

Oportunidades perdidas no tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis: uma revisão sistemática

Lilian Pinto Mota Rodrigues Fernandes ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2379-1477>

Cláudio Lima Souza ²

 <https://orcid.org/0000-0002-8094-8357>

Márcio Vasconcelos Oliveira ³

 <https://orcid.org/0000-0002-8959-0478>

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Rua Rio de Contas, Quadra 17, 58. Candeias. Vitória da conquista, BA, Brasil. CEP: 45.029-094. E- mail: lilianpmrf@gmail.com

^{2,3} Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil.

Resumo

Objetivos: compilar estudos na literatura que tratem de oportunidades perdidas relacionadas ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis.

Métodos: trata-se de uma revisão sistemática nas bases de dados SciELO, PUBMED, Lilacs e BVS, utilizando artigos publicados entre 2008 a 2018. A pesquisa foi realizada entre os meses de abril a agosto 2019 e a busca aos artigos seguiu a recomendação da diretriz PRISMA.

Resultados: foram identificados 56.686 títulos e extraídos 53 que abordavam aspectos relacionados ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. A maioria dos estudos foi nacional representando 60,7% dos artigos pesquisados. 51% utilizaram como base de dados os Sistemas de Informação de Agravos Notificados (SINAN), seguido da utilização de Questionários/Entrevista (33,9%) e consulta aos prontuários de pacientes (15,1%). Os fatores mais associados ao não tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis foram: estruturação/qualidade dos serviços sob o aspecto relacionado a falhas na assistência pré-natal, características das gestantes que interferem no tratamento dos mesmos e aos aspectos ligados as particularidades culturais que envolvem a assistência à saúde do homem.

Conclusão: em todos os continentes o principal aspecto relacionado às falhas no tratamento dos parceiros/ gestantes com sífilis esteve associado a baixa qualidade da assistência pré-natal

Palavras-chave *Sífilis, Parceiros sexuais, Terapêutica*



Introdução

A sífilis é uma doença secular e ainda representa importante problema de saúde pública em todo mundo. Tendência epidêmica foi relatada no interior da China, apesar das estratégias de detecção precoce e tratamento dos casos.¹ Na América do Norte e Groenlândia, a incidência da sífilis aumentou de zero em 2010 para 95,7 por 100.000 habitantes em 2014.² O aumento dos casos de sífilis no mundo traz consigo impacto negativo para economia, doentes, suas famílias e à sociedade. Na província de Guangdong-China, os gastos com a sífilis no ano de 2014 atingiram US\$ 730.000,00. Deste montante, 73,23% relacionados a custos diretos com sífilis terciária.³ Sob o aspecto psicológico, observou-se elevação do sentimento de angústia, dor e sofrimento nas mães que transmitiram a sífilis a seus filhos. Além do aumento no temor, desespero e impotência diante do internamento de seus bebês, submetidos a procedimentos hospitalares invasivos.⁴

Estudos no Brasil apontam quadro semelhante. Na região nordeste foi observado aumento substancial no diagnóstico e notificações de casos de sífilis entre 2008 e 2013, com incidência de sífilis congênita de 13,8 casos/1.000.⁵ Estudo realizado em importante cidade da região sudeste demonstrou aumento na taxa de transmissão vertical da sífilis em 6,5% de 2014 a 2015, atribuído a reinfeção das gestantes por tratamento inadequado ou ausente dos parceiros, apesar das gestantes terem sido tratadas corretamente.⁶ A propósito do tratamento, vários estudos⁷⁻¹⁰ apontam a existência de baixos índices de tratamento nos parceiros sexuais de mulheres com sífilis, bem como a falta de registro de informação.

Serafim *et al.*¹¹ em um estudo realizado na região sul do Brasil registraram associação estatisticamente significativa entre a falta de tratamento do parceiro e aumento na incidência de sífilis congênita. Neste mesmo estudo, o não tratamento do parceiro esteve associado ao óbito neonatal e abortos, resultantes de recontaminação das gestantes. Estes achados corroboram com Cardoso *et al.*¹² em estudo na cidade de Fortaleza-Ceará.

O elevado número de parceiros tratados para sífilis de forma inadequada reflete ineficiência dos serviços de saúde que não tem contribuído para a interrupção na cadeia de transmissão. A manutenção de indivíduos contaminados permite a disseminação da doença e, reexposição de gestantes elevando a transmissão vertical, que implica em aumento de morbimortalidade infantil e maiores gastos com saúde. Dessa forma, torna-se oportuna e necessária a implementação de esforços para o tratamento

concomitante de gestantes e parceiros como estratégia primordial no controle da sífilis.¹³⁻¹⁶

Partindo deste pressuposto, o presente estudo avaliou publicações científicas no período de 2008 a 2018, apresentando os principais fatores associados ao não tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis, com a intenção de auxiliar os profissionais e gestores de saúde a minorar a perda de oportunidades terapêuticas para esse grupo como ponto crucial no combate à sífilis.

Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática conduzida de acordo a recomendação PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) sobre o não tratamento de parceiros de gestantes com sífilis.

Os artigos foram eleitos de acordo com: Tipos de estudos - artigos que tiveram como objeto o tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis, que trouxessem nos seus resultados a descrição de características dos parceiros que aderiram ou não ao tratamento, publicados entre 2008 a 2018 em inglês, português e espanhol. Foram incluídos: estudos transversais, descritivos, documentais, qualitativos, ecológicos, caso-controle, reflexão teórica, estudo quase-experimental e de métodos mistos. Tipos de participantes - parceiros sexuais de gestantes com diagnóstico de sífilis e tipos de resultados - artigos que englobam a presente revisão tratam da investigação de fatores associados ao tratamento de parceiros sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis.

O levantamento dos artigos foi realizado entre abril e agosto de 2019 nas bases de dados: Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *United States National Library of Medicine* (PUBMED) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

A estratégia de busca nas bases de dados Scielo, Lilacs e BVS incluiu os termos: “sífilis and parceiros”, “sífilis and tratamento”. Para a base PUBMED, o termo utilizado foi “*syphilis and partners*”.

Os artigos foram selecionados inicialmente pelos títulos, excluindo-se as duplicidades, seguido da leitura dos resumos e posterior leitura dos textos completos que se relacionavam ao assunto.

Após seleção, foi realizada verificação de duplicidade dos artigos nas bases de dados e posterior leitura dos resumos, procedendo-se a exclusão daqueles que não abordavam fatores associados ao

tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Por fim, estabeleceu-se a leitura dos artigos na íntegra.

Após a leitura dos artigos, foram extraídos os dados de interesse dessa revisão, através de instrumento de coleta elaborado pelos autores.

As informações extraídas dos estudos incluíram: Ano de publicação, título, local da publicação, periódico/revista, objetivo do artigo, síntese do conteúdo e trechos sobre o tratamento dos parceiros. Foram verificados os principais riscos de viés nos estudos avaliados, observando viés de seleção, sobrevivência e de Berkson para estudos caso-controle. Para os estudos transversais observou-se maior risco para viés de instrumento, de entrevistador, memória e subnotificação nos sistemas de informação, além de viés de informação devido a dados secundários. Outra limitação referiu-se ao delineamento de estudos ecológicos, que não permitiu interpretações diretas dos resultados no nível individual. E a abordagem descritiva se limita apenas às análises univariadas.

Resultados

Após a aplicação dos uni-termos foram encontrados 56.686 artigos, sendo distribuídos da seguinte forma: 140 na plataforma SciELO, 1.073 LILACS, 16.278 PubMed e 39.195 BVS. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, leitura de títulos, exclusão das duplicidades, leitura de resumos e dos textos na íntegra foram selecionados 53 estudos que compõem esta revisão (Figura 1).

Características dos estudos

O ano com maior número de publicações foi 2017 com 16 estudos (30,1%), seguido de 2015 com 07 (13,2%). 12 estudos foram publicados em 2012 e 2016, 06 estudos em cada ano (11,3%). Em 2013, 05 (9,4%). Nos anos de 2010, 2014 e 2018, 03 estudos em cada ano (5,7%). E em 2009 e 2011 com 2 estudos respectivamente (3,8%).

Quanto ao local de publicação foram identificados 07 (13,2%) estudos nas bases internacionais, os demais em bases nacionais com as seguintes distribuições por região: Sudeste 25 (47,1%), Nordeste e Sul 09 estudos respectivamente (17%) e o Centro-oeste 03 (5,7%).

O tipo de estudo mais realizado no período foi o transversal 24 (45,2%) seguido do descritivo 12 (22,5 %), documental 2 (3,8%), qualitativo 5 (9,49%), ecológico 4 (7,57 %), caso-controle 2 (3,8%), reflexão teórica 2 (3,8%), estudo quase-

experimental 1(2%) e de métodos mistos 1 (2%).

Em relação ao idioma da publicação, a distribuição foi a seguinte: 31 (58,5%) português, 17 (32%) inglês, 02 (3,8%) espanhol. Foram publicados em duas línguas: 02 (3,8%) Inglês e Português e 01 (1,9%) Inglês e Espanhol.

Discussão

Na compilação dos dados dos 53 artigos foi possível observar que o elevado número de parceiros não tratados adequadamente para sífilis foi atribuído a ineficiência e fragilidade dos serviços de saúde, com falhas na assistência pré-natal.^{13,15,17} Também se verificou que a falta de comunicação da gestante ao parceiro quando da descoberta da sífilis esteve relacionada ao não tratamento dos parceiros.^{18,19}

Fatores relacionados aos serviços

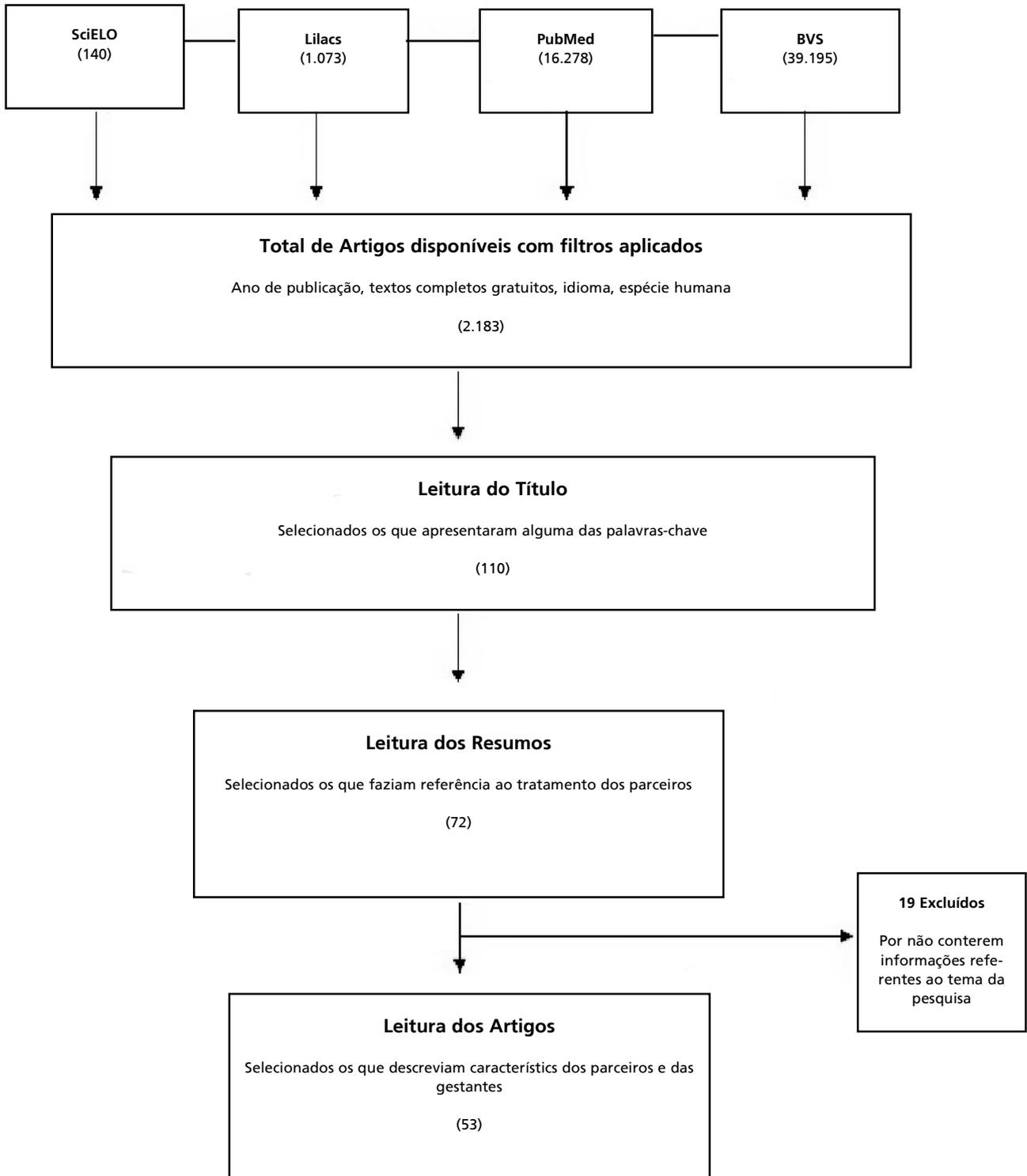
Estudos realizados em Palmas-Tocantins, Córdoba-Colômbia e Malvinas Argentinas²⁰⁻²² constataram fragilidades nos serviços de saúde para o controle da sífilis congênita. As falhas encontradas incluíram diagnóstico tardio entre o 2º e 3º trimestre de gestação ou durante o parto e/ou curetagem, classificação equivocada quanto à fase da doença, que geraram perda de oportunidade para o tratamento de gestantes e seus parceiros.

De acordo com Dou *et al.*²³ em estudo realizado na China, mais de 55% das mulheres com sífilis iniciaram o tratamento após 37 semanas de gestação ou não foram tratadas. Nesse estudo²³ 68,8% dos parceiros não realizaram testes para sífilis implicando em condição desconhecida de *status* da infecção e falta de busca ativa destes parceiros.²⁴ Esta pesquisa demonstrou a perda de oportunidade do diagnóstico e tratamento dos parceiros no momento em que a gestante é diagnosticada.²⁵

A inoperância dos serviços de saúde ficou evidenciada quando o comunicado do resultado positivo do teste para sífilis ao parceiro passou a ser responsabilidade da gestante.¹⁸ Garcia *et al.*²⁶ apontaram que mulheres soropositivas que notificaram seus parceiros para comparecer aos serviços de saúde resultou em apenas 31,9% de parceiros adequadamente tratados. O Ministério da Saúde (MS) orienta inicialmente a convocação dos parceiros ao serviço de saúde através da gestante, caso não atenda num prazo de 15 dias deve-se realizar a comunicação por meio de correspondência que garanta a confidencialidade da informação e quando se esgotarem todos os recursos disponíveis realizar a busca ativa. Orienta ainda a inclusão dos

Figura 1

Fluxograma da seleção dos artigos para revisão sistemática.



parceiros nas consultas de pré-natal a fim de garantir a interrupção da cadeia de transmissão.²⁷

Outra importante questão limitadora no tratamento da sífilis em gestantes e parceiros foi a indisponibilidade temporária de penicilina,^{6,28} primeira opção terapêutica na rede de atenção básica, além de ser a única droga capaz de atravessar a barreira placentária e evitar a sífilis congênita.^{7,14,26} Diante do desabastecimento nacional da penicilina a partir de 2014, o MS orientou através de nota informativa conjunta nº 109/2015, o uso exclusivo para gestantes e crianças com sífilis. Para os parceiros, foi recomendado antibióticos de segunda escolha que tem tratamento longo (8 a 15 dias), o que prejudicou a adesão ao tratamento.⁶ Em 2019 através da nota informativa nº 30/2019-CGAE/DIAHV/SVS/MS foram incluídas as parcerias como prioridade para utilização da penicilina.²⁹

Apesar da melhoria na atenção básica no que concerne ao número de consultas de pré-natal mínimo de 6 consultas segundo o MS, falhas no diagnóstico e tratamento oportuno de gestantes e parceiros ainda ocorrem.³⁰⁻³³ Mello²⁸ descreveu dificuldades de acesso e estrutura deficitária dos serviços de pré-natal (fechamento de unidades de saúde da família, falta de profissionais e kits para diagnóstico de sífilis), que implicam na precariedade dos atendimentos.

Outro fator contributivo para o não tratamento da sífilis tanto em gestantes quanto em parceiros foi o horário de funcionamento das unidades de saúde. Estudo de García *et al.*²⁶ revelou que o funcionamento das unidades, via de regra, coincide com o horário de trabalho das pessoas. Este fato dificulta a busca de tratamento e aponta que o estabelecimento de horários diferenciados em algumas unidades constitui uma alternativa importante e que poderia diminuir as oportunidades perdidas de tratamento.

Saraceni e Miranda³⁴ apresentaram a estratégia de saúde da família como condição favorável para busca ativa de casos e parceiros que não comparecem para o tratamento, através do agente comunitário de saúde em seu território, melhorando a cobertura da vigilância a saúde. Soma-se a isso a implantação dos testes rápidos para sífilis nas Unidades de Saúde (US) que facilitou o acesso ao diagnóstico.^{35,36}

Ainda em relação às falhas nos serviços, cumpre ressaltar o despreparo de profissionais envolvidos na assistência pré-natal. Estudos^{10,37} têm demonstrado que conhecimentos, práticas e manejo da sífilis entre os obstetras e enfermeiros tem baixo nível de concordância com os protocolos do MS. Além disso,

poucos profissionais apresentam conhecimento adequado sobre a transmissão vertical da sífilis.^{38,39} Os profissionais de saúde têm papel fundamental no controle da sífilis, portanto é necessário que os mesmos estejam aptos a lidar de forma eficiente com essas situações.⁴⁰

Andrade *et al.*⁴¹ identificaram especificamente entre os enfermeiros deficiências quanto a interpretação adequada dos resultados do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e conhecimento sobre o tratamento e a identificação das fases da sífilis. Ademais, a baixa autonomia dos enfermeiros para solicitar exames e prescrever o tratamento limitam a sua atuação.³⁹

Vale ressaltar ainda as dificuldades de abordagem pelos profissionais a parceiros de gestantes com sífilis, como consequência de políticas públicas excludentes à saúde do homem, com enfoque essencialmente materno-infantil.^{18,42,43} Este tipo de abordagem impacta em perda do diagnóstico e tratamento de parceiros e contribui para manutenção da cadeia de transmissão da sífilis e suas diversas formas clínicas.

As oportunidades perdidas de tratamento da sífilis também podem ser evidenciadas pela discrepância entre as informações relatadas pela gestante e os registros no cartão do pré-natal. A exemplo, gestantes que não sabem informar sobre o resultado do exame ou se equivocam ao referir resultado não reagente, apresentando exame positivo ou exame positivo sem registro no cartão. Frente a essa questão percebe-se a necessidade de revisão dos procedimentos adotados pelos profissionais de saúde para que seja atribuída maior responsabilização diante de um erro evitável.¹⁷

A importância do aconselhamento por parte dos profissionais foi tratada em estudo realizado no Peru. Foi constatado que a maneira como os profissionais de saúde abordaram os parceiros através das informações fornecidas influenciou positivamente na adesão ao tratamento e notificação dos casos.²⁶

Fatores relacionados às gestantes

Embora não seja uma doença exclusiva das classes menos favorecidas, estudos^{19,28,44,45} demonstram que o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade das gestantes constituem fatores limitantes para o entendimento da importância das medidas de prevenção. Somados ao desconhecimento ou conhecimento equivocado sobre a doença e até mesmo o desinteresse e a negação sobre as questões da saúde limitam o controle da sífilis.⁴ Os recursos financeiros insuficientes para deslocamento

até as unidades de saúde para consultas de pré-natal e a laboratórios para realização de exames, denotam importante vulnerabilidade de acesso aos serviços de saúde.^{11,28}

Outra questão que merece relevância é o número de parceiros das gestantes. Nem todas têm parceiro fixo. Estudos têm apontado^{11,24,46} risco aumentado em até três vezes para ocorrência de sífilis entre gestantes que tiveram três ou mais parceiros sexuais em um ano, esta variável mostrou-se também relevante para tratamento inadequado de sífilis. Outras mulheres relataram sentir-se envergonhadas diante do diagnóstico da sífilis e manifestaram dificuldade em revelar o diagnóstico a seus parceiros, por medo de serem rejeitadas ou não conseguirem lidar com a possibilidade da infidelidade. A sífilis pode produzir repercussões negativas no relacionamento conjugal, gerando desconfiança e até à separação. Por estes motivos, algumas mulheres optam por ocultar o diagnóstico aos parceiros impossibilitando o tratamento dos mesmos.¹⁹ Este fato também impacta na perda de oportunidade do tratamento do parceiro e o próprio risco da recontaminação.

Outra situação relatada por algumas mulheres é o medo da violência doméstica ao comunicarem aos seus parceiros sobre o diagnóstico. Por se tratar de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) com possibilidade de ter sido adquirida em relações extraconjugais ou até mesmo com parceiros sexuais anteriores.^{26,47}

Fatores relacionados ao parceiro

Estudo realizado no município de Guarapuava-PR identificou alta prevalência de sífilis gestacional e sífilis congênita. Foi verificada uma associação significativa entre tratamento do parceiro e o tratamento para sífilis da gestante, apenas 47% dos parceiros foram tratados adequadamente. A baixa adesão dos parceiros contribuiu para o tratamento inadequado das gestantes,^{46,48} expondo-as a reinfeção e aumento do risco para sífilis congênita.^{10,49}

A adesão ao tratamento pelos parceiros permeia um cenário multifatorial que envolve aspectos relacionados ao nível socioeconômico, cultural, educacional e de desconhecimento sobre a doença. Estes fatores superam o entendimento deles sobre o diagnóstico que lhes é dado, por na maioria das vezes serem assintomáticos ou terem resultado do exame negativo, além de não conseguirem perceber as consequências que podem ocorrer para o bebê.⁴⁹⁻⁵² Estudo realizado por García *et al.*²⁶ no Peru, identificou que a baixa adesão terapêutica dos parceiros de gestantes com sífilis também esteve associada a

baixa procura por tratamento de parceiros que não querem fornecer informações pessoais por temerem ser “registrados” no sistema. Outros estudos^{9,53,54} apontam o fim do relacionamento entre gestantes e parceiros e o não comparecimento ou recusa dos parceiros para realização da sorologia como motivos para o não tratamento.

No Brasil, a visita do parceiro à unidade de saúde depende da gestante. Dessa forma é importante que ela seja orientada adequadamente quanto à importância do tratamento para sífilis.³⁰ Ainda se faz necessário incentivar a participação dos parceiros no pré-natal e ainda intervenções educativas promovidas por profissionais de saúde da atenção básica além da garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento dessa população.^{6,24,28,50}

É fundamental entender a importância da avaliação e tratamento dos parceiros para a interrupção da cadeia de transmissão da infecção. O MS recomenda o tratamento de forma preventiva desses parceiros, com uma dose de penicilina (2.400.000UI divididas em duas injeções em cada um dos glúteos), independente de apresentarem sinais e sintomas ou até mesmo com primeiro exame negativo; quando, após 30 dias, novo exame deverá ser solicitado.⁵⁵

Conclusão

A reunião das evidências deste estudo demonstra a importância do tratamento dos parceiros sexuais das gestantes com sífilis como fundamental para controle da doença e necessidade de uma abordagem adequada para que haja sucesso neste intento. É consenso nos estudos que a falha relacionada ao tratamento de parceiro/gestantes com sífilis diz respeito, em sua maioria, às fragilidades e deficiências na assistência pré-natal e aspectos relacionados a assistência à saúde do homem.

É preciso colocar em prática as propostas preconizadas pelo MS, no que se refere a capacitação dos profissionais da atenção básica, inserção dos parceiros nas consultas de pré-natal e estruturação dos serviços, além de adoção de novas estratégias de captação e garantia da adesão ao tratamento de parceiros e gestantes com sífilis, visando a interrupção da cadeia de transmissão e redução da transmissão vertical, o que implicaria em significativa economia aos cofres públicos com gastos a saúde devido a evolução dos casos de sífilis secundária e terciária, além da sífilis congênita por transmissão vertical.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente em todas as etapas do manuscrito e aprovaram a versão final do artigo.

Referências

- Gao J, Xu J, Sheng Y, Zhang X, Zhang M, Li Y, Liang B, Sun L, Yang S, Zhang X. Increasing trend of syphilis and infection resistance: A retrospective study. *Int J Infect Dis*. 2013; 17 (11): e 971–6.
- Albertsen N, Mulvad G, Pedersen ML. Incidence of syphilis in Greenland 2010–2014: The beginning of a new epidemic? *Int J Circumpolar Health*. 2015;74: 28378.
- Zou Y, Liao Y, Liu F, Chen L, Shen H, Huang S, Zheng H, Yang B, Hao Y. The Annual Economic Burden of Syphilis : An Estimation of Direct , Productivity , and Intangible Costs for Syphilis in Guangdong Initiative for Comprehensive Control of Syphilis Sites. *Sex Transm Dis*. 2017; 44 (11): 671-7.
- Silva MRS, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages I. Women ' s perception of the occurrence of congenital syphilis in their offspring. *Rev APS*. 2010; 13 (3): 301-9.
- Lima VC, Mororo RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte do nordeste brasileiro. *J Health Biol Sci*. 2017; 5 (1): 56-61.
- Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in primary care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25: e2845.
- Nunes JT, Marinho ACV, Davim RMB, Silva GGO, Félix RS, Martino MMF. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. *Rev Enferm UFPE*. 2017; 11 (12): 4875.
- Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Ôrfão NH. Perfil de casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enferm*. 2017; 22: 489-99.
- Cunha NA, Biscaro A, Madeira K. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina *Arq Catarin Med*. 2018; 47 (1): 82-94.
- Souza LFM, Monteiro PM, Mota AS, Junior ENP, Passos MRL. Analysis of congenital syphilis cases notification in a reference hospital of Niterói, Rio de Janeiro state 2008 to 2015. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2017; 29 (1): 2177-8264.
- Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, Simões PWTA. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2014; 47 (2): 170-8.
- Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cienc e Saúde Coletiva*. 2018; 23 (2): 563-74.
- Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, Damasceno AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47 (1): 152-9.
- Oliveira DR, Figueiredo MSN. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. *Enferm Foco*. 2011; 2: 108-11.
- Figueiró-Filho EA. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2012; 24 (1): 32-7.
- Silva HCG, Oliveira S, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012 . *Arq Catarin Med*. 2017; 46 (2): 15-25.
- Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47 (1): 147-57.
- Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves LC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34 (9): 397-402.
- Cavalcante AE, Silva MAM, Rodrigues ARM, Netto JJM, Moreira AC, Goyanna N. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2012; 24 (4): 227-9.
- Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017; 26 (2): 255-64.
- Ahumada AC, Lavallo MH, Chamorro MV. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia, 2015. *Rev Cuid*. 2017; 8 (1): 1449-58.
- Silva DAM, Bois F, Duro E. Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. *Medicina Infantil [Internet]*. 2016; 6. Available from: https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2016/xxiii_4_293.pdf
- Dou L, Wang X, Wang F, Qian W, Qiao Y, Su M, Jim X, Qui J, Song L, Wang A. Epidemic Profile of Maternal Syphilis in China in 2013. *BioMed Res Int*. 2016; 2016: 9194805.
- Trevisan MG, Bechi S, Teixeira GT, Marchi ADA, Costa LD. Prevalência da sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão. *Rev Espaço Saúde*. 2018; 19 (2): 84-96.

25. Galatoire PSA, Rosso JA, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *Arq Catarin Med.* 2012; 2: 26-32.
26. García PJ, Williams E, Cárcamo CP, Chiappe M, Holmes KK, Peeling RW, Mabey DM. Partner Notification among Peruvian Pregnant Women with Syphilis. *Sex Transm Dis.* 2015; 42 (8): 457-62.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância à saúde, Departamento de doenças de condições crônicas e infecções IST. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília, DF; 2020. p. 1-250.
28. Mello VS. A saúde da mulher e o tratamento da sífilis: narrativas de vida e contribuições para a prática profissional. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das HV, Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Ist AIDS e HV. Nota informativa no 30/2019-cgae/.diahv/svs/ms 1. Vol. 30. Brasília; 2019. p. 1-2.
30. Muricy CL, Pinto VL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2015; 48 (2): 216-9.
31. Feliz MC, Prizybicien AR, Rossoni AM, Tahnus T, Pereira AMVB, Rodrigues C. Adherence to the follow-up of the newborn exposed to syphilis and factors associated with loss to follow-up. *Rev Bras Epidemiol.* 2016; 19 (4): 727-39.
32. Monteiro SMA, Mesquita ALM, Martins KMC, Naka AAR, Vasconcelos MN, Júnior DGA. Profile of pregnant women diagnosed with syphilis. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2017; 29: 2177-8264.
33. Lago AC, Gomes DS. Epidemiological profile and maternal-fetal transmission of syphilis in pregnant women of Cascavel (PR). *J Bras Doenças Sex Transm.* 2016; 1 (28): 29-35.
34. Saraceni V, Espinosa Miranda A. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita [Internet]. Vol. 28. 2012. Available from: <http://dab.saude.gov.br/hist>
35. Bagatini CLT. Programa de teste rápido para sífilis no pré-natal atenção básica no Rio Grande do Sul. [Dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
36. Machado I, Silva VAN, Pereira RMS, Guidoreni CG, Gomes MP. Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? *Saúde Pesq.* 2018; 11 (2): 249-55.
37. Santos RR, Niquini RP, Domingues RMSM, Bastos FI. Conhecimento e conformidade quanto às práticas de diagnóstico e tratamento da sífilis em maternidades de Teresina - PI, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017; 39 (9): 453-63.
38. Rodrigues DC. “Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina para o controle da sífilis em gestante”. [Dissertação] Rio de Janeiro: Epidemiologia em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ; 2015.
39. Aquino GT, Silva HCG. Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012 . *Arq Catarin Med.* 2015; 44 (4): 72-81.
40. Milanez H. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: why can we not yet face this problem? *Rev Bras Ginecol Obst.* 2016; 38: 425-7.
41. Andrade RF, Lima NB, Silva DM, Melo SP. Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com exame de VDRL reagente. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2011; 23 (4): 188-93.
42. Dantas LA, Jerônimo SHNM, Teixeira GA, Lopes TRG, Cassiano AN, Carvalho JBL. Epidemiologic profile of acquired syphilis diagnosed and notified at a maternal-child university hospital. *Enferm Glob.* 2017; 16 (2): 237-45.
43. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. An evaluation of action taken to control syphilis and HIV in public-sector prenatal care in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras. Saúde Matern. Infant.* 2012; 12 (3): 269-80.
44. Leitão EJJ, Canedo MCM, Furiattii MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, Castro MFLM, Barbosa DFS, Silveira JB, Machado FRM, Macedo JLS. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde Samambaia DF. *Com Ciênc Saúde.* 2009; 20 (4): 307-14.
45. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita ainda um desafio. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29 (6): 1109-20.
46. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública.* 2017; 51: 78.
47. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza -Ceará: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26: 1747-1756.
48. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: Características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2017; 17 (4): 781-9.
49. Romanelli RMC, Carellos EVM, Souza HC, Paula AT, Rodrigues LV, Oliveira WM, Silva HHRM, Sacramento JPTC, Andrade GMQ. Management of syphilis in pregnant women and their newborns: is it still a problem? *J Bras Doenças Sex Transm.* 2015; 27 (1-2): 35-9.
50. Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MDFV, Quirino GDS, Oliveira DR. Perception of nurses on the adherence of partners of pregnant women with syphilis to the treatment. *Rev RENE.* 2015; 16 (3): 345-54.
51. Hildebrand VLPC. Sífilis congênita: fatores relacionados a gestantes e seus parceiros. [Dissertação] Rio de Janeiro: Modalidade profissional em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ; 2010.
52. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda. *Rev APS.* 2009; 12 (1): 62-71.
53. Távina B, Cabral V. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Rev Ciênc Plur.* 2017; 3 (3): 32-44.

54. Hebmuller MG, Fiori HH, Lago EG. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015; 20 (9): 2867-78.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das HV. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília, DF; 2017. p. 248.

Recebido em 9 de Junho de 2020

Versão final apresentada em 29 de Dezembro de 2020

Aprovado em 25 de Março de 2021