

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR NOS ANOS DE 2009 A 2015

SIMONGINI, Ricelli Laís¹
CAVALLI, Luciana Osorio²

RESUMO

A sífilis é um problema de saúde pública no Brasil, visto que, mesmo sendo conhecida mundialmente, sua incidência se mantém crescente. É uma doença crônica, de caráter sistêmico e de transmissão sexual. Possui tratamento efetivo e de baixo custo, entretanto, não obteve, ainda, a erradicação. Deste modo, o conhecimento epidemiológico da sífilis é imprescindível para respaldar estratégias de controle. O artigo tem como objetivo retratar o perfil epidemiológico da sífilis no município de Cascavel/PR de 2009 a 2015, segundo dados da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), presentes na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde. Os dados demonstraram prevalência do sexo masculino (51,663%), da faixa etária compreendida entre 15 e 29 anos, correspondendo a 52,79%, da raça branca (62,34%) e 23,98% dos pacientes possuíam ensino médio completo e 17,7%, 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental. Constatou-se que o perfil da população encontrado no trabalho, replica o evidenciado em outros trabalhos nacionais. Desta forma, conclui-se que é indispensável informar a população em geral a respeito da doença e maneira de interrompê-la, para assim, haver a prevenção de casos novos, e, com isso, o controle da doença.

PALAVRAS-CHAVE: doenças sexualmente transmissíveis. sífilis. sífilis adquirida. perfil epidemiológico. saúde pública..

TÍTULO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

ABSTRACT

Versão do resumo na língua do texto, para idioma de divulgação internacional, com as mesmas características (em inglês *Abstract*, em espanhol *Resumen*, em francês *Résumé*, por exemplo);

PALAVRAS CHAVE EM LÍNGUA ESTRANGEIRA: versão das palavras-chave na língua do texto para a mesma língua do resumo (em inglês *Keywords*, versão em espanhol *Palabras Clave*, em francês *Mots-clés*).

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença crônica, que há séculos retrata um desafio mundial. Com a sua evolução, pode se estender para quase todos os órgãos, e, mesmo que tenha tratamento eficaz e de baixo custo, vem demonstrando ser um impasse para a saúde pública até os dias de hoje. (AVELLEIRA, et al, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por ano, há aproximadamente 12 milhões de casos novos de indivíduos contaminados com alguma patologia associado ao sexo, das quais a sífilis é altamente expressiva. Estima-se que em 2003, no Brasil, o número de novos casos foi de 843.300, dos quais apresentaram como mecanismo de contágio a via sexual, a transplacentária ou, ainda, transfusões sanguíneas. O diagnóstico para sífilis é feito associando exames específicos e não específicos, geralmente, FTA-abs e VDRL, respectivamente. (OLIVEIRA; VERDASCA; MONTEIRO, 2008).

Sendo assim, em 2010, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação da sífilis adquirida por meio da publicação da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, visando fornecer subsídios para execução de ações de controle de doenças e agravos e, a partir disso, ter condições de avaliar o impacto das medidas aplicadas.

A relevância desse projeto atribui-se ao fato da sífilis ser vista como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, semelhante a outras patologias infecciosas emergentes no país. Sendo assim, é de extrema importância o estudo do perfil epidemiológico da doença no município de Cascavel-PR, na tentativa de identificar características e fatores em comum entre os portadores da doença. Posteriormente, promover estratégias de saúde visando o tratamento e o controle da sífilis, para então, romper a cadeia de transmissão do agente etiológico.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como descritivo, observacional, retrospectivo, em que foram analisados dados, contidos na ficha de notificação/investigação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), de casos notificados como sífilis adquirida, presentes no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município de Cascavel - PR, no período de 2009 a 2015.

Obtiveram-se os dados a partir das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, raça, escolaridade e classificação final. Os dados foram armazenados e tabulados com o software Excel for Windows 2016, auxiliando na análise e elaboração de tabelas.

¹ Acadêmica, 8º Período de Medicina, Centro Universitário FAG (Cascavel - PR). E-mail: ricelli_12@yahoo.com.br

² Qualificação do segundo autor E-mail:

Esta pesquisa segue os preceitos éticos que envolvem seres humanos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466/2012. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, sem restrições, sendo resguardado o sigilo e anonimato dos indivíduos envolvidos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO OU REVISÃO DE LITERATURA

3.1.1 SÍFILIS

A sífilis, ou também denominada LUES (FREITAS, et al, 2011), é conhecida desde o final do século XV na Europa, todavia tornou-se preocupante no século XIX, com o seu crescimento, se transformando em endêmica. O avanço da medicina, possibilitou o desenvolvimento de fármacos, como a penicilina, a qual alteraria o curso do desenvolvimento da doença, fazendo muitos acreditarem que a sífilis estaria, enfim, controlada. Entretanto, com a criação dos métodos anticoncepcionais orais e com a mudança no comportamento sexual na década de 60, o número de pessoas infectadas pelo *Treponema pallidum* voltou a expandir e, em 1970, com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), ressurgiu o interesse pelo estudo da sífilis, visto ser fator facilitador na transmissão do vírus do HIV. Sendo assim, admitiu-se a importância de estratégias de saúde para o combate dessa patologia. (AVELLEIRA, et al, 2006)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 3,5 milhões de novos casos/ano sejam diagnosticados no mundo. Estima-se que 1,1% da população brasileira sejam infectadas pela sífilis todos os anos, conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2005b). De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (2006), países em desenvolvimento têm taxas de prevalência cerca de 10 a 100 vezes maiores do que países desenvolvidos.

Segundo Contreras (2008), a faixa etária dos 15 aos 30 anos é o grupo mais comprometido pela doença, havendo associação à atividade sexual. Com isso, em 2006, foi estimado pela Organização Mundial da saúde (OMS) que, no mundo, a prevalência de sífilis venérea era de 1% e a incidência era 0,4% (12 milhões de casos).

Conforme a série exposta pelo Boletim Epidemiológico (2009), abrangendo os casos confirmados das doenças de notificação obrigatória de 1999 a 2009 no município de Cascavel/Paraná, houve 533 casos de sífilis, 87 casos de sífilis congênita e 50 casos de sífilis em gestantes, contabilizados a partir de 2006, visto que a sua notificação só se tornou obrigatória com a publicação da Portaria MS/SVS nº 33, assinada em 14 de julho de 2005. (BRASIL, 2005a). Em contrapartida, a sífilis congênita é de notificação compulsória desde 22 de dezembro de 1986, por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde, acompanhado da AIDS (PAZ, 205 p.486).

3.1.2 AGENTE ETIOLÓGICO

Conforme o Ministério da Saúde (2010), a sífilis é uma doença infecciosa crônica, de caráter sistêmico, e específica do homem. Tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, família dos spirochaetaceae. (FREITAS, 2010).

Morfologicamente o *Treponema pallidum* é uma espiral fina com espiras regulares e pontas afiladas. Possui cerca de 10 a 15 espiras e tem cerca de 8 micrômetros de comprimento, podendo apresentar variações no comprimento e no número de espiras. O pouco conhecimento sobre a biologia do *T. pallidum* se deve à impossibilidade do seu cultivo em meios artificiais. O treponema tem baixa resistência ao meio ambiente, ressecando-se rapidamente. É também muito sensível à ação do sabão e de outros desinfetantes, podendo sobreviver por até 10 horas em objetos úmidos (BRASIL, 2011, p.20).

A transmissão da sífilis adquirida é sexual, conforme descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), sendo o contágio extragenital, raro. A transmissão não sexual é excepcional, podendo ser decorrente de transfusão sanguínea ou inoculação acidental. Na forma congênita, o agente etiológico pode ultrapassar a barreira placentária e atingir a corrente sanguínea fetal. A infectividade do paciente decresce rapidamente com o passar do tempo. (FREITAS, 2010).

Pelas suas características morfológicas, o *T. pallidum* é capaz de penetrar no corpo através de mucosas intactas ou feridas na pele. (CONTRERAS, et al, 2008).

Segundo Avelleira, et al:

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. Entretanto, a imunidade humoral não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos (2006, p.3).

Aproximadamente, 30% dos parceiros dos pacientes infectados desenvolve a sífilis (CONTRERAS, et al, 2008).

O agente etiológico da sífilis apresenta um período de incubação de 10 a 90 dias (média de 21 dias), segundo Freitas (2010), sendo inversamente proporcional ao tamanho da inoculação.

3.1.3 CLASSIFICAÇÃO

Tabela 1: Classificação da Sífilis.

SÍFILIS RECENTE (< 1 ano de evolução)	SÍFILIS TARDIA (> 1 ano de evolução)	SÍFILIS CONGÊNITA
Primária	Latente tardia	Precoce (até 2º ano)
Secundária	Terciária	Tardia (após 2º ano)
Latente recente		

Fonte: Freitas (2010), adaptada pelo autor.

Segundo o Ministério da Saúde (2010b), a Sífilis vai alternar entre quadros sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas. Pode ser classificada conforme o meio de transmissão em adquirida e congênita. Da adquirida, conforme o tempo de doença, pode ser reclassificada em sífilis recente (tempo menor que 1 ano) e sífilis tardia (tempo maior que um ano). A sífilis recente engloba a sífilis primária, secundária e a latente recente. Já a sífilis tardia, a sífilis latente tardia e a terciária. A sífilis congênita, por sua vez, abrange a fase precoce (até 2º ano) e a tardia (após 2º ano).

3.1.4 QUADRO CLÍNICO

Conforme Avelleira, et al (2006), a história natural da sífilis alterna-se entre períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, diferenciando-se em sífilis primária, secundária e terciária e períodos de latência, em sífilis latente. A sífilis divide-se conforme o tempo decorrido em sífilis recente, nos casos em que o diagnóstico é feito em até um ano depois da infecção, e sífilis tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano.

3.1.4.1 SIFILIS PRIMÁRIA

A lesão característica é o cancro duro ou protossifiloma, que surge no local da inoculação em média três semanas (10 a 90 dias) após a infecção, geralmente, o contágio ocorre por meio de pele lesada ou mucosa. É inicialmente uma pápula de coloração rósea, que tem a sua cor intensificada para um vermelho, evoluindo para uma úlcera. Em geral, o cancro é único, indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais, bordas endurecidas, que descem suavemente até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, denominada bubão sífilítico, não supurativa, de nódulos duros e indolores. Localiza-se na região genital em 90% a 95% dos casos. No homem é mais comum no sulco balanoprepucial, prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral. Na mulher é mais freqüente nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino. (AVELLEIRA, et al, 2006) O cancro regride espontaneamente em período que varia de quatro a cinco semanas sem deixar cicatriz. Após tratamento, curam rapidamente e deixam de ser infectantes em 24 horas. (FREITAS, 2010)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), as lesões sífilíticas favorecem a entrada do vírus da imunodeficiência humana – HIV. Baseado em estudos de pacientes com infecção concomitante de HIV e T. pallidum observou-se alterações tanto na resposta imune humoral do paciente quanto na resposta à terapia para sífilis. Além disso, a sífilis acelera a evolução para Aids e a infecção pelo HIV altera a história natural de sífilis.

3.1.4.2 SIFILIS SECUNDÁRIA

Quando a sífilis não é tratada na fase primária, evolui para sífilis secundária. (BRASIL, 2010b) Após período de latência que pode durar de seis a oito semanas, a doença entrará novamente em atividade. O acometimento afetará a pele e os órgãos internos correspondendo à distribuição do T. pallidum por todo o corpo. (AVELLEIRA, et al, 2006)

As lesões na pele, também denominadas sífilides, ocorrem em surtos e de modo simétrico. Clinicamente, podem manifestar-se sob a forma de máculas de cor eritematosa (roséola sífilítica) de duração efêmera. Em novos surtos, as lesões podem se apresentar como pápulas eritemato-acobreadas, arredondadas, de superfície plana, recobertas por discretas escamas mais intensas na periferia. O acometimento das regiões palmares e plantares é bem característico. A descamação é intensa pode estar presente em alguns casos, atribuindo aspecto psoriforme às lesões. Na face, as pápulas tendem a localizar-se em volta do nariz e da boca, assemelhando-se a dermatite seborreica. Na região inguinocrural, as pápulas em detrimento do atrito e à umidade podem tornar-se vegetantes, sendo altamente contagiosas (condiloma plano).

De acordo com Avelleira, et al (2006), alguns pacientes podem apresentar alopecia difusa, mais exacerbada na região temporoparietal e occipital (alopecia em clareira), pode ocorrer ainda perda dos cílios e porção final das sobrancelhas. Essa fase é acompanhada de poliadenomegalia generalizada e a sintomatologia geral é discreta e inespecífica: mal-estar, astenia, anorexia, febre baixa, cefaleia, entre outras.

O secundarismo evolui no primeiro e segundo ano da doença com novos surtos que regridem espontaneamente alternando com períodos de latência cada vez mais duradouros. Por fim, os surtos desaparecem, e o período de latência se estabelece por um longo período. Os estudos demonstraram que um terço dos pacientes obtém a cura clínica e sorológica, outro terço evoluirá sem sintomatologia, mas mantendo as provas sorológicas não treponêmicas positivas. E, num último grupo, a doença voltaria a se manifestar, como sífilis terciária. (AVELLEIRA, et al, 2006)

3.1.4.3 SÍFILIS LATENTE

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), se não houver tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra no período latente, considerado recente no primeiro ano e tardio após esse período, ou até mesmo, tempo indeterminado. Logo, inicia-se com o desaparecimento das lesões cutâneas do secundarismo e perduram até o surgimento das manifestações terciárias (FREITAS, 2011). Na sífilis latente não haverá qualquer manifestação clínica, porém, todos os testes sorológicos permanecem reagentes e observa-se uma diminuição dos títulos nos testes quantitativos. Para diferenciar entre sífilis latente e a infecção primária deve-se pesquisar presença de anticorpos no líquido, utilizando-se teste não treponêmico, o VDRL. Comprova-se sífilis latente quando o VDRL é reagente no líquido, acompanhado de baixos títulos no soro (BRASIL, 2010b).

3.1.4.4 SÍFILIS TERCIÁRIA

Conforme Freitas (2011), um terço dos pacientes, que não são tratados, desenvolvem sífilis terciária. Os pacientes nessa fase desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas (goma em 15%), além de manifestações mais graves, como do sistema cardiovascular (10%) e nervoso (8 a 10%) (AVELLEIRA, et al, 2006). A sífilis terciária se manifesta na forma de inflamação e destruição de tecidos e ossos, quadro que pode ser evidenciado com 1 ano (lesões gomosas) ou levar dez, vinte ou mais anos para se manifestar.

Esse estágio é caracterizado pela formação de gomas sífilíticas (granulomas destrutivos), tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, que também podem acometer qualquer parte do corpo, inclusive no esqueleto ósseo, mas pode ocorrer também nas vísceras, principalmente no fígado. Ainda, destaca-se pela ausência quase total de treponemas (BRASIL, 2010b).

As lesões são solitárias ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas com pouca inflamação, bordas bem marcadas, policíclicas ou formando segmentos de círculos destrutivos, tendência à cura central com extensão periférica, formação de cicatrizes e hiperpigmentação periférica. Na língua, o acometimento é insidioso e indolor, com espessamento e endurecimento do órgão. Lesões gomosas podem invadir e perfurar o palato e destruir a base óssea do septo nasal. “Cancro redux” é a presença de goma no local do cancro de inoculação, e “pseudocancro redux”, uma goma solitária localizada no pênis”. (AVELLEIRA, et al, 2006, p.5)

3.1.4.4.1 SÍFILIS CARDIOVASCULAR

Os sintomas, frequentemente, se desenvolvem de 10 a 30 anos após a primo-infecção. O acometimento cardiovascular mais comum é a aortite (70%), principalmente aorta ascendente, e na maioria dos casos é assintomática. As principais complicações da aortite são o aneurisma, a insuficiência da válvula aórtica e a estenose do óstio da coronária. (AVELLEIRA, et al, 2006)

3.1.4.4.2 NEUROSSÍFILIS

Segundo Avelleira et al (2006), o treponema invade precocemente as meninges, cerca de 12 a 18 meses após a infecção, entretanto desaparece em 70% dos casos sem tratamento. Quando persistir, instala-se o quadro de neurosífilis, que pode ser assintomática ou sintomática. A neurosífilis assintomática é definida como a presença de anormalidades do LCR na ausência de sinais ou sintomas neurológicos. Poderá nunca apresentar manifestações ou complicações neurológicas mais tardias.

O quadro sintomático é constituído de complicações precoces e tardias. As complicações mais precoces são as meningites agudas, que acomete principalmente portadores de HIV. Ainda, pode se apresentar como encefalite difusa com sinais focais. O quadro de neurosífilis gomosa é caracterizado pela presença de sintomas semelhante à dos tumores cerebrais ou medulares. E, por fim, a apresentação mais tardia é a neurosífilis parenquimatosa, que pode progredir para a tabes dorsalis. (AVELLEIRA, et al, 2006)

3.1.4.5 SÍFILIS CONGÊNITA

Conforme o Avelleira, et al (2006), a sífilis congênita é resultante da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada, que não recebeu o tratamento ou que foi indevidamente tratada, para o feto por via transplacentária (transmissão vertical). A sífilis é denominada como congênita precoce, quando há sintomas manifestos antes dos dois primeiros anos de vida, e, após os dois anos, de sífilis congênita tardia.

Há fatores que estão diretamente relacionados com a probabilidade de transmissão: o estágio da sífilis materna e o tempo de exposição do feto no útero (AVELLEIRA, et al, 2006). Portanto, é mais grave quanto mais recente for a infecção materna (BRASIL, 2010b). A taxa de transmissão é de 70-100% na sífilis primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia. (AVELLEIRA, et al, 2006)

Segundo estudo realizado em 2004, estima-se que a prevalência de mulheres portadoras de sífilis no momento do parto seja de 1,6%, o correspondente a cerca de 49 mil parturientes infectadas e 12 mil nascidos vivos com sífilis, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS (BRASIL, 2010b).

Ainda, conforme exposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), a gestação pode evoluir com possíveis complicações decorrentes da sífilis congênita, como abortamento, nascimentos prematuros ou nascimentos seguidos de morte. Ao nascer, a criança portadora da sífilis pode apresentar lesões bolhosas, ricas em treponemas, na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus. Entretanto, aproximadamente 50% das crianças infectadas estão assintomáticas ao nascimento. (AVELLEIRA, et al, 2006) Mesmo quando não há manifestações características, a infecção congênita pode tornar-se latente, vindo a se manifestar na infância ou mesmo na vida adulta.

Para se obter o diagnóstico da sífilis congênita é necessário o somatório de critérios clínico, sorológico, radiográfico e da microscopia direta. (AVELLEIRA, et al, 2006)

3.1.5 DIAGNÓSTICO

Segundo Freitas (2010), o diagnóstico da sífilis pode ser decorrente da identificação de antígenos ou de sorologias. A identificação do antígeno pode ser realizada pelo método de campo escuro, coloração de lamina ou pela imunofluorescência direta. São métodos de extrema importância para o diagnóstico de lesões sifilíticas em atividade, como cancro duro, condiloma plano, sífilides e sífilis congênita precoce, sendo o campo escuro, o método de eleição.

As sorologias englobam as reações não treponêmicas, que são os testes reagínicos não específicos, como VDRL e RPR e as reações treponêmicas, testes que detectam anticorpos específicos produzidos pela infecção do *T. pallidum*, como TPI, FTA-abs, TPHA, ELISA. São importantes para a triagem e o acompanhamento do paciente após o tratamento. São exames altamente sensíveis, podendo apresentar resultados falso-positivos em decorrência de doenças autoimunes, viroses, parasitoses, infecções bacterianas, drogadição e gestação.

As sorologias mais utilizadas rotineiramente são o VDRL (teste não treponêmicas) e o FTA-abs (teste treponêmico). O VDRL possui baixo custo e positiva aproximadamente 30 a 50 dias após a inoculação. Utilizado em todos os casos, com exceção da sífilis primária, na qual realiza-se o teste no soro ou no líquido cefalorraquidiano. Se há suspeita clínica de sífilis, solicita-se um VDRL quantitativo como rastreamento. Caso seja positivo, solicita-se um teste treponêmico, geralmente FTA-abs, para confirmação. (FREITAS, 2011)

3.1.5.1 Diagnóstico laboratorial Sífilis Primária:

Na corrente sanguínea é possível identificar anticorpos cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro, sendo assim, nessa fase os testes sorológicos são não-reagentes. O primeiro teste a se tornar reagente é o FTA-abs, aproximadamente 10 dias da evolução do cancro duro, seguido dos outros testes treponêmicos e não treponêmicos.

Quanto mais precoce for o tratamento da sífilis primária, maior será a probabilidade dos exames sorológicos tornarem não-reagentes. Contudo, os testes treponêmicos podem permanecer reagentes por toda a vida mesmo com a cura do paciente. (BRASIL, 2010b)

3.1.5.2 Diagnóstico laboratorial Sífilis Secundária:

Na sífilis secundária, todas as sorologias vão se apresentar reagentes e os testes quantitativos tendem a apresentar titulações altas. Após o tratamento da fase secundária, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida do usuário, enquanto os testes não treponêmicos podem ter comportamento variável. (BRASIL, 2010b)

3.1.5.3 Diagnóstico Laboratorial Sífilis Terciária:

Quando em fase terciária, habitualmente, os testes treponêmicos são reagentes e os títulos dos testes não treponêmicos tendem a estar em decréscimo, porém também podem se apresentar como não reagentes. Em pacientes com sintomas neurais, o exame do líquido cefalorraquidiano – LCR é indicado, porém nenhum teste isoladamente é seguro para o diagnóstico da neurosífilis. Recomenda-se que o diagnóstico seja feito pela a partir da positividade do teste sorológico, aumento das células e de proteínas no LCR. Para o exame do LCR, o VDRL é o exame recomendado. (BRASIL, 2010b)

3.1.6 TRATAMENTO

Embora não haja ensaios clínicos randomizados que avaliem o grau de evidência do tratamento, nas recomendações do Centers for Disease Control and Prevention, (2006) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), há a indicação formal do uso de penicilina. A eficácia da penicilina foi baseada na experiência clínica, além de opiniões de pessoas que tem conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. (FREITAS, 2011)

De acordo com as normas do Brasil (2010a), para tratamento da sífilis primária sugere-se penicilina benzatina na dose de 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Na sífilis recente secundária e latente, indica-se penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, totalizando 4,8 milhões UI. Já na sífilis tardia, prescreve-se penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal, durante 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI.

Tabela 2 – Título – Tratamento da Sífilis

FASE	MEDICAMENTO	DOSE	LOCAL
Primária	Penicilina G Benzatina	2.400.000 UI Única	Intramuscular 1.200.000 UI em cada glúteo
Secundária e Latente Recente	Penicilina G Benzatina	2.400.000 UI 1 vez por semana, por 2 semanas. Dose total: 4.800.000 UI	Intramuscular 1.200.000 UI em cada glúteo
Latente Tardia e Terciária	Penicilina G Benzatina	2.400.000 UI 1 vez por semana, por 3 semanas. Dose total: 7.200.000 UI	Intramuscular 1.200.000 UI em cada glúteo

Fonte: BRASIL (2010a) adaptada pelo autor.

Conforme exposto por Avelaira, et al (2006), o fato da aplicação da penicilina benzatina ser intramuscular, interfere na adesão ao tratamento, sendo assim, foram desenvolvidos esquemas de tratamento alternativos. Recentemente, as drogas testadas foram ceftriaxone e azitromicina, todas efetivas, mas não se apresentaram superiores à penicilina. Dessa forma, devem ser mantidas como drogas de segunda escolha.

3.1.7 REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER

Descrita por Jarish e Herxheimer com compostos de mercúrio, previamente a descoberta da penicilina, se apresenta posterior ao tratamento da sífilis de pacientes em todos os estágios. Em casos de sífilis primária e secundária, a frequência da reação varia de 30% a 70%.

A etiopatogenia é atribuída a antígenos lipoprotéicos da parede do *T. pallidum* com atividade inflamatória, liberados após a morte dos treponemas. Clinicamente consiste na exacerbação das lesões, sintomatologia sistêmica

(febre, calafrios, cefaléia, mialgias, artralgias) e alterações laboratoriais (leucocitose com linfopenia). Inicia-se entre quatro e 12 horas após o tratamento. A reação, além da penicilina, foi descrita com eritromicina, amoxicilina, tetraciclina e quinolonas. O quadro reacional regride em período que varia de seis a 12 horas. O tratamento é sintomático com analgésicos e antitérmicos. (AVELLEIRA, et al, 2006, p.12)

É debatido o uso prévio dos corticoesteróides como fator de prevenção da reação. Freitas (2011) afirma que pode ser administrado 40 mg de metilprednisona 30 minutos antes da penicilina. Em gestantes, principalmente se o feto estiver infectado, a reação pode acarretar em prematuridade e morte fetal. (AVELLEIRA, et al, 2006)

3.1.8 RECOMENDAÇÕES

Mesmo que sorologicamente negativo, Freitas (2011) afirma que se deve sempre tratar o parceiro, além de recomendar a abstinência sexual até a comprovação da cura e orientar sobre a repetição do teste não treponêmico (VDRL) em 6, 12 e 24 meses após o tratamento, exceto em casos com sorologia decrescente.

A negatificação dos exames não treponêmicos e treponêmicos na sífilis precoce pode ocorrer em até 80%. Na sífilis tardia, os não treponêmicos podem negativizar em até 40% dos casos, mas os treponêmicos nunca são negativizados. Se a paciente foi tratada adequadamente, a titulação do teste não treponêmico deverá diminuir em um período de seis meses. Se houver reinfecção, a titulação deverá aumentar pelo menos duas titulações (FREITAS, 2011, p.161)

Naud et al., 2000 afirma que deve ser realizado novo tratamento quando perdurarem ou surgirem novos sinais da doença, quando houver um aumento de duas titulações consecutivas, pelo menos, no teste não treponêmico ou quando não houver decréscimo de um quarto de um título alto de uma prova não treponêmica ao longo de um ano.

3.1.9 PREVENÇÃO E CONTROLE

A infecção pelo *Treponema pallidum* não proporciona imunidade perdurável, em razão disso, é essencial discernir entre a persistência de exames reagentes, ou seja, cicatriz sorológica e a reinfecção pelo *T. pallidum*. (BRASIL, 2010b)

Com o controle da sífilis, é possível a interrupção da transmissão da doença e a prevenção de casos novos. Segundo, (AVELLEIRA, et al, 2006), para se evitar a transmissão da doença, é necessário a detecção e o tratamento precoce e adequado do paciente e do parceiro, ou parceiros. Seria de extrema importância, a inserção do teste rápido em parceiros de pacientes ou de gestantes para a detecção de casos. Em situações excepcionais, o tratamento profilático poderá ser considerado, como aumento localizado do número de casos.

Para se realizar a prevenção de novos casos, é fundamental a informação para a população geral e, especialmente, para as populações mais vulneráveis (prostitutas, usuários de drogas intravenosas, etc.) à respeito da doença e as maneiras de evitá-la. É preciso aconselhar e demonstrar ao paciente a necessidade da comunicação ao parceiro e estimular o uso dos preservativos na relação sexual.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo o Brasil (2016), no período de 2010 a junho de 2016, houve um total de 227.663 notificações no Brasil de casos de sífilis adquirida no SINAN, dos quais 62,1% foram casos residentes na região Sudeste, 20,5% no Sul, 9,3% no Nordeste, 4,7% no Centro-Oeste e 3,4% no Norte.

Em 2015, a taxa de detecção no Brasil foi de 42,7 casos de sífilis adquirida/100 mil habitantes, taxa superada pelas regiões Sul (75,3 casos/100 mil hab.) e Sudeste (55,7 casos/100 mil hab.). Quanto as Unidades da Federação (UFs), a taxa de detecção mais elevada, em 2015, foi observada no Rio Grande do Sul (111,5 casos/100 mil hab.). (BRASIL, 2016)

De acordo com os dados no SINAN (2017), observou-se a ocorrência de 1864 casos de sífilis adquirida no município de Cascavel- PR entre os anos de 2009 e 2015. A Tabela 3 apresenta os dados referentes ao sexo dos casos notificados ao longo dos anos, no qual, diferente de 2009 (100%) e 2010 (88,9%), em que houve predomínio quase que absoluto do sexo feminino, nos anos seguintes (2011 a 2015), evidenciou-se uma distribuição semelhante entre os sexos, apresentando no compilado 963 casos do sexo masculino (51,663%) e 900 casos do sexo feminino (48,283%), com uma razão de sexo de 1,07 caso em homens para cada caso em mulheres. Ainda, um caso em que foi ignorado o sexo, correspondente a 0,053%.

SEXO/ANO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Compilado
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Feminino	10/100%	8/88,9%	55/55,6%	95/42,99%	176/44,33%	201/46,42%	355/51,1%	900/48,283%
Masculino	0	1/11,1%	44/44,4%	125/56,56%	221/55,67%	232/53,58%	340/48,9%	963/51,663%
Ignorado	0	0	0	1/0,45%	0	0	0	1/0,053%
TOTAL	10/100%	9/100%	99/100%	221/100%	397/100%	433/100%	695/100%	1864/100%

Tabela 3– Sexo dos casos notificados de sífilis adquirida no município de Cascavel-PR nos anos de 2009 a 2015.

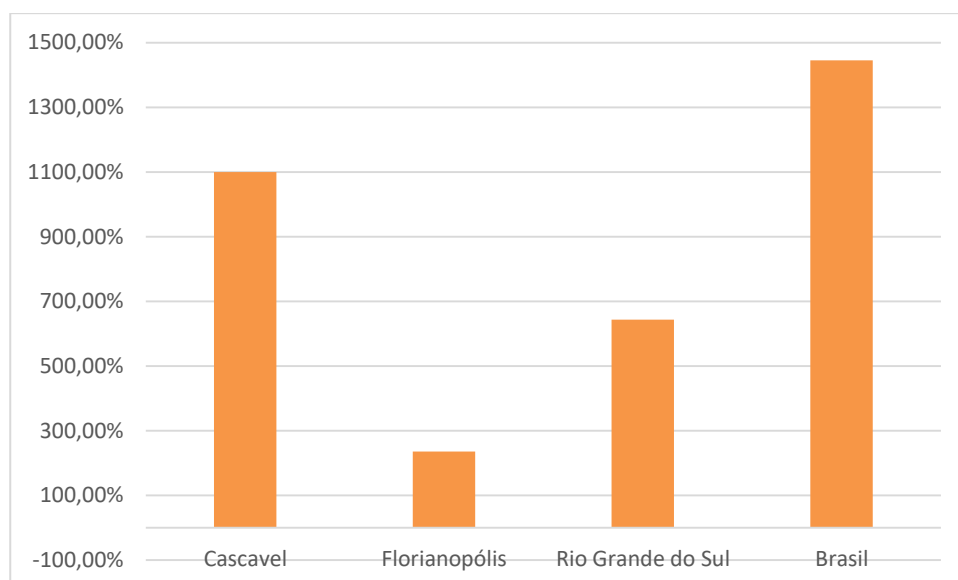
Fonte: Ficha de notificação do SINAN presente na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Cascavel.

Comparando com os dados revelados pelo Boletim Epidemiológico de Florianópolis-SC e do Rio Grande do Sul, evidencia-se que o município de Cascavel-PR embora apresente como predominante o sexo masculino em suas notificações como em tais localidades, em proporção, se assemelha com as apresentadas pelo Rio Grande do Sul. Do ano de 2009 a 2014, Florianópolis notificou 1478 casos de sífilis em adultos residentes da cidade. No qual, 970 (65,63%) casos corresponderam ao sexo masculino e 508 (34,37) casos, ao sexo feminino. (FLORIANÓPOLIS, 2014) Em relação ao Boletim Epidemiológico do Rio Grande do Sul, do ano de 2010 a 2015, notificaram-se 17 085 casos de sífilis adquirida oriundas das 30 regiões de saúde do estado. Deste total de casos notificados, 9474 (55,5%) casos foram do sexo masculino e 7611 (44,5%) casos, do sexo feminino. (RIO GRANDE DO SUL, 2015)

Na série histórica de casos de sífilis adquirida notificados, observa-se que 136.835 (60,1%) são homens, com a razão de sexos de 1,5 (60,1 H/39,9 M) caso em homens para cada caso em mulheres. (BRASIL, 2016) Com isso, nota-se que, embora haja o predomínio do sexo masculino nas notificações de sífilis adquirida, no Brasil e na cidade de Florianópolis, há uma diferença expressiva quando comparadas as porcentagens do sexo masculino e do feminino, enquanto que no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Cascavel, o diferencial entre os sexos se dispõe em uma equivalência menor.

Com exceção do sexo ignorado, é possível avaliar o padrão crescente de casos notificados de sífilis adquirida de 2010 a 2015 no município de Cascavel-PR, com maior expressividade do ano de 2010 para 2011, com acréscimo de 1100%. Tal padrão, também foi visível em Florianópolis com aumento de 235,82% dos casos (67 casos em 2010 e 158 casos em 2011), no Rio Grande do Sul, com 643,9% no mesmo período (123 casos em 2010 e 792 em 2011) e no Brasil, com 1445,63% (1249 casos em 2010 e 18.056 em 2011). Essa convergência de dados ocorreu, possivelmente, devido a publicação da Portaria nº 2.472, no dia 31 de agosto de 2010, pelo Ministério da Saúde, a qual tornou compulsória e obrigatória, a todos os profissionais de saúde, a notificação da sífilis adquirida.

Gráfico 1 – Acréscimo no número de casos notificados de sífilis adquirida de 2010 para 2011.



Fonte: Dados da Pesquisa.

FAIXA ETÁRIA/ANO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Compilado
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Criança (0 a 14 anos)	2/20%	2/22,22%	7/7,07%	12/5,43%	12/3,02%	15/3,46%	26/3,74%	76/4,07%
Jovens (15 a 29 anos)	6/60%	2/22,22%	40/40,40%	110/49,78%	206/51,89%	239/55,20%	381/54,82%	984/52,79%
Adulto (30 a 59 anos)	2/20%	5/55,56%	46/46,46%	91/41,18%	158/39,80%	152/35,10%	237/34,10%	691/37,07%
Idoso (Acima de 60 anos)	0	0	6/6,06%	8/3,61%	21/5,29%	27/6,24%	51/7,34%	113/6,07%
TOTAL	10/100%	9/100%	99/100%	221/100%	397/100%	433/100%	695/100%	1864/100%

* Não foram encontrados dados referentes ao Estado do Paraná e ao Estado de Santa Catarina, em virtude disso, usou-se os dados de Florianópolis.

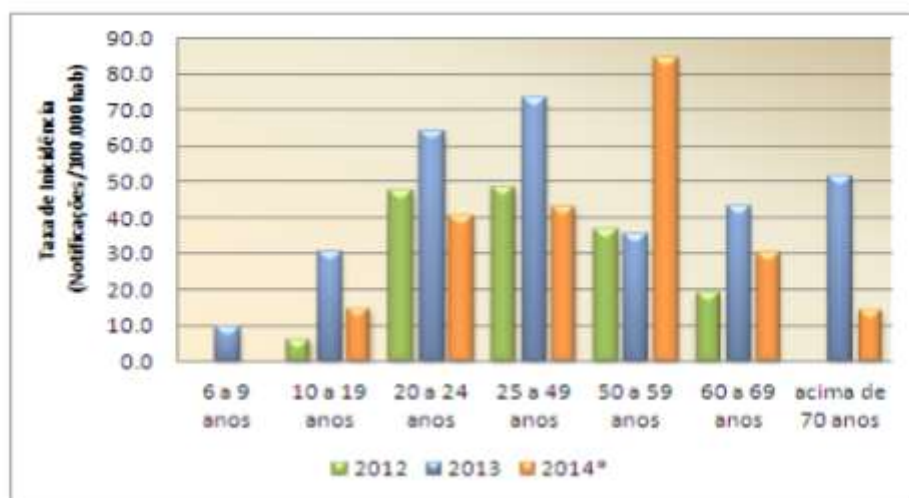
As informações contidas na Tabela 4 mostram os 1864 casos de sífilis adquirida notificados entre os anos de 2009 e 2015, com ênfase na faixa etária. Os jovens, faixa etária compreendida entre 15 e 29 anos, correspondem a 52,79%, sendo a maioria dos casos notificados. Em seguida, os adultos (30 a 59 anos) com 37,07%. Ambas equivalem a 89,86%, dado de extrema importância, visto que as políticas de saúde (promoção e prevenção) do município devem alcançar essa população. Os idosos (acima de 60 anos) equivaleram 6,07% e as crianças (0 a 14 anos) 4,07% dos casos notificados nesse período de tempo.

Tabela 4 – Faixa etária dos casos notificados de sífilis adquirida entre os anos de 2009 a 2015.

Fonte: Ficha de notificação do SINAN presente na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Cascavel.

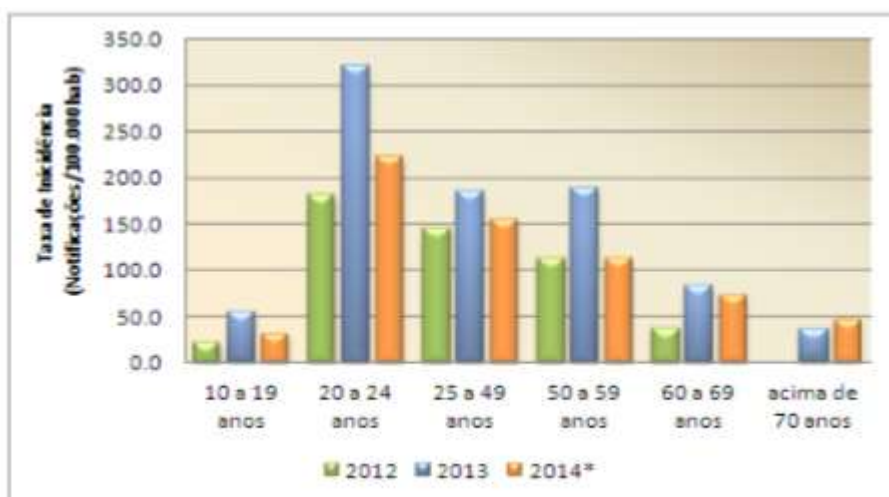
A partir da análise de taxa de incidência nos anos de 2012 a 2014, do Boletim Epidemiológico de Florianópolis, conclui-se que a maior taxa sífilis é encontrada na faixa etária de 20 a 59 anos, tanto no sexo masculino como no sexo feminino. (FLORIANÓPOLIS, 2014)

Gráfico 2 – Taxas de incidência de sífilis, por faixa etária, no sexo feminino (por 100.000 habitantes).



Fonte: Boletim Epidemiológico (FLORIANÓPOLIS, 2014) adaptado.

Gráfico 3 - Taxas de incidência de sífilis, por faixa etária, no sexo masculino (por 100.000 habitantes).



Fonte: Boletim Epidemiológico (FLORIANÓPOLIS, 2014) adaptado.

O Rio Grande do Sul (2015) divulgou dos seus casos notificados, dos 20 aos 34 anos equivalem a 34,7% dos casos de sífilis nos anos de 2010 a 2015, já a faixa etária dos 35 aos 49 anos, 26,7%. 15,5% dos casos notificados seriam pacientes de 50 a 64 anos e 8,7%, 15 a 19 anos. Sendo assim, a faixa etária abrangendo dos 15 aos 64 anos, corresponderiam a 85,6%. Os extremos de idade, acima de 65 anos correspondeu a 4,0% e até 14 anos representou 1,4%.

A partir do estudo do Brasil (2016), verificou-se que 31,2% correspondem a pacientes de 20 a 29 anos, 22,8% de 30 a 39 anos, 20,9% possuíam 50 anos ou mais, 15,9% de 40 a 49 anos e 9,3% de 13 a 19 anos. Portanto, conforme o evidenciado nas localidades em questão, a faixa etária de maior importância para as ações públicas seria a faixa etária compreendida dos 20 aos 39 anos, a qual apresentou a maior incidência. Entretanto, a faixa dos 39 aos 59 anos é de extrema importância, pois também se apresentou bastante prevalente, reforçando, assim, a importância da abordagem de todos os indivíduos adultos com vida sexual ativa.

Tabela 5 – Escolaridade dos casos notificados de sífilis adquirida entre os anos de 2009 a 2015.

ESCOLARIDADE/ANO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Compilado
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Analfabeto	0	0	5/4,9%	9/4,01%	5/1,25%	6/1,38%	13/1,87%	30/1,61%
1ª a 4ª série incompleta do EF	1/10%	0	13/12,74%	23/10,27%	32/8,02%	33/7,62%	51/7,34%	153/8,21%
4ª série completa do EF	1/10%	1/11,11%	5/4,9%	14/6,25%	17/4,26%	21/4,85%	32/4,6%	91/4,88%
5ª à 8ª série incompleta do EF	1/10%	4/44,4%	23/22,55%	30/13,39%	102/25,56%	78/18,01%	92/13,24%	330/17,7%
Ensino fundamental completo	1/10%	1/11,11%	11/10,78%	14/6,25%	44/11,03%	49/11,32%	76/10,93%	196/10,51%
Ensino médio incompleto	3/30%	0	8/7,84%	32/14,28%	42/10,53%	58/13,39%	98/14,1%	241/12,93%
Ensino médio completo	1/10%	0	23/22,55%	52/23,21%	88/22,05%	110/25,40%	173/24,89%	447/23,98%
Educação superior incompleta	0	1/11,11%	1/0,99%	10/4,46%	21/5,26%	19/4,39%	41/5,9%	93/4,99%
Educação superior completa	0	0	1/0,99%	11/4,9%	22/5,51%	23/5,32%	36/5,18%	93/4,99%
Ignorado	0	0	2/1,96%	15/6,7%	15/3,76%	28/6,46%	64/9,21%	124/6,65%

Não se aplica	2/20%	2/22,22%	7/6,86%	11/4,9%	9/2,25%	8/1,86%	19/2,74%	58/3,11%
Vazio	0	0	3/2,94%	3/1,34%	2/0,52%	0	0	8/0,44%
TOTAL	10/100%	9/100%	102/100%	224/100%	399/100%	433/100%	695/100%	1864/100%

Fonte: Ficha de notificação do SINAN presente na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Cascavel.

Analisando os dados contidos na Tabela 5, referente ao grau de escolaridade dos casos notificados de sífilis adquirida, verifica-se que, no município de Cascavel, 23,98% dos pacientes possuíam ensino médio completo e 17,7% 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental, dado importante para se analisar o grau de instrução que o seu paciente possui. Segundo Rio Grande do Sul (2015), 11,7% dos pacientes apresentavam, como escolaridade, 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental, 8,3% ensino médio completo e 57,2% a opção foi ignorada ou deixada em branco. No país, 16% tem ensino médio completo e 13,1%, 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental. 35,9% tiveram a escolaridade ignorada. (BRASIL, 2016)

Tabela 6 – Raça dos casos notificados com sífilis adquirida no município de Cascavel-PR entre os anos de 2009 a 2015.

RAÇA/ANO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Compilado
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Branca	7/70%	7/77,78%	67/67,68%	147/66,5%	268/67,5%	259/58,8%	407/58,48%	1162/62,34%
Preta	1/10%	0	9/9,09%	12/5,43%	22/5,54%	19/4,39%	25/3,59%	87/4,67%
Amarela	0	0	0	1/0,45%	2/0,5%	1/0,23%	6/0,86%	10/0,54%
Parda	2/20%	2/22,22%	22/22,22%	51/23,07%	96/24,2%	142/32,80%	250/35,91%	565/30,31%
Indígena	0	0	0	0	0	0	1/0,15%	1/0,05%
Ignorado	0	0	0	10/4,5%	9/2,26%	12/2,78%	7/1,01%	38/2,04%
Vazio	0	0	1/1,01%	0	0	0	0	1/0,05%
TOTAL	10/100%	9/100%	99/100%	221/100%	397/100%	433/100%	696/100%	1864/100%

Fonte: Ficha de notificação do SINAN presente na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Cascavel.

Conforme a Tabela 6, nota-se o predomínio da raça branca com 1162 (62,34%) casos notificados no município de Cascavel, estendendo-se de 2009 a 2015. Na sequência, a raça parda com 565 (30,31%) dos casos. Assim, as raças branca e parda, concomitante, totalizam 92,65% dos casos notificados. A raça preta é expressa em 87 (4,67%) casos, seguida de casos na qual a raça foi ignorada, somando 38 (2,04%) casos, todos notificados a partir de 2012. Através da análise da raça amarela, 10 (0,54%) casos, foi possível observar que, assim como nos casos ignorados, os casos foram notificados a partir do ano de 2012. A raça indígena no compilado apresentou uma baixa representatividade, com 1 (0,05%) caso e com a mesma porcentagem, apresentou o campo vazio, com um caso notificado no ano de 2011.

No Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2015), do mesmo modo que o município de Cascavel, a raça branca se mostrou como predominante, com 7488 (43,8%) casos. Em contrapartida, teve 7387 (43,2%) casos em que a raça foi ignorada ou o campo deixado em branco. A raça parda aparece em terceiro lugar com 1134 (6,6%) notificações, a raça preta com 992 (5,8%), a raça indígena também apresentou uma baixa expressividade, 48 (0,3%) casos, e, por fim, a raça amarela com 36 (0,2%) notificações.

Logo, é possível constatar que há uma concordância entre o município de Cascavel e o Estado do Rio Grande do Sul em relação o predomínio da raça branca nas suas notificações de sífilis adquirida. O predomínio da cor branca nesses locais, pode ser suposto pela composição étnica da região. De acordo com o censo demográfico 2010 – IBGE, a raça branca em Cascavel soma 201.634, totalizando 70,45% da população (IPARDES, 2017).

Tabela 7 – Classificação final dos casos notificados de sífilis adquirida no período de 2009 a 2015.

CLASSIFICAÇÃO FINAL / ANO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Compilado
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%

Confirmado	8/80%	7/77,78%	92/99,92%	210/95,02%	388/97,73%	424/97,92%	675/97,12%	1804/96,78%
Descartado	0	0	0	0	0	1/0,23%	1/0,15%	2/0,1%
Vazio	2/20%	2/22,22%	7/7,07%	11/4,98%	9/2,27%	8/1,85%	19/2,73%	58/3,12%
TOTAL	10/100%	9/100%	99/100%	221/100%	397/100%	433/100%	695/100%	1864/100%

Fonte: Ficha de notificação do SINAN presente na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Cascavel.

Na análise da classificação final dos casos notificados de sífilis adquirida no período de 2009 a 2015 (Tabela 7), verifica-se que do total de 1864 casos notificados no município de Cascavel, 1804 (96,78%) foram classificados como caso confirmado de sífilis adquirida. O restante de casos, 58 (3,12%) apresentaram o campo de classificação final vazio e 2 (0,1%) casos teve a suspeita de sífilis adquirida descartada. Desta forma, demonstra que dos casos suspeitos de sífilis adquirida, notificados no município de Cascavel-PR, o resultado confirmatório foi muito expressivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados adquiridos na pesquisa, constatou-se que a sífilis ainda é uma doença muito incidente nos dias atuais, apesar de ser uma doença conhecida desde o final do século XV.

Para uma apropriada análise, monitoramento e avaliação das informações em saúde, os sistemas de informações em saúde são primordiais. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é uma ferramenta de extrema relevância, tornando possível a realização das notificações e a investigação de Doenças de Notificação Compulsória, como a Sífilis.

Os dados disponíveis nas fichas de notificação de sífilis na cidade de Cascavel-PR ainda são falhos, visto que dados imprescindíveis a respeito da clínica, do diagnóstico e do tratamento foram desconsiderados. À vista disso, ressaltam-se limitações relacionadas ao uso de dados das fichas de notificação. Faz-se necessário, portanto, a realização de campanhas de conscientização e motivação da prática de notificação compulsória pelos profissionais de saúde.

Contudo, a partir dos dados disponíveis, obteve-se um perfil comum dos casos confirmados. Há prevalência do sexo masculino, da raça branca, na faixa etária dos 15 a 59 anos, com ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo. Desta forma, esperam-se políticas públicas de intervenção e ações de promoção e prevenção nesse grupo.

Indaga-se, ainda, sobre a maior prevalência de notificação de casos de sífilis adquirida na região Sul e a menor, na região Nordeste. Tais dados representariam realmente a realidade brasileira? A região Sul teria o maior número de casos de sífilis ou estaríamos a frente de falsos positivos, no qual a região Sul seria a região do Brasil com a maior cobertura de notificações? A região Nordeste teria menos casos ou suas limitações de notificação são maiores? E, por fim, tivemos um real aumento de 2010 para 2011, ou foi um dado falseado pela obrigatoriedade de notificação?

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Cinthia Lociks de et al. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família**. RevistaSaúdePública, Distrito Federal, p.479-486, 2012.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Educação Médica Continuada, Rio de Janeiro, p.111-126, 2006.

BRASIL. Boletim Epidemiológico da Sífilis. **Boletim Epidemiológico**. v. 47, n. 35. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 33, DE 14 DE JULHO DE 2005**. 2005a Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html>. Acesso em: 18 de outubro de 2016.

BRASIL. **Qualidade da notificação da sífilis e discutida em reunião em Brasília**. 2005b. Disponível em: <<http://www.dstbrasil.org.br/noticias.asp?codigo=117>>. Acesso em: 28 out. 2016

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis: DST**. 4. ed. Brasília, 2006. (Série Manuais, 68).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8a ed., 2010a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010b. 100 p. (Série TELELAB)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2012**. Distrito Federal, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Sífilis**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines**. MMWR, v. 55, RR-11, p. 1-90, 2006. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5511a1.htm>>. Acesso em: 21 out. 2016.

CONTRERAS, Eduardo; ZULUAGA, Sandra Ximena; OCAMPO, Vanesa. **Sífilis: a gran simuladora**. Infect., Bogotá, v. 12, n. 2, p. 120-127, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922008000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2016.

FREITAS, Fernando. Et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FREITAS, Fernando. Et al. **Rotinas em ginecologia**. 6. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FLORIANÓPOLIS. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**. n. 4, nov. 2014.

IPARDES. **Caderno estatístico município de Cascavel**. Disponível em: www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85800. Acesso em: 25/05/2017.

NAUD, P. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis**. In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 731-744.

OLIVEIRA, Viviane Matoso de; VERDASCA, Izabel Cristina; MONTEIRO, Marta Chagas. **Deteção de sífilis por ensaios de ELISA e VDRL em doadores de sangue do Hemonúcleo de Guarapuava, Estado do Paraná**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 41(4):428-430, jul-ago, 2008.

PAZ, Leidijany Costa et al. **Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004**. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 58 (4), p.486-487 jul./ago. 2005.

PINHEIRO, Viviane Aparecida Oliveira. **Aspectos científicos, epidemiológicos, preventivos, diagnóstico e de tratamento relativos à sífilis e a sífilis congênita no Brasil: uma revisão bibliográfica. 2011**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4756.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Epidemiológico 2015: HIV/AIDS e Sífilis**. Porto Alegre: Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação Estadual de DST/AIDS no Rio Grande do Sul, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Boletim epidemiológico**. Ano XIX, nº 13, Cascavel – Paraná, 2009.