



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**SABERES E ATITUDES SOBRE AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:
SÍFILIS**

LINO LUCATI RAMOS

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientadora: Michele Peixoto Quevedo

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	02
1.1 Problema	04
1.2 Justificativa	05
2 OBJETIVOS	06
2.1 Geral	06
2.2 Específicos	06
3 REFERENCIAL TEÓRICO	07
3.1 Sífilis	07
3.2 Adolescência	08
4 MÉTODO	10
4.1 Local	10
4.2 Participantes(público-alvo)	11
4.3 Ações	12
4..3.1 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	12
4.3.2 Organização e Planejamento	12
4.3.3 Atividade Educativa	12
4.4 Avaliação e Monitoramento	13
5 RESULTADOS ESPERADOS	14
6. CRONOGRAMA	15
7 REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

Conhecida desde o século XV, a sífilis é uma doença antiga, sistêmica, inerente ao ser humano e seu estudo abrange todas as especialidades médicas. (BRASIL, 2010).

Há relatos de sua ocorrência na Europa anteriormente às viagens de Cristóvão Colombo ao novo mundo (Singh, 1999). O termo lues venérea, do latim, significa “peste, epidemia”, surgiu em 1579, idealizado com Jean Fernel (Magalhães et al, 2011).

Trata-se de uma doença infecciosa, de evolução crônica, afirmam Penna et al (2011). A sífilis é doença de transmissão sexual (sífilis adquirida) ou vertical (sífilis congênita), causada pelo agente *Treponema pallidum* (TABISZ et al, 2012; PENNA et al, 2011; BRASIL, 2010).

É uma doença com inúmeras manifestações clínicas, sinais e sintomas variáveis e sérias complicações, que acomete milhares de pacientes a cada ano, contudo, tem tratamento de baixo custo e fácil acesso. O tratamento com penicilina é eficaz nas fases iniciais da doença (TABISZ et al, 2012).

Porém, se não tratada, evolui para formas mais graves, que comprometem o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório e o aparelho gastrointestinal (BRASIL, 2010).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986, a sífilis em gestantes, desde 2005 e a sífilis adquirida tornou-se, uma doença de notificação compulsória a partir de setembro de 2010 (BRASIL, 2015; Penna et al, 2011).

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são comuns, e aumentam as chances de um indivíduo se contaminar pelo vírus HIV, devido a vulnerabilidade do portador de DST pela presença de lesões genitais e redução da imunidade (BRASIL, 2015).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem por ano no mundo, 340 milhões de casos de DST, entre as quais 12 milhões são de sífilis e 90% dos casos da doença ocorrem em países em desenvolvimento. O total de casos de sífilis anuais na população adulta na América Latina e Caribe é estimado em três milhões (MAGALHÃES et al, 2011).

No Brasil, a prevalência média é de 1,4% a 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical em torno de 25% segundo Magalhães et al (2011). Ainda de acordo com as estimativas da OMS a sífilis na população sexualmente ativa no Brasil será de 937.000 casos a cada ano (BRASIL, 2015).

Em 2013, foram notificadas 21.382 gestantes com sífilis em nosso país, com uma taxa de detecção de 7,4 gestantes por 1 mil nascidos vivos. E foram notificados e investigados 13.705 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (Jornal do Cremesp, 2015).

Dentre as DST a sífilis adquirida é um dos maiores desafios para a saúde pública no Estado de São Paulo. Somente no ano de 2013, foram notificados 18.951 casos de sífilis adquirida, sendo 39% (7.381) do sexo feminino. Entre as mulheres com sífilis, 31% (2.314) estavam com menos de 30 anos de idade (SES, 2015; Jornal do Cremesp, 2015).

Entre os anos de 2007 a 2013 foram notificados 63.440 casos de sífilis adquirida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nesse período, houve o aumento de 2,6 vezes o número de casos notificados, tanto em homens quanto em mulheres. Ainda que o aumento tenha ocorrido em todas as idades, 60% dos homens e 37% das mulheres tinham entre 20 e 34 anos (SES, 2015).

Casos notificados e taxa de detecção de sífilis adquirida por 100.000 habitantes por Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado no ano de 2013 foi de 18.951 casos notificados e uma taxa de 44,8/100.000 habitantes. A GVE de Bauru apresentou 506 casos notificados e uma taxa de 46,4/100.000 habitantes no ano de 2013 (SES, 2014).

Durante o período de 2007 a 2014 foram notificados um total de 73.366 casos de sífilis adquirida no estado de São Paulo, no período respectivo, na GVE Bauru foram notificados 1.243 casos perfazendo 1,7% do total de casos do estado (SES, 2014).

O número de casos de sífilis vem aumentando no Brasil e, por isso, todos os profissionais da área da saúde devem estar atentos às suas manifestações. É de fundamental importância o envolvimento da equipe médica na assistência à população, que deve ter como principal objetivo evitar o comprometimento do feto e do recém-nascido.

O controle da ocorrência da sífilis adquirida é importante para a eliminação da sífilis congênita, que é considerada eliminada quando ocorre menos de um caso para cada 1.000 nascidos vivos, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e meta estabelecida pelo Programa Estadual de DST/ Aids de São Paulo no seu Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis (SES, 2014; BEPA, 2014).

Visando ampliar o acesso às informações sobre as DSTs e sífilis, nos serviços de saúde, buscou-se identificar o nível de conhecimento sobre DSTs, suas formas de transmissão e prevenção. Foram realizadas palestras em escolas da região de abrangência e salas de espera na UBS. Ofertados o teste rápido (TR) para o diagnóstico e tratamento precoce e a busca ativa para o tratamento de pacientes e parceiros.

1.1 Problema

Falta de conhecimento que leva ao tratamento não adequado e a não adesão ao tratamento preconizado.

A falha terapêutica, a má adesão à terapia farmacológica, as falsas crenças, o não tratamento do parceiro e a evasão ao tratamento.

1.2 Justificativa

O desenvolvimento deste estudo quanto à relevância da educação sexual na adolescência, visa analisar o entendimento das adolescentes sobre sexualidade, gravidez precoce, DSTs e HIV/Aids.

Assim, a importância de planejar atividades educativas justifica-se, pois, apesar dos grandes avanços tecnológicos em relação ao diagnóstico e ao tratamento das DSTs, um alto percentual dos indivíduos não adere ao tratamento preconizado.

Neste contexto, a educação em saúde tem sido considerada como um dos pontos fundamentais para a prevenção e promoção da saúde. Visando sempre melhorar a compreensão da população em geral, especialmente dos adolescentes a respeito das DST, com ênfase na sífilis.

São inúmeros os malefícios relacionados à falta de orientação da população com relação as DST, entre elas, a falha terapêutica, a má adesão à terapia farmacológica, as falsas crenças, o não tratamento do parceiro e a evasão ao tratamento. Assim como a imprescindibilidade de se realizar o tratamento completo tanto no paciente como no parceiro, facilitar o acesso aos serviços de saúde, a informação, o diagnóstico precoce e o início da terapia se mostram essenciais nesse processo.

Por tais razões, evidenciou-se a necessidade de uma intervenção voltada à educação da população adolescente da região de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Informar a respeito das DSTs, especialmente a sífilis, por meio de intervenção educativa.

2.2 Específicos

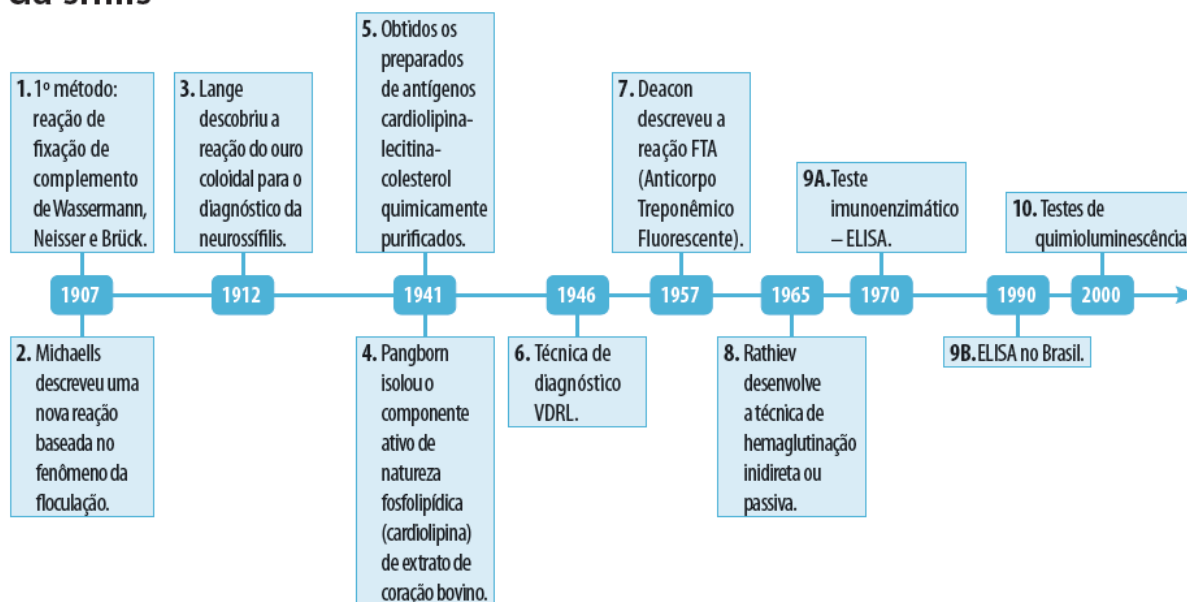
- 🧑‍🎓 Identificar o nível de conhecimento acerca das DSTs, especialmente a sífilis.
- 🧑‍🎓 Aconselhar quanto a formas de transmissão e proteção das DSTs, especialmente a sífilis.
- 🧑‍🎓 Criar atividades em grupos na UBS para melhor orientação aos pacientes (sala de espera).
- 🧑‍🎓 Realizar palestras nas escolas da região de abrangência da UBS orientando sobre o uso correto de métodos de proteção, assim como a importância do diagnóstico precoce e tratamento.
- 🧑‍🎓 Avaliar junto aos participantes das palestras a adequação do conteúdo educativo, bem como obter sugestões de aprimoramento da mesma em termos de conteúdo e forma.
- 🧑‍🎓 Efetivar a busca ativa em pacientes não aderidos ao tratamento completo assim como seus parceiros.
- 🧑‍🎓 Fornecer o teste rápido (TR) para pacientes em situação de vulnerabilidade, proporcionando o diagnóstico precoce assim como seu tratamento e evitar a transmissão subsequente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sífilis

Brasil (2010) descreve sobre a história da sífilis na sociedade ocidental e o desenvolvimento dos testes laboratoriais. Há consenso quanto ao fato da sífilis ter sido uma doença desconhecida no Velho Mundo até o final do século XV, porém sua origem geográfica continua causando polêmicas.

Linha do tempo – desenvolvimento do diagnóstico laboratorial da sífilis



FONTE: BRASIL. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. (Série TELELAB). p. 04.

O agente etiológico, *Treponema pallidum* foi descoberto em Berlim na Alemanha em 1905, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman. Denominada *Spirochaeta pallida*, inicialmente por não corar facilmente pelas técnicas habituais. Em 1906 Karl Landsteiner visualizou o microrganismo pela técnica que ele desenvolveu de microscopia de campo escuro (TABISZ et al, 2012; BRASIL, 2010).

Morfologicamente o *Treponema pallidum* é uma espiral fina que pode apresentar variações no comprimento e no número de espiras. Geralmente com cerca de 10 a 15 espiras regulares e pontas afiladas, e em torno de 8 micrômetros de comprimento. Apresentando baixa resistência ao meio ambiente, ressecando-se rapidamente, é sensível à ação de saponáceos, pode sobreviver por até 10 horas em objetos úmidos, contudo é impossível o seu cultivo em meios artificiais (BRASIL, 2010).

Recentemente, foram desenvolvidos os testes rápidos, a maioria deles baseados na técnica de imunocromatografia ou de fluxo lateral, que permitem detectar rapidamente os anticorpos treponêmicos e podem ser utilizados mesmo em locais sem infraestrutura laboratorial (BRASIL, 2010).

3.2 Adolescência

A adolescência é um período de mudanças sejam elas físicas ou psicológicas, e são acompanhadas pela alteração das emoções e alterações biológicas. Essas mudanças são explicadas através da interação com o ambiente em que vive. A adolescência passou a ser reconhecida como período crítico da existência humana, durante o decorrer longo do século XIX (DINIZ, 2010; SOARES, 2008; SAITO, LEAL, 2007).

É um período de vida que merece atenção, pois essa transição entre a infância e a idade adulta pode resultar ou não em problemas futuros. Apresenta-se, frequentemente, vinculada à vulnerabilidade e ao risco, inerentes às mudanças e transformações que a caracterizam, o que torna fundamental o enfoque de prevenção (DINIZ, 2010; SOARES, 2008; SAITO, LEAL, 2007).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) sob a Lei nº 8.069/90 estabelece a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1996 e 1990).

Enquanto que a OMS delimita a adolescência dos 10 aos 19 anos de idade, a mesma definição adotada no Brasil pelo Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (BERETTA et al 2011; BRASIL, 1996 e 1990).

A adolescência inaugura uma nova forma de visão de si e do mundo, reeditando todo o desenvolvimento infantil em busca de definições de caráter social, sexual, ideológico e vocacional (BRASIL, 1996, p. 20).

Dependendo da classe social em que o adolescente está inserido, a adolescência pode apresentar diferentes configurações. Nas classes mais privilegiadas, é entendida como um período de experimentação sem grandes consequências quer sejam emocionais, econômicas ou sociais, nesse período o adolescente não assume responsabilidades de um adulto. No entanto, nas classes mais baixas, os riscos de experimentar novas experiências são maiores. Por conta da necessidade de trabalhar, ajudar no sustento de sua família (DINIZ, 2010).

Considerando que a sexualidade é um fenômeno presente na vida dos adolescentes com a erotização cada vez mais precoce de crianças e pré-adolescentes pela mídia. Ressaltando que suscitar ao modo de vida adulta, com exposição de imagens sexuais ou sensuais induz a banalização do sexo, o fazer “por que todos fazem e não pelo significado pessoal” (Flores et al, 2011).

A iniciação sexual precoce compromete a saúde da criança, pois pode provocar problemas no seu desenvolvimento, a exemplo: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e banalização do sexo (Flores et al, 2011, p. 10).

Na adolescência, o jovem tenta se integrar a sociedade e se vê frente de possíveis opções e quer explorar e experimentar tudo a sua volta. Algumas dessas transformações e dificuldades que a juventude enfrenta, principalmente relacionado a sexualidade são fatores que colaboram para a antecipação do período de contaminação com as DST e Aids.

4. METODOLOGIA

4.1 Local

O cenário da intervenção será a Unidade Básica de Saúde Mary Dota (Dr. Angelo Pagoto) e escolas públicas da área de abrangência da UBS, localizada no núcleo habitacional Mary Dota, na zona leste de Bauru, interior de São Paulo.

O núcleo habitacional Mary Dota, foi considerado o maior conjunto habitacional da América Latina, com 3.338 moradias e é o maior bairro da cidade do Centro-Oeste Paulista com mais de 15 mil habitantes. A cada ano que passa, o bairro se torna mais completo e se fortalece como polo comercial com quase 800 pontos entre os mais diversos tipos de serviços e lojas. Enfim, um bairro maior do que muitas cidades, com rotina própria e independente (G1, 2015).

A UBS atende a região do Mary Dota, e seus bairros adjacentes, tais como: Núcleo Habitacional Nobuji Nagasawa, Jardim Silvestri, Jardim Chapadão, Parque Giansante, Núcleo Habitacional Isaura Pitta Garms, Chácaras São João, Jardim Mendonça, Quinta da Bela Olinda, entre outros. Com mais de 21 mil prontuários de pacientes cadastrados, além de milhares de atendimentos avulsos mensalmente.

Em julho de 2015 a população de adolescentes com a faixa etária de 11 a 17 anos em Bauru era de 33.585 e os mesmos correspondem aproximadamente a 9,46% da população geral do município que é de 354.928 (Fundação Seade, 2015).

O município de Bauru localiza-se a noroeste da Capital do Estado de São Paulo, distante cerca de 320 km da capital do Estado. Segundo o IBGE, tem uma população estimada em 343.937 habitantes, sobre uma área territorial de 667,684 km², dos quais aproximadamente 69 km² constituem o perímetro urbano. Possui, portanto, uma densidade populacional de 515,12 hab/km². A Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População é inferior à média do Estado e da própria Região de Governo (Prefeitura Municipal de Bauru, 2015 p.1).

Bauru cresce populacionalmente cerca de 0,86% ao ano, com esta média, a projeção populacional de Bauru para o ano de 2020 será em torno de 402 mil habitantes, segundo o SEADE. O município tem um alto grau de urbanização com um total de 98,33 % de sua população vivendo na área urbana, contra 95,94 do Estado de São Paulo. A cidade é cortada pela Rodovia Marechal Rondon no sentido norte-sul e pela ferrovia, segregando o município em diversas regiões. Assim sendo, a ocupação urbana se deu de forma descontínua, com núcleos de adensamento descentralizados, e baixo aproveitamento da infraestrutura urbana (Prefeitura Municipal de Bauru, 2015 p.1).

Prevalecem no município as atividades do setor terciário, com a presença também do setor educacional, abrigando três grandes universidades e várias outras instituições de ensino de curso superior e técnico. Os serviços de saúde são procurados por munícipes de outras regiões (Prefeitura Municipal de Bauru, 2015 p.1).

4.2 Participantes (público-alvo)

O Público alvo do PI serão os adolescentes com media de idade de 12 a 15 anos, cursando o 8º e 9º ano do ensino fundamental, sob a responsabilidade sanitária da UBS Mary Dota. Decidimos que a Unidade de Saúde e a escola seriam o nosso cenário de pesquisa devido à facilidade de acesso

O PI será realizado em parceria comunitária com as escolas estaduais da abrangência da UBS Mary Dota. A amostra será composta por 180 alunos que cursam o 8º e 9º ano de ensino fundamental na Escola Estadual Professora Ada Cariani Avalone, Escola Estadual Professora Sueli Aparecida Se Rosa e Escola Estadual Padre Antônio Jorge Lima.

Será considerado critério de inclusão o aluno presente em sala de aula e que expresse verbalmente o desejo de participar. E como critério de exclusão as ausências e recusas.

4.3 Ações

4.3.1 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Visando aprofundar as discussões sobre as práticas de prevenção utilizadas pelos jovens, identificando o nível de conhecimento dos adolescentes do 8º e 9º anos acerca das DST, especialmente a sífilis. O período do PI ocorrerá de agosto a dezembro de 2015.

4.3.2 Organização e Planejamento

Será necessária a adesão conjunta por parte do sistema local de ensino e do serviço de saúde (UBS).

Haverá um planejamento prévio e organização dos horários de palestras. E também um levantamento inicial de conhecimentos, sugestões e expectativas de aprendizagem por meio de uma abordagem mais participativa que as tradicionais palestras sobre DSTs que denominaremos “Um bate papo sobre as dúvidas dos adolescentes sobre riscos no sexo”.

4.3.3 Atividade Educativa

- 🧑🏻‍🎓 Primeiramente criar empatia com a plateia.
- 🧑🏻‍🎓 Elucidar que o sexo não causa nenhuma doença, mas o sexo sem proteção pode causar. E descrever conforme Vilela (2015) que fazer sexo é tão saudável quanto dormir ou se alimentar, porém, igualmente como ingerir um alimento estragado nos faz adoecer, se tivermos um relacionamento sexual com alguém infectado por uma doença, poderemos adquirir uma DST.
- 🧑🏻‍🎓 Ilustrar a cadeia de transmissão das DST para demonstrar que a relação sexual sem preservativos é o jeito mais arriscado de se relacionar, e é uma porta aberta para se adquirir uma DST.
- 🧑🏻‍🎓 Explicar que durante uma relação sexual há entre outras coisas, uma troca de secreções (saliva, suor e secreções genitais) e intenso contato, e que essa troca pode levar a adquirirmos uma DST e, entre elas, a sífilis e explicar suas complicações.
- 🧑🏻‍🎓 Esclarecer que sempre haverá uma busca ativa de pacientes com diagnóstico de DST, não aderidos ao tratamento completo assim como seus parceiros.
- 🧑🏻‍🎓 Orientar quanto ao aconselhamento pré e pós-teste e à realização do teste rápido (TR) para usuários da UBS que apresentarem interesse.

4.4 Avaliação e Monitoramento

A utilização de estratégias de intervenção com uma abordagem que combine intervenções biomédicas e sociais pode contribuir para o controle efetivo das DSTs.

Estimar junto aos participantes das atividades a adequação do conteúdo educativo, bem como obter sugestões de aprimoramento do mesmo em termos de conteúdo e forma.

A avaliação da intervenção acontecerá através de questionários auto aplicativos contendo dados sociobiodemográficos e perguntas específicas da oficina em duas etapas (antes e depois). Com a finalidade de identificar o nível de conhecimento dos adolescentes.

O monitoramento se dará pela educação permanente desses alunos, pois eles serão multiplicadores de conhecimento em sua própria escola e comunidade. Ao final do projeto será elaborado um relatório observando todas as ações, e a descrição dos resultados obtidos.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Ambicionar que os adolescentes participantes das atividades do Projeto de Intervenção (PI) possam superar dúvidas sobre riscos no sexo e quanto ao uso de preservativos após a implementação de palestras em sala de aula para os alunos do 8º e 9º ano do ensino fundamental e salas de espera na UBS com informações e orientações acerca das DST, especialmente a sífilis.

Esclarecer que é possível praticar sexo seguro e ter prazer na relação sexual de forma saudável. Reduzindo as possibilidades de contaminação por DSTs e Aids. Conscientizar que a relação sexual sem preservativos é uma porta aberta para se adquirir uma DST, entre elas, a sífilis.

Almejar que por conheçam a cadeia de transmissão das DSTs e o uso correto de métodos de proteção e prevenção com o uso de camisinha, assim como a importância do diagnóstico precoce e tratamento das DSTs.

Efetivar a busca ativa a pacientes e seus parceiros, bem como ofertar o teste rápido (TR) para os casos imprescindíveis. Instituir a educação permanente desses jovens como estratégias de intervenção, com a adequação e aprimoramento de conteúdo constantemente, uma vez que é um processo dinâmico.

Conclui-se que este PI possa proporcionar conhecimento sobre práticas sexuais e comportamentos de risco, empoderando os jovens, deixando-os menos vulneráveis às DSTs.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Set/16	Out/16	Nov/16	Dez/16	Jan/17
Revisão Bibliográfica	x	X	x								
Redação do Projeto	x	X	x								
Treinamento da equipe/Preparo do Material		X	x	x							
Implantação das Ações				x	x	X	x				
Monitoramento e ajustes				x	x	X	x				
Análise dos dados					x	X	x				
Apresentação dos resultados									x	x	
Acompanhamento do Projeto								x	x	x	X
Redação Final										x	X
Apresentação										x	X

7. REFERÊNCIAS

BERETTA, M. I. R. et al. A construção de um projeto na maternidade adolescente: relato de experiência. Rev. esc. enferm. USP., vol.45, n.2, p. 533-536. 2011.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>. Acesso em 13 dez. 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2 ed. Brasília, 1996.

DINIZ, N. C. Gravidez na adolescência: um desafio social. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2336.pdf>>. Acesso em 13 dez. 2015.

FLORES, A.L.P. et al.; Erotização e Infância: as duas faces da publicidade. Revista Anagrama. São Paulo: 2011.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Comun. Ciências Saúde. v.22, Sup.1, S43-S54. 2011.

MATIDA, L. H et al. HIV and syphilis in the Female Prison System in the state of São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA. v.11, n.125, p.3-24. 2014.

PENNA, G. O. et al. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 865-877, out. 2011.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. Rev. paul. pediatr, v.25, n.2, p. 180-186. 2007.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - SES. AIDS e DST no Estado de São Paulo. Informativo do Centro de Referência e Treinamento - DST/AIDS. Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo. 2015.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - SES. Coordenadoria de Controle de doenças. Centro de Referência e Treinamento - DST/AIDS. Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo. Boletim Epidemiológico. Ano XXXI, nº 1. 2014.

SINGH, A. E.; ROMANOWSKI, B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin. Microbiol. Rev. v.12, n.2,187-209. Apr. 1999.

SOARES, S. M. et al. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. Esc. Anna Nery, v.12, n.3, p.485-491, set. 2008.

TABISZ, L. et al. Sífilis, uma doença reemergente. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p. 165-172, jul./set. 2012.

_____. Sífilis endêmica. Jornal do Cremesp. ed 330. 10/2015. Saúde Pública, p. 8-9 [on line]. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2096>>. Acesso em 13 dez. 2015.