres jovens adultas, com predomínio entre 20 a 39 anos, o que coincide com os achados de Bezerra *et al.*, que observaram um pico de casos nessa faixa etária. Esse grupo etário da população corresponde ao período de maior atividade sexual, o que aumenta a exposição à infecção por sífilis. No presente estudo, não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as três cidades comparadas em relação à faixa etária da população, indicando que a distribuição dos casos de sífilis entre esses municípios foi semelhante no período analisado²².

Apesar da maior concentração de casos nas faixas etárias entre 20 e 39 anos, esses resultados devem ser interpretados com cautela, considerando possíveis vieses de notificação relacionados a uma idade específica. Essa distribuição pode não refletir o padrão epidemiológico verdadeiro, já que o banco de dados utilizado (DATASUS) é um sistema de

domínio público e sujeito a subnotificação, especialmente em faixas etárias extremas, como idosas e mulheres mais jovens. Assim, a aparente maior frequência na idade reprodutiva possivelmente representa apenas maior busca por serviços de saúde e maior testagem, e não necessariamente uma maior vulnerabilidade intrínseca a esse grupo.

No que se refere ao nível de escolaridade, os resultados deste estudo indicam que as mulheres com menor escolaridade apresentaram maior proporção de diagnósticos positivos para sífilis. Para Talhari *et al.*, a doença é uma infecção essencialmente relacionada ao comportamento sexual desprotegido, independentemente de raça, gênero ou condição socioeconômica. Contudo, o artigo de Marques *et al.* revela que indivíduos com 8 a 11 anos de estudos representam a maioria dos casos da doença quando comparados aos que tiveram 12 ou mais anos (com possível ensino superior), que apresentaram risco significativamente menor de contrair a doença (OR=0.4; p=0.0085). Assim, esses achados sugerem possível associação entre menor nível educacional e maior exposição a comportamentos de risco, como relações sexuais desprotegidas, como cita o estudo Barbosa *et al.* que ressalta a relação entre baixa escolaridade com menor acesso à informação e a serviços de saúde¹⁹⁻²¹.

Estes estudos acerca da associação entre o nível educacional e os diagnósticos positivos para sífilis associam-se diretamente aos resultados deste trabalho. Além disso, foi notado uma diferença estatisticamente significativa nas comparações sobre escolaridade entre os três municípios (p<0,001), evidenciando que a distribuição total dos casos de sífilis diferiu significativamente entre os municípios analisados, possivelmente devido a fatores como tamanho populacional, características sociodemográficas e diferenças no acesso aos serviços de saúde. Contudo, a elevada proporção de registros classificados como “ignorado/branco”, especialmente em Goiânia, compromete a robustez das análises e limita inferências mais precisas sobre o real impacto dessa variável na ocorrência da doença.

De maneira geral, os achados evidenciam que fatores sociodemográficos, como a faixa etária e a escolaridade, interferem diretamente na dinâmica de transmissão da sífilis nas três cidades analisadas, refletindo padrões semelhantes aos observados em Goiás e no Brasil. Adicionalmente, as diferenças observadas entre os municípios sugerem a influência de aspectos estruturais, como organização dos serviços de saúde, acesso ao diagnóstico e qualidade de vigilância epidemiológica.

A maior limitação encontrada neste estudo é inerente ao uso de dados secundários provenientes do DATASUS, que é um sistema de informação de notificação compulsória, dessa forma os registros estão sujeitos à subnotificação de casos, preenchimento incompleto e possíveis inconsistências, podendo levar à subestimação da real magnitude da sífilis nos

municípios analisados. Destaca-se, especialmente, a elevada proporção de dados ignorados em relação à escolaridade, o que compromete análises mais robustas dessa variável.

Quanto às contribuições, Anápolis apresentou crescimento relevante no número de casos, por ser a cidade menos populosa e ainda assim ter tido um valor estatisticamente significativo quando comparado com as outras duas cidades. Além disso, Goiânia apresentou o maior número absoluto de diagnósticos nos resultados obtidos, possivelmente devido a sua maior densidade populacional e sua rede ampliada de serviços de saúde, evidenciando sua relevância como capital. Já Aparecida de Goiânia apresentou menor número absoluto de casos em comparação a Goiânia.

Os achados deste estudo reforçam a importância do fortalecimento das estratégias de rastreamento, diagnóstico precoce e educação em saúde no âmbito da atenção primária, especialmente entre populações mais vulneráveis. A identificação de diferenças entre os municípios analisados evidencia a necessidade de intervenções direcionadas, com ampliação do acesso à testagem e qualificação das ações de vigilância epidemiológica, a fim de reduzir a transmissão da sífilis e seus desfechos adversos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou o perfil epidemiológico da sífilis em mulheres no estado de Goiás ao longo da última década, evidenciando a persistência e a expansão da doença como um importante problema de saúde pública. A investigação permitiu compreender a distribuição temporal e espacial dos casos, bem como identificar características sociodemográficas relevantes, reafirmando a necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre a dinâmica da sífilis no contexto regional.

Os resultados demonstraram aumento expressivo no número de notificações no período analisado, com predominância de casos em Goiânia, e maior concentração na faixa etária de 20 a 39 anos, indicando maior vulnerabilidade entre mulheres em idade reprodutiva. Em relação à escolaridade, embora tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os municípios, a elevada proporção de dados ignorados limitou a interpretação dessa variável. Dessa forma, foi possível delinear o panorama temporal da doença, associar sua distribuição às faixas etárias e explorar a relação com o nível de escolaridade, ainda que com restrições inerentes à qualidade dos dados disponíveis.

Entretanto, a utilização de dados secundários provenientes do DATASUS impõe limitações importantes, como subnotificação, inconsistências e incompletude das informações disponíveis. Tais limitações podem influenciar a magnitude dos achados e suscitam questionamentos acerca da real dimensão da doença e da confiabilidade dos registros epidemiológicos, indicando a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação em saúde. Nesse sentido, permanecem lacunas que não puderam ser plenamente exploradas, como a análise mais precisa da influência dos determinantes sociais na ocorrência da sífilis.

Diante desse cenário, o estudo evidencia a relevância do mapeamento epidemiológico como instrumento fundamental para subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes e direcionadas. Os achados obtidos contribuem para o entendimento da distribuição da sífilis em mulheres no estado de Goiás e destacam a urgência de estratégias voltadas à ampliação do diagnóstico precoce, à qualificação da vigilância epidemiológica e ao fortalecimento das ações de educação em saúde adaptadas às especificidades de cada região. Assim, o estudo não apenas descreve um problema crescente, mas também oferece subsídios concretos para intervenções que visem à redução da incidência e dos impactos da doença na população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-5a-edicao-revisada-e-atualizada-2022/view>. Acesso em: 14 set. 2024.
- ²SANTOS, Marília Dorea dos *et al.* Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis materna e congênita em uma maternidade referência em Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 32, e-32110, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.2022e32110>.
- ³OLIVEIRA, Pamela Panas dos Santos *et al.* Sífilis na gestação: conhecimento de gestantes e puérperas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 16, p. 1-6, 2024. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.12966>.
- ⁴MACÊDO, Vilma Costa de *et al.* Risk factors for syphilis in women: case-control study. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 78, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007066>.
- ⁵MENDES, Luis Miguel Carvalho *et al.* Estudo epidemiológico avaliativo da manutenção dos casos de Sífilis adquirida no período de 2017 a 2021 no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 7, p. 52386-52398, 2022.
- ⁶TORTORA, Gerard J. et al. **Microbiologia**. Porto Alegre: Artmed, 2024.
- ⁷MATTEI, Peter L. *et al.* Syphilis: a reemerging infection. **American Family Physician**, v. 86, n. 5, p. 433-440, 2012. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2012/0901/p433.html>. Acesso em: 17 set. 2024.
- ⁸PISEGNA, Robert; KASHEF, Mani. Dermatologic Manifestations of Secondary Syphilis. **Proceedings of UCLA Health**, v. 28, p. 1-10, 2024.
- ⁹KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- ¹⁰BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 27 set. 2024.
- ¹¹BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Sífilis: número especial, out. 2023*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>. Acesso em: 14 set. 2024.

¹²FRANCO, Cláudia de Gouveia; PAULA, Janine Oliveira de; TAVARES, Luciene Siqueira. Situação epidemiológica da sífilis: adquirida, congênita e em gestantes no estado de Goiás, 2018-2023. **Boletim Epidemiológico**, v. 1, n. 1, 2024.

¹³BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 17 nov. 2025.

¹⁴FONTOURA, Humberto de Sousa *et al.* **SÍFILIS: ANÁLISE BIOESTATÍSTICA DA SITUAÇÃO EM ANÁPOLIS**. 1. ed. [S.l.]: Humberto de Sousa Fontoura, 2024. E-book.

¹⁵GUERRA, Juliana Vidal Vieira *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 24, n. 3, p. 628-650, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.16882>.

¹⁶MOURA, Samy Loraynn Oliveira *et al.* Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, e20190325, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0325>.

¹⁷SANTOS, Aline Monteiro Rodrigues Alves dos *et al.* Situação epidemiológica da sífilis gestacional no estado do Acre no período compreendido entre 2017 a 2021. **Revista Foco**, Curitiba, v. 17, n. 4, e4772, p. 1-14, 2024. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n4-123>.

¹⁸GODOI, Ana Luiza Gouveia; FREITAS, Jaqueline Gleice Aparecida de. Retrato da sífilis adquirida em Goiás: uma análise epidemiológica, 2020–2024. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 18, n. 5, e18314, 2025. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.5-437>.

¹⁹BARBOSA, Amanda Ferreira *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis adquirida em mulheres no estado de Goiás entre 2016 e 2021. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e438111537355, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37355>.

²⁰BEZERRA, Juliana Maria Trindade *et al.* Burden of syphilis in Brazil and federated units, 1990–2016: estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, e0010-2022, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0010-2022>.

²¹TALHARI, Carolina *et al.* Acquired syphilis: update on clinical, diagnostic and therapeutic aspects. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 100, n. 3, p. 407-421, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.11.002>.

²²MARQUES, Cristhiane Campos *et al.* Risk factors associated with syphilis among patients at a sexual health center in Brazil: a retrospective study. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 29, 104558, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2025.104558>.

ANEXOS

ANEXO I - Acesso ao DATASUS – Tabnet.



tabnet

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos). Com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações Epidemiológicas e Morbidade) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde.

Dados de morbididade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de Indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde.

Nesta seção também são encontradas informações sobre Assistência à Saúde da população, os cadastros (Rede Assistencial), das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações Demográficas e Socioeconômicas.

Além disso, em Saúde Suplementar, são apresentados links para as páginas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

- ▶ Indicadores de Saúde e Pactuações
- ▶ Assistência à Saúde
- ▶ Epidemiológicas e Morbidade
- ▶ Rede Assistencial
- ▶ Estatísticas Vitais
- ▶ Demográficas e Socioeconômicas
- ▶ Inquéritos e Pesquisas
- ▶ Saúde Suplementar (ANS)
- ▶ Informações Financeiras
- ▶ Estatísticas de acesso ao TABNET

temas Notícias Segurança da informação Acesso à informação Metodologias
perguntas frequentes Processos Seletivos Fale conosco

DATASUS

▶ **Indicadores de Saúde e Pactuações**

▶ **Assistência à Saúde**

▲ **Epidemiológicas e Morbidade**

- Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)
- Casos de Aids – Desde 1980 (SINAN)
- Casos de Hanseníase – Desde 2001 (SINAN)
- Casos de Tuberculose – Desde 2001 (SINAN)
- Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN)
- Doenças e Agravos de Notificação – 2001 a 2006 (SINAN)
- Notificações de casos suspeitos de SCZ – desde 2015
- Programa de Controle da Esquistossomose (PCE)
- Estado Nutricional (SISVAN)
- Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA)
- Câncer de colo de útero e de mama (SISCOLO/SISMAMA)
- Sistema de Informação do Câncer – SISCAN (colo do útero e mama)
- Tempo até o início do tratamento oncológico – PAINEL – oncologia

Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN)

Opção selecionada: Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN) Acidente de

Trabalho

- Acidente por Animais Peçonhentos
- Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico
- Botulismo
- Câncer Relacionado ao Trabalho
- Cólera
- Coqueluche
- Dermatose Relacionada ao Trabalho
- Dengue até 2013
- Dengue de 2014 em diante
- Difteria
- Doença de Chagas Aguda
- Doenças Exantemáticas
- Esquistossomose
- Febre Amarela
- Febre de Chikungunya
- Febre Maculosa
- Febre Tifóide
- Hantavirose
- Hepatite
- Influenza Pandêmica
- Intoxicação Exógena
- Leishmaniose Visceral
- Leishmaniose Tegumentar Americana
- Leptospirose
- Ler/Dort
- Malária
- Meningite
- Paralisia Flácida Aguda
- PAIR Relacionado ao Trabalho
- Peste
- Pneumoconiose Relacionada ao Trabalho
- Raiva Humana
- Rotavírus
- Sífilis Adquirida
- Sífilis Congênita
- Sífilis em Gestante
- Síndrome da Rubéola Congênita
- Tétano Acidental
- Tétano Neonatal
- Toxoplasmose Congênita
- Toxoplasmose Gestacional
- Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho
- Varicela
- Violência Interpessoal / Autoprovocada
- Zika Vírus

Abrangência Geográfica:

→

Sistemas Notícias Segurança da informação
 Acesso à informação Metodologias **DATASUS**

Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN)

Opção selecionada: Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN)

- Acidente de Trabalho
- Acidente por Animais Peçonhentos
- Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico
- Botulismo
- Câncer Relacionado ao Trabalho
- Cólera
- Coqueluche
- Dermatose Relacionada ao Trabalho
- Dengue até 2013
- Dengue de 2014 em diante
- Difteria
- Doença de Chagas Aguda
- Doenças Exantemáticas
- Esquistossomose
- Febre Amarela
- Febre de Chikungunya
- Febre Maculosa
- Febre Tifóide
- Hantavirose
- Hepatite
- Influenza Pandêmica
- Intoxicação Exógena
- Leishmaniose Visceral
- Leishmaniose Tegumentar Americana
- Leptospirose
- Ler/Dort
- Malária
- Meningite
- Paralisia Flácida Aguda
- PAIR Relacionado ao Trabalho
- Peste
- Pneumoconiose Relacionada ao Trabalho
- Raiva Humana
- Rotavírus
- Sífilis Adquirida
- Sífilis Congênita
- Sífilis em Gestante
- Síndrome da Rubéola Congênita
- Tétano Acidental
- Tétano Neonatal
- Toxoplasmose Congênita
- Toxoplasmose Gestacional
- Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho
- Varicela
- Violência Interpessoal / Autoprovocada
- Zika Vírus

Abrangência Geográfica:

→

ANEXO II - Coleta de Dados

> SÍFILIS ADQUIRIDA - NOTIFICAÇÕES REGISTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - GO

→

Linha	Coluna	Conteúdo
Município de residência	Ano notificação	Todos os casos
Município infecção	Mês notificação	
Faixa Etária	Semana epidem. notificação	
Classificação	Ano epidem. notificação	

> PERÍODOS DISPONÍVEIS

→

2024	2019
2023	2018
2022	2017
2021	2016
2020	2015
2019	2014

> SELEÇÕES DISPONÍVEIS

- Semana epidem. diagnóstico
- Ano notificação
- Mês notificação
- Semana epidem. notificação
- Ano epidem. notificação
- Ano epidem. diagnóstico
- Município de notificação
- Região de Saúde (CIR) de notif
- Macrorreg.de Saúde de notific
- Microrregião IBGE de notific
- Reg.Metropolit/RIDE de notific
- Município de residência
- Município infecção
- Faixa Etária

🔍 Digite o texto e ache fácil

 - 1-4
 - 5-9
 - 10-14
 - 15-19
 - 20-39
 - 40-59
 - 60-64
 - 65-69
 - 70-79
 - 80 e +
- Raça

- Todas as categorias
 - Em Branco
 - Ignorado
 - Masculino
 - Feminino
- Classificação
- Evolução
- Critério

Ordenar pelos valores da coluna Exibir linhas zeradas
 Formato Tabela com bordas Texto pré-formatado Colunas separadas por ";"

→

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Todos os casos por Ano notificação segundo Município de residência
 Faixa Etária: 15-19, 20-39, 40-59, 60-64, 65-69, 70-79, 80 e +
 Sexo: Feminino
 Período: 2014-2024

Município de residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
TOTAL	170	399	658	852	1.634	1.818	1.278	1.984	2.532	3.336	315	14.976
520870 GOIANIA	10	74	126	148	373	367	293	472	614	858	29	3.364
520140 APARECIDA DE GOIANIA	9	100	135	158	194	247	184	406	324	362	14	2.133
520110 ANAPOLIS	10	12	24	35	90	85	100	163	209	322	61	1.111

> SÍFILIS EM GESTANTE - CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - GOIÁS

Linha
 Microrregião IBGE de notific
 Microrreg IBGE/Munic notifi
 Reg.Metropolit/RIDE de notific
 Município de residência

Coluna
 Não ativa
 Ano de Diagnóstico
 Mês de Diagnóstico
 Região de Saúde (CIR) de notif

Conteúdo
 Casos confirmados

> PERÍODOS DISPONÍVEIS

2019
2018
2017
2016
2015
2014

2024
2023
2022
2021
2020
2019

> SELEÇÕES DISPONÍVEIS

- Ano de Diagnóstico
- Mês de Diagnóstico
- Município de notificação
- Região de Saúde (CIR) de notif
- Macrorreg.de Saúde de notific
- Div.adm.estadual de notific
- Microrregião IBGE de notific
- Reg.Metropolit/RIDE de notific
- Município de residência
- Região de Saúde (CIR) de resid
- Macrorreg.de Saúde de residênc
- Div.adm.estadual de residência
- Microrregião IBGE de residênc
- Reg.Metropolit/RIDE de resid
- Raça
- Sexo

Todas as categorias
 Em Branco
 Ignorado
 Masculino
 Feminino
- Faixa Etária

Digite o texto e ache fácil
 1-4
 5-9
 10-14
 15-19
 20-39
 40-59
 60-64
 65-69
 70-79
 80 e +
- UF Pré-natal
- Mun Pré-natal BR
- Classificacao clínica
- Teste nao Trep
- Teste Trep

Ordenar pelos valores da coluna Exibir linhas zeradas
 Formato: Tabela com bordas Texto pré-formatado Colunas separadas por ";"

Mostra
Limpa

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Casos confirmados por Ano de Diagnóstico segundo Município de residência
 Sexo: Feminino
 Faixa Etária: 15-19, 20-39, 40-59, 60-64, 65-69, 70-79, 80 e +
 Período: 2014-2024

Município de residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
TOTAL	2	4	2	7	110	898	1.014	1.084	1.501	1.991	2.100	2.035	2.337	2.798	3.063	1.210	20.156
520870 GOIANIA	-	-	-	1	37	221	196	214	403	453	407	374	531	592	502	263	4.194
520140 APARECIDA DE GOIANIA	-	1	-	3	8	94	93	121	130	180	230	247	269	289	291	24	1.980
520110 ANAPOLIS	-	-	-	-	6	52	58	75	82	127	152	112	174	182	250	112	1.382