



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 04, pp. 46037-46040, April, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21036.04.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ESTUDO COMPARATIVO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2020

*¹Nárima Caldana, ²Caroline Roland Wiss, ²Mariana de Carvalho Cruz and ²Victória Leoni Pardi de Castro

¹Avenida Maria de Jesus Condeixa, 600, sala 904, Edifício Neo Ribeirão, Jardim Palma Travassos, Ribeirão, Preto-SP

²Medical Student from Medical Student from "Centro Universitário Barão de Mauá", Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 10th January, 2021

Received in revised form

16th February, 2021

Accepted 28th March, 2021

Published online 22th April, 2021

Key Words:

Sífilis; Sífilis Adquirida; Infecção Sexualmente Transmissível, Epidemiologia; Ribeirão Preto.

*Corresponding author: Nárima Caldana,

ABSTRACT

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível endêmica, descrita ao longo da história da humanidade e diagnosticada efetivamente desde 1906. Estudo comparativo dos casos de sífilis no município de Ribeirão Preto/SP, no período de 2010 a 2020. Objetivo: Comparar a incidência de sífilis adquirida no município de Ribeirão Preto entre os anos de 2010 e 2020, informar e conscientizar a população sobre a atual situação da sífilis adquirida no município. Materiais e métodos: Estudo descritivo documental, abordagem quantitativa e transversal, utilizando base de dados SINAM. Resultados: Entre 2010 e junho de 2020, foram notificados 7416 casos de sífilis adquirida no município de Ribeirão Preto, com evidente crescimento no número de notificações, passando de 18 casos (0,24%) no ano de 2010 para 634 (8,55%) em 2019, visto que, durante o ano de 2020 não houve registros de casos a partir do dia 30/06/2020.

Copyright © 2021, Nárima Caldana et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Nárima Caldana, Caroline Roland Wiss, Mariana de Carvalho Cruz and Victória Leoni Pardi de Castro. 2021. "Estudo comparativo de sífilis adquirida no município de ribeirão preto entre os anos de 2010 e 2020", *International Journal of Development Research*, 11, (04), 46037-46040.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, que desafia há séculos a humanidade. Tornou-se conhecida na Europa no final do século XV, e sua rápida disseminação por todo o continente transformou-a em uma das principais pragas mundiais, sendo endêmica até os dias de hoje.

Na década de 60, mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual e o advento da pílula anticoncepcional fizeram com que o número de casos novamente aumentasse. No final dos anos 70, com o aparecimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), houve um redimensionamento das doenças sexualmente transmissíveis. A sífilis entrava como fator facilitador na transmissão do vírus HIV aumentando significativamente o risco de se contrair a infecção, uma vez que sua entrada é facilitada pela presença das lesões sífilíticas, o que ocasionou um novo interesse pela doença e a necessidade de estratégias para seu controle.¹

Atualmente, o avanço no tratamento da HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis que antes eram letais, fez com que as pessoas diminuíssem os cuidados de prevenção, aumentando novamente de forma significativa os casos de Sífilis. Seu agente etiológico foi descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual, contudo pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada. Há também outras transmissões atípicas, como o

contato com objetos contaminados e transfusão sanguínea. Sendo seu contágio maior nos estágios iniciais da infecção e reduzido gradativamente à medida que ocorre a progressão da doença.¹¹ A penetração do *Treponema pallidum* ocorre por pequenas abrasões decorrentes do coito. Logo após, o *treponema* atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. A resposta da defesa local resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão.^{1,3,7,9} A doença passa por 3 fases assintomáticas e sintomáticas durante seu curso, podendo afetar vários órgãos no organismo. Sua incubação média é de 10 a 90 dias.^{5,13} A primeira fase é a chamada sífilis primária. Caracterizada pelo aparecimento do cancro, uma lesão indolor, ulcerosa, de fundo limpo, sem pus, no local onde o agente foi inoculado, geralmente única, mas pode ser múltipla se houver maior número de inóculo. O cancro é uma pápula que se rompeu e formou uma úlcera endurecida, por isso a doença também é conhecida como cancro duro. Nas mulheres é mais comum a presença dessa lesão nos lábios maiores, menores, parede vaginal, colo do útero e perineo, tornando a visualização tanto pelo paciente quanto pelo profissional de saúde mais difícil. Já no homem, o sítio mais comum é no sulco bálano-prepucial, prepúcio e na glândula, de fácil visualização.^{1,2,5,8,13} Além desses locais, o cancro também pode se formar em regiões extragenitais como quirodactilos, língua e região ano-retal.^{1,5}

Tais lesões da fase inicial são extremamente contagiosas e desaparecem em 30 a 60 dias mesmo se não tratadas, sem deixar marcas ou cicatrizes, dessa forma a transmissão pode ocorrer sem que o paciente tenha nem mesmo ciência da doença. Também é característica da fase primária a adenomegalia, aparecendo de sete a dez dias após a lesão inicial, sendo em grande maioria unilateral e indolor. Pode estar ausentes em até 30% dos pacientes.² Quando ocorre o desaparecimento do cancro, começa a fase secundária da doença. Ela aparece em 30% dos pacientes não tratados na fase primária e no restante a doença se torna latente. Nessa fase é característico o aparecimento em surtos com erupções na pele e mucosas, dando sinais de disseminação da doença. Todavia, essas lesões podem ter diferentes aspectos, dificultando o diagnóstico.^{2,8,13} As mais frequentes são as lesões exantemáticas maculo-papulares palmo-plantares, e pápulas esbranquiçadas e úmidas em região genital, anal, axilar e bucal. Essas lesões podem acompanhar sintomas “flu-like”, como cefaléia, mialgia, dor de garganta e linfonomegalia generalizada. O tempo para a transição da lesão ulcerosa inicial para as cutâneas secundárias não é bem definido, a média é cerca de oito semanas entre o desaparecimento da primeira e o aparecimento da segunda. Ambos os quadros têm remissão espontânea.^{8,13} A sífilis secundária passa por períodos de surtos e inatividade, aonde no fim os períodos de inatividade vão se tornando mais duradouros, até que os surtos desaparecem por completo e entra-se no período de latência da fase terciária.¹ Hoje em dia, a fase terciária é raramente vista. É considerado o período em que a doença fica inativa, podendo permanecer de 3 a 30 anos. Ela é dividida em precoce e tardia. Sendo que a fase precoce vai do desaparecimento dos sintomas até um ano da doença, já a tardia é quando o paciente está assintomático há mais de um ano. Essa última, se não tratada pode acometer diversos sítios ao longo dos anos em 40% dos infectados, como sistema nervoso central, sistema cardiovascular e cutâneo. Sua mais marcante característica são as gomas sífilíticas, granulomas destrutivos quase sem treponemas que podem afetar pele, fígado e ossos.^{1,8,13}

Na sífilis primária e em algumas lesões da secundária o diagnóstico é feito pela demonstração direta do Treponema.¹ Essa demonstração pode ser feita pelo exame de campo escuro que analisa a linfa da lesão por um microscópio com condensador de campo escuro, que consegue visualizar o *T. pallidum* vivo. É um bom teste, de baixo custo e definitivo, que pode chegar até a 97% de acurácia dependendo da experiência do avaliador.¹ Além desse método, é possível realizar também a pesquisa direta com material corado, em que se adiciona um corante a depender do método empregado ao esfregaço da lamina com a linfa da lesão e observa-se visivelmente o treponema. Mas todos os métodos tem eficácia inferior ao campo escuro.¹ Já na ausência de manifestações clínicas utilizam-se exames sorológicos, que podem ser não treponemicos e buscar antígenos não derivados do agente etiológico, ou treponemicos, que buscam antígenos da própria espiroqueta.¹³ Os não treponemicos utilizam a suposição de que durante a reação entre o agressor e o hospedeiro formam-se anticorpos anti-lipídicos, que se ligarão a antígenos como a reagina (anticorpos inespecíficos IgM e IgG contra cardiolipina - componente da membrana plasmática das células dos mamíferos liberado após dano celular e presente também na parede do *T. pallidum*), a lectina e o colesterol.^{1,13} O mais famoso deles é o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), que utiliza a cardiolipina de antígeno e pode ser quantitativo ou qualitativo. Sua sensibilidade é de 70% na sífilis primária, 99% na sífilis secundária e cerca de 75% na terciária 9%. Na sífilis secundária e na latente precoce, a positividade pode alcançar 100%. Essas duas fases apresentam os valores mais altos na titulação no exame quantitativo.¹³ Na sífilis primária o VDRL torna-se positivo entre o quarto e o sétimo dia após o aparecimento da primeira lesão. No entanto, antes desse período o exame pode não ser acurado e resultar em falso-negativo. É um exame muito utilizado, tanto no rastreio como no controle de cura, isso devido a seu baixo custo e fácil execução. No entanto, trata-se de um exame inespecífico, pois o anticorpo anti-lipídico pode estar alto em outras situações como gravidez, idade avançada, problemas autoimunes e outras infecções causadas por vírus e protozoários, resultando em falsos-positivos em até 1 a 2%. Dessa forma, é sempre recomendado

a confirmação do diagnóstico por testes treponemicos como o FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption), o MHA-TP (microhemaglutinação de anticorpos para *T. pallidum*), o TPHA (hemaglutinação de anticorpos para *T. pallidum*), o teste imunoenzimático (ELISA) e o teste rápido Determine TP®, todos com resultados qualitativos.^{8,13} Por utilizarem antígenos do Treponema em si, trata-se de testes confirmatórios que se positivam antes mesmo dos não treponemicos. Portanto, mesmo se em discordância com o VDRL, estes deverão ser considerados. No entanto, não são úteis na identificação do estágio da doença ou da resposta terapêutica, pois uma vez positivos, se mantém assim durante toda a vida, enquanto o VDRL reduz após terapêutica.^{1,8} Como citado anteriormente, temos o FTA-ABS nos testes treponêmicos. Ele é um exame de baixo custo e fácil execução que utiliza um microscópio fluorescente para a pesquisa do anticorpo. Hoje, a penicilina G benzatina é o tratamento de escolha mundialmente para o tratamento da sífilis e tem como opções secundárias a eritromicina, tetraciclina, doxiciclina, ceftriaxona e mais recentemente, azitromicina.¹⁰ Além do tratamento medicamentoso, é orientada a adesão ao método preservativo de barreira nas relações sexuais, para evitar a transmissão e reinfeção da doença. No entanto, apesar de ser uma doença com diagnóstico etiológico conhecido há 100 anos e com terapêutica eficaz desde 1947, estima-se que ocorram cerca de 900 mil casos de sífilis no Brasil a cada ano. Fato resultante de um descumprimento com o uso de preservativos de barreira que gera um aumento da cadeia de transmissão. Nota-se que as pessoas não são devidamente esclarecidas sobre a doença, prevenção, diagnóstico e tratamento.^{4,10,12}

Objetivos

Objetivo Geral: Comparar a incidência de sífilis adquirida no município de Ribeirão Preto entre os anos de 2010 e 2020.

Objetivos Específicos

- Promover conhecimento para o meio científico e para as áreas de saúde, além de subsidiar informações que contribuirão para a promoção da saúde desta população.
- Contribuir para a melhoria na assistência de saúde na abordagem ao paciente.
- Conscientizar a população da situação atual da sífilis adquirida no município.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental de estudo descritivo com uma abordagem quantitativa e transversal. A população de estudo é formada por casos de sífilis adquirida, notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na qual, é composta por indivíduos sintomáticos com teste não treponemico reagente com qualquer titulação e com teste treponemico reagente e sem registro de tratamento prévio ou aqueles sintomáticos para sífilis, com pelo menos um teste reagente – treponemico ou não treponemico com qualquer titulação. O instrumento de pesquisa utilizado foram os registros de notificação do banco de dados do SINAN, liberados pela Vigilância Epidemiológica de Ribeirão Preto, São Paulo, utilizando uma única variável: gênero. A pesquisa foi desenvolvida por meio de série temporal entre 2010 e junho de 2020, realizada em Ribeirão Preto, São Paulo. Foram incluídos no presente estudo dados de sífilis adquirida notificada e publicada no SINAN, independente do gênero e etnia. A idade utilizada para o estudo foi igual ou acima de 15 anos, que é a idade mínima do sistema para as notificações. Foram também excluídos os casos notificados de sífilis congênita e gestantes com sífilis, visto que a pesquisa se propôs a trabalhar com casos de sífilis adquirida. Após a coleta dos dados, os mesmos foram tabulados e organizados em uma planilha Excel, versão Windows 7.

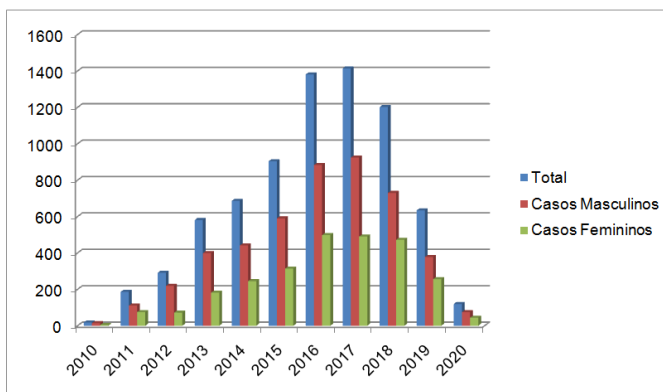
ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa aguardará o parecer favorável do comitê de ética do Centro Universitário Barão de Mauá e Prefeitura Municipal

de Ribeirão Preto. Seguirá os preceitos éticos em conformidade com a Resolução do Ministério da Saúde 466/12. O seguinte estudo não apresenta riscos aos participantes.

RESULTADOS

Entre 2010 e junho de 2020, foram notificados 7416 casos de sífilis adquirida no município de Ribeirão Preto, com evidente crescimento no número de notificações, passando de 18 casos (0,24%) no ano de 2010 para 634 (8,55%) em 2019, visto que, durante o ano de 2020 não houve registros de casos a partir do dia 30/06/2020. Em 2010, a razão de sexos era de 3,5 casos em homens para cada caso em mulheres; em 2020, foi de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres. Observando-se uma prevalência de casos no gênero masculino entre os anos. No ano de 2010 foram notificados 18 casos de sífilis adquirida, com 14 (77,8%) do sexo masculino e 4 (22,2%) do sexo feminino. No ano de 2011 foram notificados 186 casos de sífilis adquirida, com 111 (59,7%) do sexo masculino e 75 (40,3%) do sexo feminino. No ano de 2012 foram notificados 291 casos de sífilis adquirida, com 219 (75,3%) do sexo masculino e 72 (24,7%) do sexo feminino. No ano de 2013 foram notificados 581 casos de sífilis adquirida, com 399 (68,7%) do sexo masculino e 182 (31,3%) do sexo feminino. No ano de 2014 foram notificados 686 casos de sífilis adquirida, com 441 (64,3%) no sexo masculino e 245 (35,7%) no sexo feminino. No ano de 2015 foram notificados 904 casos, com 590 (65,3%) do sexo masculino e 314 (34,7%) do sexo feminino. No ano de 2016 foram notificados 1381 casos de sífilis adquirida, com 883 (63,9%) do sexo masculino e 498 (36,1%) do sexo feminino. No ano de 2017 foram notificados 1414 casos de sífilis adquirida, com 924 (65,30%) do sexo masculino e 490 (34,7%) do sexo feminino. No ano de 2018 foram notificados 1202 casos de sífilis adquirida, com 730 (60,7%) do sexo masculino e 472 (39,3%) do sexo feminino. No ano de 2019 foram notificados 634 casos de sífilis, com 378 (59,6%) do sexo masculino e 256 (40,4%) do sexo feminino. No ano de 2020 foram notificados 119 casos com dados obtidos até 30/06/2020, sendo 75 (63%) do sexo masculino e 44 (37%) do sexo feminino, conforme demonstrado no gráfico 1 e tabela 1 abaixo.



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Gráfico 1. Casos e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2020

Tabela 1. Casos e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2020

ANO	TOTAL	MASCULINO (%)	FEMININO (%)
2010	18	14 (77,8%)	4 (22,2%)
2011	186	111 (59,7%)	75 (40,3%)
2012	291	219 (75,3%)	72 (24,7%)
2013	581	399 (68,7%)	182 (31,3%)
2014	686	441 (64,3%)	245 (35,7%)
2015	904	590 (65,3%)	314 (34,7%)
2016	1381	883 (63,9%)	498 (36,1%)
2017	1414	924 (65,3%)	490 (34,7%)
2018	1202	730 (60,7%)	472 (39,3%)
2019	634	378 (59,6%)	256 (40,4%)
2020	119	75 (63,0%)	44 (37,0%)

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

DISCUSSÃO

A notificação da sífilis adquirida e congênita tornou-se compulsória no SINAN desde 1986. No intervalo compreendido entre os anos de 2010 e 2020, foram notificados 7416 casos no total no município de Ribeirão Preto, sendo 4764 no sexo masculino e 2652 no sexo feminino. Nesse estudo, observa-se um crescimento em até 35 vezes do número de casos do primeiro ano de estudo (2010) até o último ano de análise anual completa de dados (2019), aumento que se mostrou consistente através dos anos, principalmente quando se analisam os dados obtidos até 2018, em que esse aumento é de até 66 vezes. Esse crescimento do número de notificações também é relatado pelo Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde¹⁴, no qual os casos de sífilis subiram 4.157% em período semelhante, mostrando um crescimento substancial em todo país. Esse aumento segundo Gonçalves da Silva et col.¹⁵ está ligado a diversos fatores o principal deles relatado também em trabalhos como Galatoire et col.¹⁶ e Maciel et col.¹⁷ é o tratamento e seguimento deficientes de parceiros sexuais. Como mostrado nesse estudo, o número de homens infectados é 44% maior que o de mulheres, ficando claro que o rastreamento de gestantes infectadas e seu tratamento, sem envolver as parcerias sexuais, pouco colabora com a diminuição da cadeia de transmissão. Uma hipótese para esse número tão discrepante entre os gêneros, que também é corroborada por Maciel et col.¹⁷, é de que a população feminina adere melhor a exames preventivos e de rotina, assim como o tratamento das doenças, enquanto os homens são mais negligentes com questões de saúde, além do fato do número de profissionais ligados a saúde masculina ser reduzido na rede pública. Outro fator de extrema relevância é a má adesão ao preservativo, onde também segundo Gonçalves et col.¹⁵ sofre uma banalização da sociedade, evidenciando uma falta de conscientização coletiva, podendo estar associada à baixa escolaridade e a outros problemas sociais como uso de drogas, o que contribui efetivamente para o aumento de casos de transmissão e reinfeção.

Também foi observado claramente na análise deste estudo pela plataforma do SINAN, assim como na busca por outras bibliografias, que há carência de estudos e informações em sífilis adquirida, quando comparada a sífilis gestacional ou congênita. Ao acessar dados epidemiológicos da infecção pelo sistema de agravos, nota-se a falta de dados sobre o perfil epidemiológico dos pacientes, como faixa etária, raça/cor, escolaridade e tratamento prescrito. Essa dificuldade também encontrada por Maciel et col.¹⁷, Francisco et col.¹⁸ e Melo et col.¹⁹ advém da subnotificação ou notificação tardia dos agravos, em qual apesar do esforço para que essa notificação seja compulsória e completa, ela é feita sem a presença do paciente e muitas vezes acabam com informações incompletas ou até mesmo ignoradas pelos profissionais de saúde no momento do preenchimento do formulário. Desta forma, perde-se o seguimento em muitos casos, o sistema de agravos não se encontra fidedigno, informativo e eficiente para utilização como guia de medidas de vigilância em saúde, dificultando o desenvolvimento de estratégias de tratamento e controle da doença.

CONCLUSÃO

Conclui-se com esse trabalho que a sífilis adquirida é um agravo de relevante prevalência na saúde pública, apesar da pesquisa possuir dados fragilizados, visto que ocorreram possíveis subnotificações no município durante todo esse período. O aumento de casos no município de Ribeirão Preto é alarmante, mostrando-se ainda maior no sexo masculino. Dessa forma, entende-se que a população deve ser melhor orientada sobre a doença e sua prevenção, principalmente as populações mais vulneráveis. A divulgação desses dados contendo um aumento tão alarmante seria um fator importante no processo de conscientização sobre atitudes preventivas. Concomitantemente, deve ser estimulado o uso de preservativos e a comunicação com o parceiro, para que haja avaliação clínica, orientação e tratamento, se

pertinente. Embora, os profissionais da saúde estejam atentos ao diagnóstico da sífilis, seria ideal uma ampliação ao acesso aos testes diagnósticos, principalmente os de testagem rápida. Assim, o rastreamento seria mais efetivamente empregado no combate à doença se englobasse a população em geral, antes mesmo de ocorrer a gravidez, considerando o fato dos homens serem também uma grande parte dessa cadeia de transmissão. Também se faz indispensável priorizar treinamento e capacitação dos profissionais das unidades básicas de saúde, voltado para o tratamento padrão, segundo os protocolos do Ministério da Saúde e para o preenchimento adequado das fichas de notificação, de uma maneira uniforme e com informações confirmadas em diálogo com o paciente. Desta forma, dada maior atenção à coleta de dados epidemiológicos sobre sífilis adquirida, em qualidade e quantidade, teríamos seu monitoramento mais acurado, essencial para a promoção de medidas de saúde pública para combater esta doença, ainda crescentemente.

REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006.
- Bermejo A, Leiro V. Sífilis. El desafío permanente. *Dermatología Argentina* 2011;17:156-9.
- BRASIL. Ministério da saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *AIDS Boletim epidemiológico*, Brasília, v. 48, n. 36, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acessado em 20.07.2020
- Gonçalves da Silva P, Valverde Marques dos Santos S, Pimenta de Vasconcelos Neto J, Evangelista Santana LB, Braz Filho SJ, da Silva Reis RJ, et al. Sífilis adquirida: dificuldades para adesão ao tratamento. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2020; 10(1):38-46.
- HERRERA-ORTIZ, Antonia et al. Análisis de la tendencia de sífilis adquirida en México durante el periodo 2003-2013. *Salud pública Méx, Cuernavaca*, v. 57, n. 4, p. 335-342, agosto 2015.
- HORVATH, A. Biology and natural history of syphilis. In: GROSS, G.; TYRING, S. K. (Ed.). *Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases*. [S.l.]: Springer, 2011. p. 129-141.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília, 2015b.
- OLIVEIRA, LPN. Sífilis adquirida e congênita. Monografia. Universidade Castelo Branco. Salvador-BA, 2011. [acesso em 18.07.2020] Disponível em: biblioteca.atualiza.com.pdf.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. Tradução de Nazle Mendonça Collaco Veras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CONTRERAS, Eduardo; 2, Sandra Ximena Zuluaga; OCAMPO, Vanessa. Sífilis: um grande imitador. *Infectio*, Bogotá, n. , p.1-11, 02 abr. 2008.
- Passos MRL et al. Estudo de Equivalência entre Azitromicina e Penicilina G Benzatina no Tratamento da Sífilis. *DST- J bras Doenças Sex Transm*, 2004; 16 (1): 52-66.
- Rivitti EA. Sífilis. In: Machado-Pinto J. *Doenças infecciosas com manifestações dermatológicas*. Rio de Janeiro: Medsi; 1994.
- SANTOS SB, et al. Sífilis adquirida: construção e validação de tecnologia educativa para adolescentes. *J Hum Growth Dev*. 2019; 29(1): 65-74.
- Saraceni, V. A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita. Rio de Janeiro, 2005d. [Acessado em: 18 jul. 2020]. Disponível em: http://200.141.78.79/dlstatic/10112/123737/DLFE1816.pdf/vig_sifilis_e_avidez.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *AIDS Boletim epidemiológico*, Brasília, n. especial, out/2019. Disponível em <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>. Acesso em 21.01.2021
- Gonçalves da Silva P, Valverde Marques dos Santos S, Pimenta de Vasconcelos Neto J, Evangelista Santana LB, Braz Filho SJ, da Silva Reis RJ, et al. Sífilis adquirida: dificuldades para adesão ao tratamento. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2020; 10(1):38-46
- GALATOIRE, P.S.A.; ROSSO, J.A.; SAKAE, T.M. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *ACM arq. Catarin. Med.*, v. 41, n. 2, abr.-mar. 2012.
- MACIEL, RB; BARROS IC; UGRINOVICH LA et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis na cidade de Americana (SP) de 2005 a 2015. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2017; 7(3), 161,168.
- FRANCISCO, Viviane Cristina Cardoso. Sífilis congênita no município de Macapá/AP: análise dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2007 a 2012. Orientador: Demilto Yamaguchi da Pureza. 2014. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unifap.br:80/jspui/handle/123456789/192>. Acesso em:
- MELO, Maria Aparecida de Souza et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo. v. 18, n. 71, p. 1-17, 2018.
