



ORIGINALES

Perfil epidemiológico da sífilis congênita em uma microrregião no interior do estado da Bahia (2007-2017)

Perfil epidemiológico de sífilis congênita en una microrregión en el interior del estado de Bahia (2007-2017)

Epidemiological profile of congenital syphilis in a microregion inside the state of Bahia (2007-2017)

Kaic Trindade Almeida¹
Alisson Neves Santos¹
Ana Karla Araújo Nascimento Costa²
Myllena Rodrigues dos Santos¹
Ana Maria Fernandes Menezes¹
Kelle Araújo Nascimento Alves²

¹ Graduando(a) do curso de Biomedicina no Centro Universitário FG, Guanambi, BA, Brasil. alisson.nevz@outlook.com

² Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC-GO e docente do Centro Universitário FG, Guanambi, BA, Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.348451>

Submissão: 4/11/2018

Aprovação: 6/02/2019

RESUMO:

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico de Sífilis Congênita em 18 municípios no interior do estado da Bahia entre 2007 e 2017.

Método: Estudo descritivo, transversal e quantitativo dos casos confirmados de Sífilis Congênita na microrregião registrados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação.

Resultados: No período estudado foram confirmados 39 casos, onde 30,8% das mães tem entre 20 a 24 anos, 59% são pardas, 46,2% possuem ensino fundamental incompleto, 33,3% donas de casa, 74,4% residentes na zona urbana, 94,9% realizou o pré-natal, 53,8% foram diagnosticadas no momento do parto/curetagem, 41% receberam tratamento inadequado e 38,5% dos parceiros não foram tratados. Com relação aos recém-nascidos, 69,2% foram diagnosticados com 0 dia de vida, 74,4% com Sífilis Congênita recente e 46,2% assintomáticos.

Conclusão: Os dados revelam um sério problema de saúde pública na microrregião analisada apontando também falhas no sistema de notificação, observadas no elevado índice de ignorados nas variáveis estudadas.

Palavras chave: Epidemiologia; Pré-natal; Sífilis congênita; Infecção.

RESUMEN:

Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico de Sífilis Congénita en 18 municipios en el interior del estado de Bahía entre 2007 y 2017.

Método: Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo de los casos confirmados de Sífilis Congénita en la microrregión registrados en el Sistema de Información de Agravios y Notificación.

Resultados: En el período estudiado se confirmaron 39 casos, donde el 30,8% de las madres tiene entre 20 a 24 años, el 59% son pardas, el 46,2% tienen enseñanza fundamental incompleta, el 33,3% amas de casa, el 74,4% en el momento del parto / curetaje, el 41% recibió tratamiento inadecuado y el 38,5% de los socios no fueron tratados. Con respecto a los recién nacidos, el 69,2% fue diagnosticado con 0 días de vida, 74,4% con Sífilis Congénita reciente y 46,2% asintomáticos.

Conclusión: Los datos revelan un serio problema de salud pública en la microrregión analizada apuntando también fallas en el sistema de notificación, observadas en el elevado índice de ignorados en las variables estudiadas.

Palabras clave: Epidemiología; prenatal; Sífilis congénita; infección.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the epidemiological profile of Congenital Syphilis in 18 municipalities in the state of Bahia between 2007 and 2017.

Method: A descriptive, cross-sectional and quantitative study of the confirmed cases of Congenital Syphilis in the micro-region registered in the Aggravation and Notification Information System.

Results: In the study period, 39 cases were confirmed, with 30.8% of the mothers being between 20 and 24 years of age, 59% were brown, 46.2% had incomplete primary education, 33.3% were housewives, 74.4% 94.9% underwent prenatal care, 53.8% were diagnosed at the time of delivery / curettage, 41% received inadequate treatment and 38.5% of the partners were not treated. With regard to newborns, 69.2% were diagnosed with 0 day of life, 74.4% with recent Congenital Syphilis and 46.2% asymptomatic.

Conclusion: The data reveal a serious public health problem in the micro-region analyzed, also pointing out failures in the notification system, observed in the high ignored index in the studied variables.

Key words: Epidemiology; Prenatal; Congenital syphilis; Infection

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de caráter sistêmico, ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum* que pode ser transmitida sexualmente, caracterizando-a como sífilis adquirida, verticalmente (congênita), por transfusão sanguínea ou por objetos contaminados ⁽¹⁾.

O *treponema pallidum* é uma espiroqueta que através de suas citosinas possui a capacidade de tolerar o sistema imune materno e progredir para uma infecção ao feto⁽²⁾. O fato da infecção ao bebê proporciona uma importante relação à morbidade em crianças e mortalidade perinatal, uma vez que mesmo sendo uma infecção de Notificação Compulsória, ainda evidencia um grave problema de saúde pública ⁽³⁾.

A sífilis congênita (SC) se divide em dois períodos a depender do tempo em que surgem os primeiros sinais e sintomas, podendo ser precoce, quando mais recente e tardia quando se apresenta após alguns anos de vida ⁽¹⁾.

Geralmente o número de casos de Sífilis são diferentes a depender da renda per capita de cada país, segundo a literatura ⁽⁴⁾ os países de baixa e média renda possuem mais de 100 casos a cada 100.000 nascidos vivos a mais do que os países de alta renda. Em uma pesquisa publicada pela World Health Organization em 2015 o país que apresentou maior número de casos de SC no ano de 2014 foi Guiné Equatorial com uma taxa de 1233.5 casos por 100.000 nascidos vivos, seguido do Brasil com 472.2 por 100.000 nascidos vivos, Paraguai com 424.1 por 100.000 nascidos vivos, e Moçambique com 417.5 por 100.000 nascidos vivos respectivamente ⁽⁵⁾.

Diante desse cenário, a OMS estabelece um plano de eliminação da SC, onde os países para receberem o selo de meta atingida devem possuir no máximo uma taxa de até 50 casos por 100.000 nascidos vivos ⁽⁵⁾.

No ano de 2013 os casos de sífilis em gestantes no Brasil chegaram a 21.382, sendo que a taxa de transmissão da mãe para o feto foi de 4,7% para cada 1.000 nascidos vivos ⁽⁶⁾. Entre os anos de 2013 e 2016 o país passou por um intenso processo de progressão em relação aos números de casos de SC, onde passou de 13.968 casos em 2013 para 20.474 casos em 2016 ⁽⁷⁾.

Na Bahia no ano de 2016 foram notificados 1.388 casos de SC, tendo em vista que o estado baiano ocupa o 12º lugar no ranking dos estados que possuem maiores coeficientes de mortalidade por SC em crianças menores de um ano, sendo esta taxa de 7,7/100.00 nascidos vivos ⁽⁷⁾.

Tendo esta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico de SC em 18 municípios no interior do estado da Bahia, no recorte temporal de 2007 a 2017.

METODOLOGIA

A pesquisa refere-se a um estudo descritivo, transversal e quantitativo dos casos confirmados de SC na microrregião de Guanambi no estado da Bahia, no recorte temporal entre 2007 a 2017. A microrregião é localizada no alto sertão baiano que integra 18 municípios, no qual fazem parte: Guanambi, Caetitê, Riacho de Santana, Caculé, Igaporã, Malhada, Palmas de Monte Alto, Pindaí, Urandi, Candiba, Ibiassucê, Iuiu, Jacaraci, Lagoa Real, Licínio de Almeida, Matina, Mortugaba e Sebastião Laranjeiras, com cerca de aproximadamente 374.180 habitantes ⁽⁸⁾.

A coleta de dados foi realizada através de levantamentos de registros dos casos confirmados de SC que estão disponíveis no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sendo incluído no estudo todos os casos confirmados de SC na microrregião e excluídos 2 casos devido os municípios de notificação não estarem incluídos na microrregião.

Para análise dos dados as variáveis utilizadas para as características maternas foram: faixa etária, raça/cor, escolaridade, ocupação, zona de residência, realização do pré-natal, momento do diagnóstico, tratamento da gestante e tratamento do parceiro. No que diz respeito às características do recém-nascido foi analisado o sexo da criança, a faixa etária no diagnóstico, classificação final, evolução do caso e presença de sinais e sintomas.

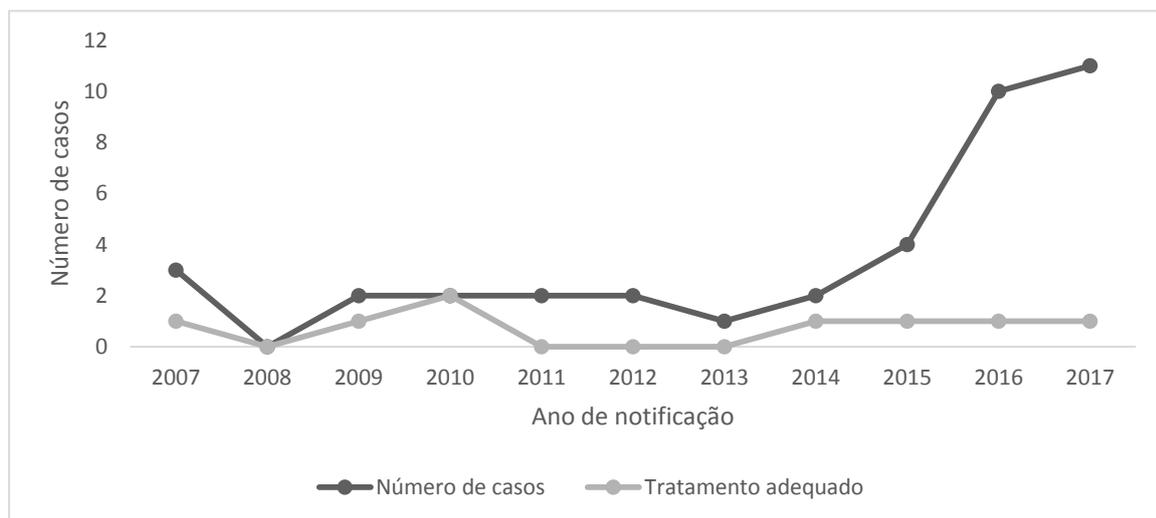
Os dados foram organizados e tabulados no Office Excel (Microsoft®) 2013 onde foram geradas as tabelas e gráfico, no qual também foi realizado a análise das porcentagens de cada variável. Para análise estatística foi utilizado o software BioEstat 5.3 onde foi feito o teste do Qui-quadrado e o Teste de Fisher, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), além de ter sido também utilizado para a execução do desvio padrão para as demais variáveis.

Todo o estudo foi conduzido sobre os cuidados éticos, baseado na resolução de nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾. Assim por tratar de dados secundários e de domínio público dispensa-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

O estudo em questão foi composto por 39 casos notificados e confirmados de SC entre o período 2007 a 2017 na microrregião de Guanambi – Bahia. Dentro do recorte histórico analisado observa-se um aumento no número de casos de SC na microrregião de Guanambi, onde a partir do ano de 2014 esse crescimento se torna ainda mais intenso sendo 2016 (n = 10) e 2017 (n = 11) (Figura 1) os anos que obtiveram maiores elevações. Neste mesmo recorte temporário grande parte das gestantes não possuíram tratamento adequado durante o pré-natal, onde, os mesmos anos que apresentarem maiores elevações nos números de casos evidenciaram apenas 1 relato de tratamento adequado em cada ano, ressaltando assim que a falta de tratamento adequado promove um descontrole no número de casos de SC.

Figura 1. Número de casos de Sífilis Congênita entre 2007 e 2017 na microrregião de Guanambi



Fonte: SINAN, 2018 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Ao se analisar o índice de casos de SC em relação à faixa etária (tabela 1) observa-se uma frequência expressa sob os casos de gestantes entre 20 e 24 anos de idade (30,77%). Já no que diz respeito a variável raça/cor, nota-se um predomínio dos pardos com 58,97% dos casos. A escolaridade e ocupação das mães foram ignoradas com 25,64% e 51,28%, respectivamente. Ainda, a maioria das mães residem na zona urbana com porcentagens de 74.36% dos casos.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas maternas dos casos notificados e confirmados de sífilis congênita na microrregião de Guanambi, 2007-2017

Faixa etária	N	%	DP
14 à 19 anos	8	20,51	
20 à 24 anos	12	30,77	
26 à 30 anos	7	17,95	4,32
31 à 36 anos	11	28,21	
37 anos	1	2,56	
Raça/Cor	N	%	DP
Branca	5	12,82	
Preta	8	20,51	
Amarela	1	2,56	9,60
Parda	23	58,97	
Ignorado*	2	5,13	
Escolaridade	N	%	DP
1ª a 4ª série incompleta de E.F	9	23,08	
5ª a 8ª série incompleta do E.F	9	23,08	
Ensino fundamental completo	4	10,26	3,42
Ensino médio incompleto	1	2,56	
Ensino médio completo	6	15,38	
Ignorado*	10	25,64	
Ocupação	N	%	DP
Cuidador de idosos	1	2,56	
Dona de casa	13	33,33	
Manicure	1	2,56	5,17
Produtor agropecuário	2	5,13	
Trabalhador agropecuário	2	5,13	
Ignorado*	20	51,28	
Zona de residência	N	%	DP
Urbana	29	74,36	
Rural	9	23,08	14,14
Ignorado*	1	2,56	

Fonte: SINAN, 2018 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

*Não compuseram a análise estatística.

DP (Desvio Padrão).

No que diz respeito às características assistenciais das mães dos recém-nascidos (tabela 2), 95% das gestantes realizaram o pré-natal, no entanto 53,8% das gestantes foram diagnosticadas com SC durante o parto. Em relação ao tratamento das gestantes 38,46% possuíam tratamento inadequado e 38,5% dos parceiros das gestantes não realizaram tratamento.

Tabela 2 - Distribuição das características da assistência pré-natal das mães dos recém nascidos notificados e confirmados com sífilis congênita na microrregião de Guanambi, 2007-2017.

Realizou pré-natal	N	%	DP
Sim	37	94,9	24,75
Não	2	5,1	
Momento do diagnóstico	N	%	DP
Durante o parto	21	53,8	
No momento do parto/curetagem	9	23,1	8,33
Após o parto	5	12,8	
Ignorados*	4	10,3	
Tratamento da gestante	N	%	DP
Adequado	8	20,51	
Inadequado	15	38,46	5,36
Não realizado	7	17,95	
Ignorados*	9	23,08	
Tratamento do(s) parceiro(s)	N	%	DP
Tratados	14	35,9	
Não tratados	15	38,5	0,71
Ignorados*	10	25,6	

Fonte: SINAN, 2018 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

*Não compuseram a análise estatística.

DP (Desvio Padrão).

Quanto a frequência do número de casos de SC em recém nascidos o sexo masculino foi quem expressou maior quantidade (53,8%) (Tabela 3), uma vez que todos os casos foram diagnosticados com menos de um ano de vida, favorecendo assim uma maior elevação da SC recente no que corresponde a variável classificação final da doença. Sobre a evolução do caso e a presença de sinais e sintomas as notificações de vivos e assintomáticos foram quem expressaram maiores porcentagens, apresentado: (89,7%) e (46,2%) consecutivamente.

Tabela 3 - Distribuição das características demográficas e assistencial dos recém nascidos notificados e confirmados com sífilis congênita na microrregião de Guanambi, 2007-2017.

Sexo	N	%	DP
Masculino	21	53,8	2,12
Feminino	18	46,2	
Idade ao diagnóstico (dias)	N	%	DP
0 dia	27	69,2	
1 dia	6	15,4	
4 dias	2	5,1	10,21
8 dias	1	2,6	
30 dias	1	2,6	
60 dias	2	5,1	
Classificação final	N	%	DP
Sífilis congênita recente	29	74,4	

Descartado	8	20,5	14,85
Ignorado*	2	5,1	
Evolução do caso	N	%	DP
Vivo	35	89,7	
Morto	0	0,0	14,85
Ignorado*	4	10,3	
Presença de sinais e sintomas	N	%	DP
Sintomático	8	20,5	
Assintomático	18	46,2	8,54
Não se aplica	1	2,6	
Ignorado*	12	30,8	

Fonte: SINAN, 2018 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

*Não compuseram a análise estatística.

DP (Desvio Padrão).

No que se refere ao diagnóstico da SC 64,1% dos testes não treponêmicos no momento do parto/curetagem manifestaram-se reagentes e apenas 2,6% não reagentes (Tabela 4), quanto a criança e realização do teste não treponêmico no sangue periférico 79,5% revelaram-se reagentes. Sobre o esquema terapêutico da SC a maior parte dos casos foram tratados com a penicilina g cristalina (46,2%).

Tabela 4 - Distribuição das características relacionadas ao diagnóstico e tratamento dos casos confirmados de sífilis congênita na microrregião de Guanambi, 2007-2017.

Teste não trep. no parto/curetagem – Materno	N	%	DP
Reagente	25	64,1	
Não reagente	1	2,6	13,58
Não realizado	2	5,1	
Ignorado*	11	28,2	
Teste não trep. de sangue periférico – Criança **	N	%	DP
Reagente	31	79,5	-
Ignorado*	8	20,5	
Esquema terapêutico da SC	N	%	DP
Penicilina g cristalina 100.000 a 150.000 ui kg / dia / 10 dias	18	46,2	
Penicilina g benzatina 50.000 ui kg / dia / dose única	1	2,6	
Outro esquema	14	35,9	8,89
Ignorado*	6	15,4	

Fonte: SINAN, 2018 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

*Não compuseram a análise estatística.

**Teste não aplicado.

DP (Desvio Padrão).

DISCUSSÃO

Dentro do recorte histórico analisado observa-se um aumento no número de casos de SC na microrregião, tais resultados se correlacionam com pesquisas realizadas em um município no interior do estado de Rondônia e a pesquisas realizadas no Canadá (10, 11).

A melhoria na eficácia das notificações epidemiológicas dos casos de SC é um dos fatores que contribuem para o aumento do número de casos de SC anual, uma vez que nos últimos anos as mulheres estão cada vez mais interligadas com a procura de consultas pré-natais ⁽¹²⁾.

Em relação à faixa etária o resultado encontra-se semelhante ao estudo epidemiológico de SC realizado no município de Sobral estado do Ceará, bem como em um estudo realizado no Canadá ^(11, 13). Essa elevada porcentagem de casos referentes à SC em maiores de 18 anos, pode ser sugerido devido nessa faixa etária obter grande predominância de mulheres gestantes, além da possibilidade de múltiplos parceiros e relação sexual desprotegida ^(8, 14).

No que diz respeito a variável raça/cor, tal resultado é justificado devido o processo de miscigenação favorece a mistura de várias etnias, raças e cores. Em comparação a outros estudos epidemiológicos é notável uma paridade nos valores vistos no município de Ji-Paraná – RO e Jequié – BA ^(10, 15).

O nível de escolaridade e ocupação foram ignorados o que assemelha com um trabalho realizado no estado do Paraná entre os anos de 2007 e 2013 ⁽¹³⁾. Essa alta na proporção do número de ignorados pode ser sugerido na maioria das vezes devido à pouca qualidade no preenchimento da ficha de notificação, comprometendo assim, a análise dos dados e desfavorecendo dessa forma o processo de prevenção, controle e redução da infecção ⁽¹⁵⁾.

Todavia é importante sinalizar a importância na elevada porcentagem do número em relação às mulheres que possuem ensino fundamental incompleto, destacando que o resultado do presente estudo encontra-se semelhante a pesquisas realizados em Porto Velho - RO e em Palmas - TO ^(16, 17). O nível de escolaridade é um critério que atinge de forma direta a prevalência da SC, posto que o tratamento torna-se muitas vezes prejudicados devido à falta de informações adequadas sobre os devidos cuidados ou ainda por não terem conhecimento da importância do próprio, evidenciando assim um problema de saúde pública ⁽¹⁸⁾.

Quanto à zona de residência o maior percentual observado foi na zona urbana, esse predomínio pode ser justificado devido maior parte da população tanto nos municípios brasileiros como em municípios de outros países como, por exemplo, o Canadá, residirem nas cidades, uma vez que o uso de drogas relacionados à zona urbana também é um dos fatores que favorecem o aumento à exposição da infecção, e a transmissão da SC ^(19, 20). Comparando o presente resultado com pesquisas realizadas em Sobral - CE e no estado do Rio Grande do Norte entre 2007 e 2010 é notório uma similaridade na zona citada ^(13, 21).

O achado sobre as características assistenciais das mães dos recém-nascidos, onde a maioria realiza o pré-natal, corrobora com estudos realizados nos estados do Ceará e Mato Grosso ^(13, 14). Os resultados do estudo demonstram uma efetividade na aceitação do acompanhamento por parte das mães durante o período gestacional, comprovando assim, a aplicabilidade de programas de prevenção implantados pelo Ministério da Saúde ⁽²²⁾.

No que diz respeito ao momento do diagnóstico, destaca-se o maior registro de casos durante o parto, situação essa semelhante à encontrada no estado de Alagoas durante os anos de 2007 a 2011 ⁽¹⁴⁾.

Evidencia-se também que a maioria das gestantes recebeu tratamento inadequado para a doença e seus parceiros não foram tratados, dados semelhantes podem ser vistos em outros como por exemplo em uma pesquisa realizada em Jequié – BA ⁽¹⁵⁾.

De acordo com estudos, o pré-natal é o momento mais oportuno para tratar os parceiros de gestantes infectadas, pois assim, evita-se a reinfecção das mulheres, bem como na redução e no controle da sífilis ⁽¹⁾. Dessa forma, coloca-se em discussão a necessidade de melhorias assistenciais direcionadas aos parceiros, tendo em vista que o tratamento da mulher em conjunto com seu parceiro, é de extrema importância na redução da incidência dos casos de SC, pois assim, as chances de reinfecções reduzem significativamente ⁽¹⁷⁾.

Os recém-nascidos do sexo masculino foram mais acometidos, entretanto, essa variável não apresenta significância clínica ou epidemiológica, tendo em vista que a infecção pelo *Treponema pallidum* não é seletiva no que diz respeito ao sexo do conceito, ou seja, ambos os sexos podem, de forma igualitária, adquirir a doença ⁽¹⁴⁾. Nota-se que os recém-nascidos com SC foram diagnosticados com 0 dia de vida e 100% menores de 1 ano, semelhante o que mostra em um estudo no município do sul de Mato Grosso ⁽¹⁴⁾, e ainda, dos recém-nascidos notificados, a frequência foi maior nos assintomáticos, semelhante aos achados em Montes Claros-MG ⁽¹⁾. A maior parte dos recém-nascidos diagnosticados com SC apresentam-se como assintomáticos, reforçando assim a necessidade de um acompanhamento mais preciso e da correta triagem sorológica das gestantes durante a gravidez ⁽¹⁾.

No que diz respeito ao diagnóstico da SC materna e no recém-nascido, observa-se que a maioria das mães apresentou VDRL positivo no momento do parto/curetagem, e no sangue periférico o teste não treponêmico dos recém-nascidos foi reagente, apresentando similaridade com o dado apresentado em outro estudo no Brasil ⁽²³⁾.

Observando as características diagnósticas adotadas, a maioria dos recém-nascidos foram tratados com Penicilina g cristalina, resultado semelhante ao apontado em estudos no município de Rondonópolis-MT ⁽¹⁴⁾, ainda assim, 35,9% foi submetido a outro esquema terapêutico, onde, dos que foram informados, predominou-se o uso de Ceftriaxona em posologias distintas, possivelmente devido reações alérgicas ao uso da Penicilina ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os dados apresentados, observa-se um sério problema de saúde pública na microrregião analisada, destacando falhas na assistência materna, tanto no diagnóstico como também no manejo das gestantes durante o pré-natal, tornando-se necessário, medidas que viabilizam a inserção das gestantes em programas de controles eficazes, bem como na capacitação dos agentes e profissionais envolvidos nesse processo.

Destaca-se também, o grande número de casos ignorados, apontando uma falha no sistema de notificação por parte da vigilância epidemiológica de cada município envolvido no estudo. Tal falha implica na confiabilidade dos dados apresentados, tornando-se necessário a realização de mais estudos acerca do tema.

REFERÊNCIAS

1. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016 Mar; 19(1): 63-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.
2. Ribeiro ATB, Jacociunas LV. A coinfeção sífilis/hiv e sua importância no rastreamento sorológico em bancos de sangue. *Clinical & Biomedical Research*. 2016; 36(2): 101-109. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.63878>.
3. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012 Mar; 28(3): 490-496.
4. Kojima N, Klausner JD. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. *Current Epidemiology Reports*. 2018 Feb 19; 5(1): 24-38. DOI em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40471-018-0138-z>.
5. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance. Geneva: WHO, 2015.
6. Monteiro MOP, Costa MCO, Vieira GO, Silva CAL. Factors associated with the occurrence of syphilis in adolescents male, female and pregnant women in a Municipal Reference Center/MRC - STD /HIV/AIDS of Feira de Santana, Bahia. *Adolescência & Saúde*. 2015; 12(3): 21-32.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2017 Boletim Epidemiológico, Brasília, v 48, n 36, set. 2017.
8. Oliveira TJ, Rios MA, Teixeira PN. Mortality of women of childbearing age in the health region of Guanambi/BA. *O Mundo da Saúde*. 2017 Dez 31; 41(4): 711-719. DOI: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20174104711719>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 24 maio. 2016. Seção 1 p. 44-46.
10. Travaim SF, Machado BS, Domingues BS, Morais LI, Alves HNS, Pereira GCA, et al. Analysis of the epidemiological profile of the cases of syphilis notified in the municipality of Ji-Paraná in the period from 2012 TO 2016. *Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research*. 2018 Fev; 21(2): 42-46.
11. Choudhri Y, Miller J, Sandhu J, Leon A, Aho J. Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010–2015. *Canada Communicable Disease Report*. 2018 Fev 1; 44(2): 43-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.14745/ccdr.v44i02a02>.
12. Benito LAO, Souza WN. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. *Universitas: Ciências da Saúde*. 2016 Dez 27; 14(2): 97-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3811>.
13. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. *Journal of Health & Biological Sciences. J. Health Biol Sci*. 2017; 5(1): 56-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076>.
14. Silva LCVG, Teodoro CJ, Silva JK, Santos DAS, Olinda RA. Profile of the cases of syphilis in a municipality the south of Mato Grosso. *Journal Health Npeps*. 2017; 2(2): 380-390.
15. Teixeira MA, Santos PP, Santos PN, Araújo RT, Souza AGJ. Epidemiological and sociodemographic profile of children infected congenital syphilis in Jequié/Bahia. *Rev.saúde.com*. 2015 Nov; 11(3): 303-313.

16. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enfermagem*. 2017 Mar 27; 22(2): 01-10.
17. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017 Mar; 26(2): 255-264. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>.
18. Amâncio VC, Graciano AR, Cozer AM, Assis LPF, Dias DCS. Epidemiology of congenital syphilis in the state of Goiás. *Educação em Saúde*. 2016; 4(2): 58-62.
19. Venturi G. Consumo de drogas, opinião pública e moralidade: Motivações e argumentos baseados em uso. *Revista de Sociologia da Usp*. 2017 Ago 8; 29(2): 159-186. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2017.126682>.
20. Barbosa AS, Bruna GC. Estratégias de projeto e intervenção nas metrópoles contemporâneas: experiências e perspectivas, 4 colóquio brasil – Portugal, 2016, São Paulo, Sp. Os princípios de urbanização segundo o prof. Manuel da Costa Lobo e sua aplicação no Canadá: o projeto urbano de Angus, Ontario. São Paulo, Sp: Mackenzie, 2016. 16 p.
21. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014 Jun; 23(2): 287-294. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742014000200010>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, 2016, 54p.
23. Alves WA, Cavalcante GR, Nunes FA, Teodoro WR, Carvalho LM, Domingos RS. Congenital Syphilis: Epidemiology of Cases Notified, Alagoas, Brazil, from 2007 to 2011. *Revista Portal Saúde e Sociedade*. 2016; 1(1): 1-15.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia