



Importância da busca de comunicante na sífilis gestacional

The importance of contact tracing in gestational syphilis

Importancia de la búsqueda del comunicante en la sífilis gestacional

Layanne Hellen da Cruz Brandão¹, Saraí de Brito Cardoso².

RESUMO

Objetivo: Investigar a importância da busca ativa do parceiro no tratamento da sífilis gestacional, e descrever os desfechos de gestantes com sífilis com parceiro tratado e não tratado. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre 2015 a 2020 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science*, PubMed, EMBASE, *Science Direct* e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) nos idiomas inglês, português e espanhol com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: *syphilis, couple infection, treatment, e adverse pregnancy outcomes*. **Resultados:** Dezoito artigos foram selecionados e foram identificadas 9257 gestantes com sífilis gestacional e apenas 1673 (24%) dos parceiros foram tratados. Os principais desfechos foram pré-termo (34%), natimorto (27%) e pequeno para a idade gestacional (20%). O tratamento foi considerado inadequado na maioria dos estudos. As estratégias para a busca do comunicante foram o uso do cartão de notificação (CN), CN mais um serviço de mensagens curtas ou CN mais contato telefônico. **Considerações finais:** É necessário empreender esforços para melhorar a comunicação sobre a doença, dar suporte à gestante para comunicar ao parceiro, melhorar o acesso a um serviço de saúde de qualidade e acompanhar os envolvidos buscando assegurar o tratamento e a confirmação da cura.

Palavras-chave: Sífilis, Busca de comunicante, Falha no tratamento, Complicações infecciosas na gravidez.

ABSTRACT

Aim: To investigate the usefulness of active partner search in the treatment of gestational syphilis, and to describe the outcomes of pregnant women with syphilis with a treated and untreated partner. **Methods:** This is an integrative literature review of articles published between 2015 and 2020 in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), *Web of Science*, PubMed, EMBASE, *Science Direct* and *Scientific Electronic databases Library Online* (SciELO) in English, Portuguese, and Spanish with the following Medical Subject Headings: *syphilis, couple infection, treatment, and adverse pregnancy outcomes*. **Results:** We selected eighteen articles and identified 9257 pregnant women with gestational syphilis. However, only 1673 (24%) of the partners were treated. The main outcomes were preterm (34%), stillbirth (27%) and small for gestational age (20%). Treatment was considered inappropriate in most studies. The strategies for searching for the communicant were the use of the notification card (NC), NC plus a short message service or NC plus telephone contact. **Final considerations:** Efforts must be made to improve communication about the disease, support the pregnant woman to communicate with her partner, improve access to a quality health service and monitor those involved to ensure treatment and confirmation of the cure.

Keywords: Syphilis, Contact tracing, Treatment failure, Infectious Pregnancy Complications.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la importancia de buscar activamente la pareja en el tratamiento de la sífilis gestacional y describir los resultados de gestantes con sífilis con pareja tratada y no tratada. **Métodos:** Revisión integradora de artículos publicados entre 2015 y 2020 en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), *Web of Science*, PubMed, EMBASE, *Science Direct* y *Scientific*

¹Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC), Araguaína-TO.

² Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI

Electronic Library Online (SciELO) en inglés, portugués y español con los siguientes descriptores: *syphilis, couple infection, treatment* y *adverse pregnancy outcomes*. **Resultados:** Se seleccionaron 18 artículos y se identificaron 9257 gestantes con sífilis gestacional y sólo 1673 (24%) parejas recibieron tratamiento. Los principales resultados fueron prematuros (34%), mortinatos (27%) y niños pequeños para la edad gestacional (20%). El tratamiento se consideró inadecuado en la mayoría de los estudios. Las estrategias para encontrar a la comunicante fueron el uso de la tarjeta de notificación (TN), la TN más un servicio de mensajes cortos o la TN más el contacto telefónico. **Consideraciones finales:** Es necesario emplear esfuerzos para mejorar la comunicación sobre la enfermedad, apoyar a la gestante para que se comunique con la pareja, mejorar el acceso a un servicio de salud de calidad y acompañar a los afectados que buscan asegurar el tratamiento y la confirmación de la cura.

Palabras clave: Sífilis Búsqueda de comunicantes, Fracaso del tratamiento, Complicaciones infecciosas en el embarazo.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e a bactéria responsável pela doença é o *Treponema pallidum*. Como IST, ela é considerada um problema de saúde pública e é uma das doenças transmissíveis mais comuns que afeta a saúde e a vida da população mundial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a incidência de sífilis no mundo é de 6,3 milhões e a prevalência global estimada de sífilis em ambos os sexos foi de 0,5% com valores regionais variando de 0,1 a 1,6% (WHO, 2016). No Brasil, os casos de sífilis gestacional têm diminuído ao longo dos anos. A taxa de detecção foi de 21,4 por 1.000 nascidos vivos ao final de 2018 (BRASIL, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Em 2019 foram notificados 25.794 casos até junho daquele ano. A maioria dos casos foram identificados no primeiro trimestre gestacional (9.962 casos em 2019), em segundo lugar ficou o terceiro trimestre com 7.532 casos e, por fim, 6.573 casos no segundo trimestre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em termos de faixa etária, as gestantes com idade entre 20 a 29 anos foram as mais acometidas pela doença (14.159 casos/ 55%), seguida pela faixa etária dos 15 aos 19 anos (6.393) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Levando em consideração a sífilis congênita, estima-se que sejam notificados mais de 930 mil casos anualmente no mundo e, aproximadamente, mais de 350 mil desfechos adversos incluindo abortos, prematuridade e sequelas tardias que comprometem o desenvolvimento infantil integral (PAULA MA, et al., 2022).

Para aprimorar a vigilância da sífilis em gestantes e poder aumentar as chances de sucesso no tratamento da sífilis congênita durante a realização do pré-natal, o Ministério da Saúde no Brasil tem adotado estratégias de ampliação do acesso e da oferta dos testes rápidos para diagnóstico e rastreio das ISTs (DOMINGUES CSB, et al., 2021).

Os testes rápidos são também chamados de testes treponêmicos (TT). Eles detectam anticorpos específicos contra os antígenos do *T.pallidum*. Na maioria dos casos, eles permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. Por isso, eles não são indicados para monitorar a resposta ao tratamento da doença (DOMINGUES CSB, et al., 2021). É importante salientar que, no momento da escolha dos testes é preciso considerar tanto os testes disponíveis no momento quanto o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado (BRASIL, 2022). Há uma recomendação do Ministério da Saúde para sempre começar a investigação pelos TT uma vez que são os primeiros a ficar reagentes (BRASIL, 2022).

Apesar do empenho do Ministério da Saúde, ainda existem barreiras para o acesso das gestantes ao pré-natal em tempo oportuno para o tratamento, principalmente para aquelas que são consideradas mais vulneráveis, por exemplo, as mulheres indígenas, as pretas, as com baixa escolaridade, além das que moram nas regiões Norte e Nordeste em que o acesso às unidades de saúde é muito distante das residências dessas gestantes (MACÊDO VC, et al., 2020).

Mesmo entre as mulheres que conseguem realizar o pré-natal, diversas oportunidades de diagnóstico e tratamento ainda são perdidas. Para superar esses obstáculos, faz-se necessário um conjunto de ações que

incluam a identificação precoce da gestante, orientação adequada, educação em saúde, realização de exames conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e diretrizes da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), solicitação e obtenção de resultados em tempo hábil e tratamento apropriado tanto para a mulher quanto para a sua parceria sexual (MACÊDO VC, et al., 2020).

No quesito tratamento, o Ministério da Saúde identificou que em 80% das gestantes ele foi inadequado em 2019 e os dados não permitiram identificar a porcentagem dos tratamentos adequados. Quando se analisou a tabela de tratamento dos parceiros, apenas 12% deles foram tratados. O coeficiente bruto de mortalidade em 2018 foi de 8,2 por 100.000 nascidos vivos no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No entanto, não basta tratar a gestante, é fundamental realizar busca ativa para diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais dessas gestantes, bem como fortalecer o pré-natal do parceiro nos serviços de saúde (BRASIL, 2022). Isso se deve pelo fato de que as parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, ainda que apresentem testes imunológicos não reagentes. Nesses casos, as parcerias sexuais devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina intramuscular (IM) (2,4 milhões de unidades internacionais (UI)) (BRASIL, 2022).

O esquema terapêutico para a sífilis recente, sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução) consiste na aplicação de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, via IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes. No caso tratamento da sífilis recente em gestantes, pode-se aplicar uma dose adicional de 2,4 milhões de UI de penicilina G benzatina via IM uma semana após a primeira dose (BRASIL, 2022).

O tratamento é considerado adequado quando o esquema de dosagem e dias de tratamento é completo para o estágio clínico da sífilis. Esse tratamento é realizado com penicilina benzatina e deve ser iniciado até 30 dias antes do parto e o parceiro deve ser tratado concomitantemente. Quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, melhores são os desfechos pós-natais. O tratamento é simples, de baixo custo e eficaz na prevenção e cura da doença (DOMINGUES CSB e PINTO VM, 2019).

No entanto, notificar o parceiro da gestante não é tarefa fácil. Esbarra-se no estigma da doença, na habilidade comunicativa da gestante, no receio de violência conjugal, divórcio dentre outros problemas que podem surgir à partir do diagnóstico da sífilis (DOMINGUES CSB e PINTO VM, 2019; MIRANDA AE et al., 2019).

A equipe de saúde tem um papel fundamental nesse momento e deve ajudar as gestantes a revelarem o diagnóstico ao parceiro nos casos em que ele não compareceu à consulta pré-natal. Deve-se esclarecer que se o parceiro está assintomático isso não significa que ele não é portador de uma IST (MIRANDA AE et al., 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Fornecer à gestante essa informação ajuda a aliviar a tensão e o entendimento das formas de manifestação da doença que podem ser totalmente assintomáticas (BISWAS HH et al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os recém-nascidos com sífilis congênita podem apresentar malformações ósseas e dentárias (dentes de Hutchinson) e sífilis mucocutânea ativa ao nascimento ou logo após. Alterações oculares e neurológicas também podem ocorrer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Outras complicações incluem aborto, natimorto, pré-termo, pequeno para idade gestacional, óbito, aborto espontâneo e morte precoce (AKHTAR F e REHMAN S, 2018; LIU H, et al., 2019). Percebe-se, portanto, a importância de identificar o parceiro da gestante para tratá-lo concomitantemente.

Diante do exposto, esse trabalho se propôs a fazer uma revisão integrativa da literatura médica publicada até o momento com vistas a investigar a importância da busca ativa do parceiro no tratamento da sífilis gestacional, e descrever os desfechos de gestantes com sífilis com parceiro tratado e não tratado identificar os desfechos da sífilis gestacional entre as gestantes que foram tratadas juntamente com os parceiros e comparar com àquelas em que os parceiros não foram tratados. Além disso, verificar as estratégias de abordagem dos parceiros e a eficácia alcançada pelas estratégias identificadas.

MÉTODOS

Para realizar a presente revisão foram pesquisadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science*, PubMed, EMBASE, *Science Direct* e *Scientific Electronic Library Online* (SciElo) em junho de 2021. A pergunta norteadora dessa pesquisa foi: Há diferença entre os resultados da gravidez de mulheres com sífilis com parceiros tratados concomitantemente ou não?

Para cada base foram selecionadas uma combinação de descritores em saúde como descritos a seguir: sífilis/*syphilis* ou sífilis congênita/*congenital syphilis*; cuidado pré-natal/*prenatal care*; transmissão vertical de doença infecciosa/*infectious disease transmission*; vertical, busca de comunicante/*contact tracing*.

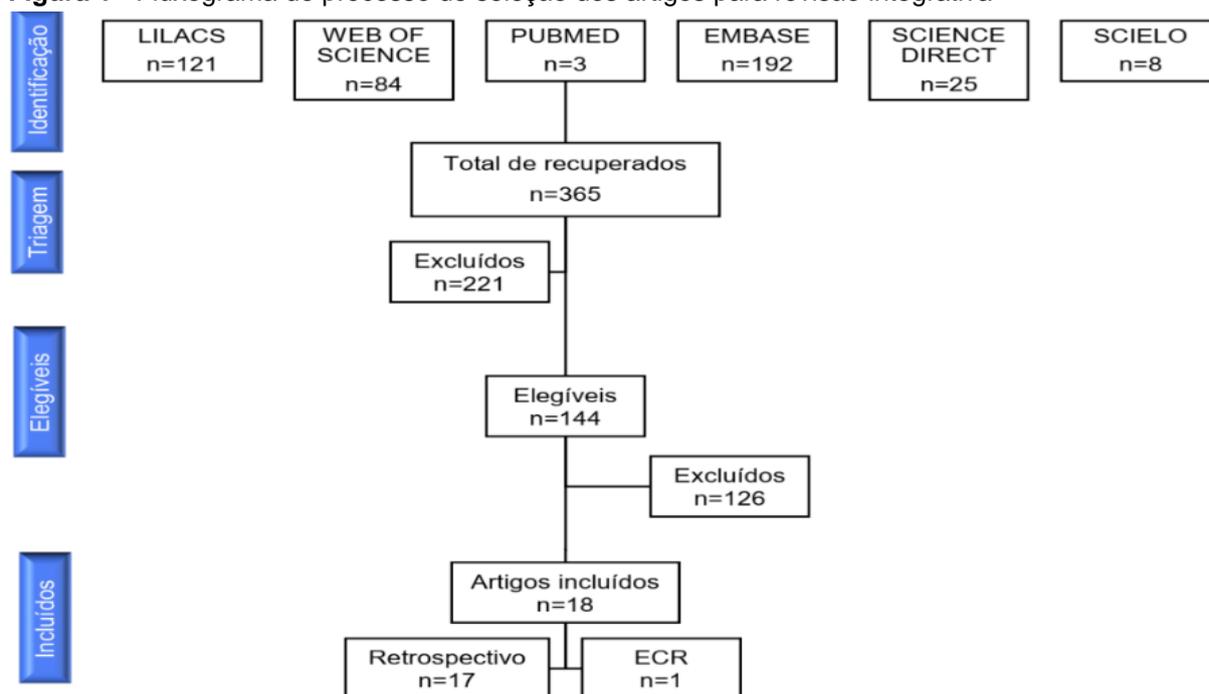
Em um primeiro momento pensou-se em incluir apenas ensaios clínicos randomizados. No entanto, verificou-se que não havia artigos publicados de 2015 a 2020 suficientes com esse delineamento. Portanto, a busca foi ampliada para artigos prospectivos e retrospectivos. Como critério de inclusão priorizou-se os artigos que apresentavam dados sobre o tratamento e o desfecho pós-natal, e se propunham a apresentar alguma forma de abordagem do parceiro da gestante.

RESULTADOS

Foram identificados 365 artigos para primeira triagem (**Figura 1**). Após leitura dos resumos dos artigos recuperados, 144 artigos se enquadraram na elegibilidade. Desses, um foi rejeitado por estar duplicado e 125 por não se adequarem aos critérios de inclusão, sendo que em um desses a exclusão se deu porque o enfoque do trabalho foi no profissional de saúde e não nas gestantes e seus parceiros.

Dos 18 artigos incluídos, 17 eram estudos retrospectivos (FAVERO MLDC, et al., 2019; FERRO RP, et al., 2020; GARCÍA PJ, et al., 2015; GONG T, et al. 2019; GUIMARÃES TA, et al. 2018; LAGO ACO e GOMES DS 2016; MAGALHÃES M, et al. 2017; MASCHIO-LIMA T, et al. 2019; NONATO SM, et al. 2015; PADOVANI C, et al. 2018; REZENDE EMA, et al. 2015; SILVA LCVG, et al. 2017; SILVA P, et al. 2019; SOARES LG, et al. 2017; SOUZA LFM, et al. 2017; TORRES RG, et al. 2019; ZHANG XH, et al. 2019) e um ensaio clínico randomizado (PARKES-RATANSKI R, et al., 2020). A **Figura 1** apresenta o fluxograma concernente ao processo de seleção dos artigos para essa revisão.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos para revisão integrativa



Fonte: Brandão LHC e Cardoso SB, 2024.

A **Tabela 1** apresenta de maneira resumida os artigos incluídos nessa revisão. São apresentados, de forma resumida, os principais resultados aferidos pelos autores com relação aos casos de sífilis gestacional e desfechos perinatais.

Tabela 1 – Síntese dos principais dados sobre os casos de sífilis gestacional e desfechos perinatais dos artigos selecionados para essa revisão.

Autores e ano	n	SG	SC	Tto.		Desfechos adversos				
				Adequado		Natimorto	PT	PIG	Aborto	Óbito
				G	P					
NONATO SM, et al. (2015).	353	353	118	71	19	4	16	n/a	n/a	n/a
REZENDE EMA, et al. (2015).	3382	3382	296	82	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
GARCÍA PJ, et al. (2015).	17155	154	n/a	32	34	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
LAGO ACO e GOMES DS (2016).	135	135	34	52	18	3	n/a	n/a	n/a	1
MAGALHÃES M, et al. (2017).	27	27	2	56	4	n/a	6	5	n/a	n/a
SILVA LCVG, et al. (2017).	153	153	153	36	43	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
SOUZA LFM, et al. (2017).	56	52	52	40	21	3	n/a	n/a	1	2
SOARES LG, et al. (2017).	2868	40	12	68	53	n/a	n/a	n/a	n/a	1
GUIMARÃES TA, et al. (2018).	1033	1033	679	n/a	n/a	2	n/a	n/a	n/a	12†
PADOVANI C, et al. (2018).	306	270	176	46	36	5	n/a	n/a	n/a	2
ZHANG XH, et al. (2019).	3076	657	401	93	7	29	233	139	n/a	n/a
GONG T, et al. (2019).	1247	1247	8	53	n/a	17	n/a	n/a	106	11†
FAVERO MLDC, et al. (2019).	120	120	103	34	32	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
TORRES RG, et al. (2019).	268	268	164	35	20	n/a	47	51	4	8
MASCHIO-LIMA T, et al. (2019).	396	396	163	57	35	14	n/a	n/a	26	4
SILVA P, et al. (2019).	324	324	137	97	52	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
FERRO RP, et al. (2020).	204	204	92	23	n/a	2	n/a	n/a	1	1
PARKES-RATANSI R, et al. (2020).	442	442	396	19	18	11	7	n/a	16	n/a
Total	31545	9257	2986	50	22	90	309	195	154	34

SG: sífilis gestacional. SC: sífilis congênita. Tto: tratamento. G: gestante. P: parceiro. PT: pré-termo. PIG: pequeno para a idade gestacional. †óbito até 7 dias pós-natal.

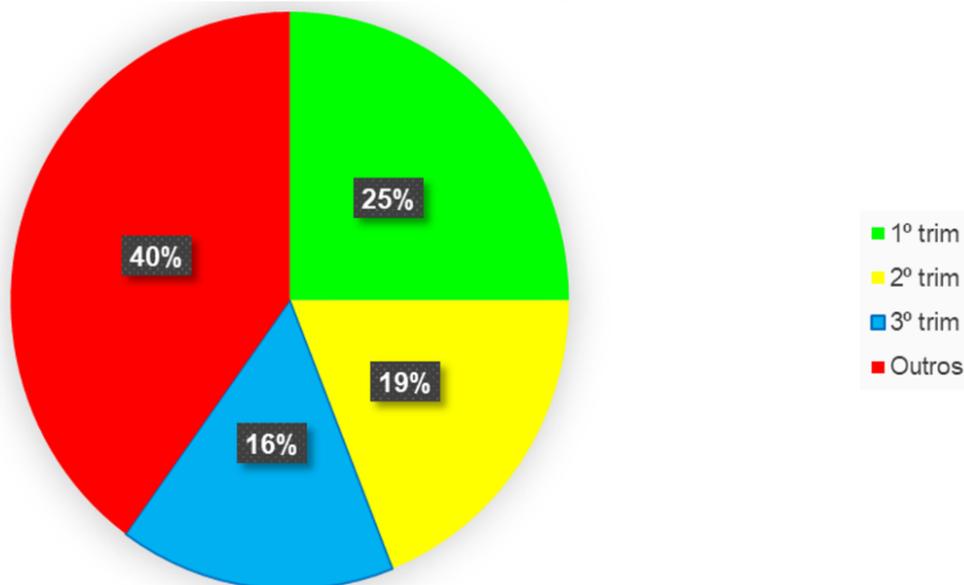
Fonte: Brandão LHC e Cardoso SB, 2024.

Dessa forma, os estudos incluídos se enquadram no nível de evidência 2C (estudo observacional de resultados terapêuticos) e o único ensaio clínico randomizado incluído foi considerado como nível de evidência 2B (ensaio clínico randomizado de menor qualidade) (PHILLIPS B, et al., 1998).

Estudos retrospectivos apresentam limitações importantes tais como banco de dados incompletos que dificultam uma generalização das informações. Entretanto, eles chamam a atenção para os problemas recorrentes do não preenchimento correto do prontuário dos pacientes que levam a uma dificuldade em se saber a real situação de determinada população para implementação de políticas públicas de enfrentamento dos agravos de notificação compulsória como a sífilis gestacional e congênita (VOLPATO G e BARRETO R, 2016).

Apesar da média dos estudos incluídos indicar que o diagnóstico foi realizado no 1º trimestre (25%) (**Gráfico 01**), foi possível perceber que a maioria das gestantes e parceiros não foi tratada adequadamente.

Gráfico 1 – Distribuição do diagnóstico de sífilis gestacional por trimestre.



Fonte: Brandão LHC e Cardoso SB, 2024.

DISCUSSÃO

No período compreendido entre janeiro de 2015 a setembro de 2020 foram rastreadas 31545 gestantes. Dessas, 9257 (29%) apresentaram sífilis gestacional e 2986 recém-nascidos (32%) com sífilis congênita. Em relação aos parceiros, apenas 7025 (22%) apresentavam informações para análise e somente 1673 (24%) receberam tratamento (**Tabela 01**).

Os desfechos mais prevalentes foram prematuridade (40%), seguido por pequeno para a idade gestacional (25%), abortos (20%) e natimortos (12%) (**Tabela 01**). As maiores taxas de prematuridade estiveram associadas ao tratamento ausente ou incompleto concomitante da gestante e da sua parceria sexual quando comparadas com àquelas que foram tratadas e tiveram prematuros (TORRES RG, et al., 2019; PARKES-RATANSHI R, et al., 2020; MAGALHÃES M., et al., 2017; SOUZA LFM, et al., 2017; NONATO SM, et al. 2015).

Em todos os estudos avaliados verificou-se que o tratamento inadequado das gestantes esteve relacionado a não utilização do recurso terapêutico pelo parceiro e as complicações perinatais também foram maiores nesse grupo em que o casal não foi medicado como preconizado pelo Ministério da Saúde Brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Ministério da Saúde recomenda o tratamento da parceria sexual mesmo sem exames laboratoriais. Entretanto, nem sempre o parceiro aceita ser tratado. Se o parceiro se recusar a tratar, outras tentativas do profissional de saúde para obter aquiescência podem ser tentadas. Porém, deve se ter o cuidado na abordagem para que não seja entendida como coerção, pois, ainda que o tratamento de ambos seja necessário, a escolha é individual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; FAVERO MLDC, et al., 2019).

Considerando que a transmissão é maior quanto mais avançada se encontra a gestação, pois a permeabilidade da barreira placentária é maior com o avançar da gravidez, torna-se importante realizar o rastreamento e tratamento da gestante e do parceiro o mais precocemente possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Quando a gestante e a parceria não são tratadas no momento adequado, ou seja, no princípio, a doença pode evoluir para a cronicidade com sequelas irreversíveis a longo prazo (neurológicas e cardiovasculares) (PEELING RW, et al., 2023; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza testes não treponêmicos e testes treponêmicos para sífilis aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Entretanto, as gestantes nem sempre realizam os testes no momento adequado (1º trimestre gestacional). Isso leva a um diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento tardio com conseqüências insatisfatórias, na maioria das vezes.

O diagnóstico em si exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Somente o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado (BRASIL, 2022).

Outro fator que compromete o tratamento eficaz está relacionado à medicação utilizada e à dosagem. O tratamento padrão é realizado com penicilina e a dosagem depende do estágio da doença. Dos estudos que apresentaram as taxas de adequação e inadequação no uso da penicilina, as taxas de inadequação variaram de 21% (LAGO ACO e GOMES DS, 2016) a 94% (MASCHIO-LIMA T, et al., 2019). Portanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que o tratamento alcance os resultados esperados.

Regimes terapêuticos com outras drogas são utilizados quando os pacientes apresentam histórico de alergia à penicilina. Dos estudos incluídos, oito deles (FAVERO MLDC, et al., 2019; FERRO RP, et al., 2020; GONG T, et al., 2019; HORTA HHL, et al., 2017; MAGALHÃES M, et al., 2017; MASCHIO-LIMA T, et al., 2019; REZENDE EMA, et al. 2015; TORRES RG, et al., 2019.) utilizaram regimes diferenciados com taxas de resposta que variaram entre 0,6% e 28%.

Além do mais, para que o tratamento seja efetivo, ele precisa ser realizado pelo parceiro concomitantemente. Entretanto, as gestantes enfrentam dificuldades para notificar os parceiros, seja pela falta de conhecimento sobre a doença, suas conseqüências ou ainda o medo de sofrer violência doméstica após a notificação, dentre outros fatores (FAVERO MLDC, et al., 2019; GARCIA PJ, et al., 2015; LAGO ACO e GOMES SD, 2016; MAGALHÃES M, et al., 2017; MASCHIO-LIMA T, et al., 2019; PADOVANI C, et al., 2018; PARKES-RATANSKI R, et al., 2020; REZENDE EMA e BARBOSA NB, 2015; SILVA LCVG, et al., 2017; SOARES LG, et al., 2017; SOUZA LFM, et al., 2017). A efetividade do tratamento depende não apenas da disponibilidade dos testes e dos medicamentos, mas da adesão das pacientes e parcerias sexuais.

Ademais, existem as barreiras estruturais que compreendem os serviços de saúde. A própria dinâmica dos serviços de saúde dificulta o tratamento do parceiro. É comum a subnotificação e o preenchimento inadequado dos prontuários médicos como, por exemplo, a falta de informações quanto à classificação clínica da doença e o estágio em que se encontra (LAGO ACO e GOMES SD, 2016; GUIMARÃES TA, 2018). Esses fatores aliados colocam em risco os esforços que têm sido feitos para eliminar a transmissão vertical e a reinfecção.

Os desafios são grandes. A falta de conhecimento sobre a real importância da doença, o estigma, o medo da violência doméstica, o medo de revelar parcerias sexuais extraconjugais, a falta de campanhas educativas consistentes e periódicas são fatores que ainda precisam ser mais bem equacionados na atenção à saúde sexual e reprodutiva da população. É preciso dedicação para melhorar a comunicação sobre a doença, particularmente para os homens, orientar melhor as gestantes quanto as habilidades comunicativas para que ela sinta confiança ao conversar com o companheiro. Além disso, o profissional de saúde deve estar atento ao risco de violência sexual contra mulher e buscar apoio com a equipe multiprofissional de saúde para decidir qual o melhor caminho a ser tomado nesses casos (PARKES-RATANSKI R, et al., 2020; FAVERO MLDC, et al., 2019; LAGO ACO e GOMES SD, 2016; MASCHIO-LIMA T, et al., 2019; PADOVANI C, et al., 2018.).

As estratégias para fidelização ao tratamento ainda são incipientes. Segundo Rocha AFB, et al. (2019), não há uma estratégia que pode ser considerada como a melhor abordagem para conversar com o parceiro. Alguns consideram que a parceira não deve ser a que traz a notícia e preferem que seja o profissional de saúde. Já outros acreditam que sim, deve ser a parceira, devido ao fato de o problema ser pessoal, ou seja, do casal. Quando foram sugeridas estratégias tais como uma ligação telefônica pelo profissional de saúde ou um cartão de notificação, ainda assim não houve consenso entre os entrevistados.

O uso de cartões de notificação ou o uso combinado desses com o serviço de mensagens curtas do celular, ou ainda chamadas telefônicas associadas aos cartões de notificação foram utilizados por um estudo publicado recentemente (PARKES-RATANSKI R, et al., 2020). Os pesquisadores avaliaram essas três estratégias e foi verificado que o uso do cartão e da mensagem de texto obteve uma resposta positiva dos parceiros em 21,5%. No geral, 18,3% dos parceiros convocados por qualquer das estratégias responderam ao comunicado. Percebe-se que há muito a melhorar, haja vista que, mesmo com a implementação das três estratégias, a taxa de retorno ainda foi baixa.

Em relação aos fatores identificados para o não tratamento do parceiro, quatro estudos (FAVERO MLDC, et al., 2019; LAGO ACO e GOMES SD, 2016; MASCHIO-LIMA T, et al., 2019; PADOVANI C, et al., 2018.) apresentaram os principais motivos anotados nos prontuários. A falta de contato da gestante com o parceiro obteve uma média de 18%, já o não comparecimento, apesar da convocação, foi de 8%, seguida pela sorologia negativa (7%), não convocação (4%) e recusa ao tratamento (2%). Interessante notar que 21,32% foram identificados como outra causa que não as citadas anteriormente. Esses dados ressaltam a necessidade de se melhorar o preenchimento das informações nos prontuários das pacientes para que políticas públicas mais assertivas possam ser elaboradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais desfechos encontrados nos estudos incluídos foram a prematuridade (40%), pequeno para a idade gestacional (25%) e aborto (20%). Foi possível verificar que as estratégias de busca do comunicante presentes na literatura até o momento não tem surtido o efeito desejado. E não há unanimidade entre os contactados quanto à melhor forma de abordagem. O uso do cartão de notificação, cartão de notificação mais SMS ou cartão de notificação e ligação telefônica apresentaram resultados muito aquém do esperado. Apesar dos esforços empreendidos a nível mundial para buscar a erradicação da sífilis congênita, a literatura tem demonstrado que há muito ainda a se fazer.

REFERÊNCIAS

1. AKHTAR F e REHMAN S. Prevention of Congenital Syphilis Through Antenatal Screenings in Lusaka, Zambia: A Systematic Review. *Cureus*, 2018; 10(1): e2078.
2. BISWAS HH, et al. Characteristics Associated with Delivery of an Infant with Congenital Syphilis and Missed Opportunities for Prevention—California, 2012 to 2014. *Sex Transm Dis*, 2018; 45(7):435–41.
3. BRASIL. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
5. DOMINGUES CSB, PINTO VM. Congenital Syphilis in the 21st century: How to overcome the challenges? *STD*, 2019; 31(3):77–8.
6. FAVERO MLDC, et al. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Arch Health Sci Res*, 2019; 26(1):2–8.
7. FERRO RP, et al. Characterization of congenital syphilis cases with emphasis on the therapeutic scheme in a philanthropic maternity hospital in Espírito Santo. *J Hum Growth Dev*, 2020; 30(2):283–90.

8. GARCIA PJ, et al. Partner Notification Among Peruvian Pregnant Women with Syphilis. *Sex Transm Dis*, 2015; 42(8):457–62.
9. GONG T, et al. Treatment evaluation to improve preventing mother to child transmission among women with syphilis. *Scientific Reports*, 2019; 9(1):19547.
10. GUIMARÃES TA, et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arch Health Sci Res*, 2018; 25(2):24–30.
11. HORTA HHL, et al. Vista do pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. *Rev. APS*, 2017; 20(4):623–7.
12. LAGO A, GOMES D. Perfil epidemiológico e transmissão materno-fetal da sífilis em gestantes de Cascavel (PR). *STD*, 2016; 28(1):29–35.
13. LIU H, et al. Syphilis-attributable adverse pregnancy outcomes in China: a retrospective cohort analysis of 1187 pregnant women with different syphilis treatment. *BMC Infect Dis*, 2019, 19(1):292.
14. MACÊDO VC, et al. 2020. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saude Colet*, 2020; 28(4): 518-528.
15. MAGALHÃES M, et al. Sífilis na gravidez e sífilis congênita: Realidade de um hospital universitário central português. *RBGO*, 2017; 39(6):265–72.
16. MASCHIO-LIMA T, et al. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *RBSMI*, 2019; 19(4):865 – 872.
17. MIRANDA AE, et al. Program for Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis and HIV in Brazil. *STD*, 2019; 31(2):50–6.
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2019. *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Número Especial | out. 2019. Ano V, nº 01. Brasília - DF; 2019. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/11/boletim_sifilis_2019_internet.pdf. Acessado em: 18 de junho de 2021.
19. NONATO SM, et al. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015; 24(4): 681–94.
20. PADOVANI C, et al. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2018; 26: e3019.
21. PARKES-RATANSKI R, et al. Low male partner attendance after syphilis screening in pregnant women leads to worse birth outcomes: the Syphilis Treatment of Partners (STOP) randomised control trial. *Sex health*, 2020; 17(3): 214–22.
22. PAULA MA, et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. *Cien Saude Colet*, 2022; 22(8): 3331-40.
23. PEELING RW, et al. Syphilis. *Lancet*, 2023; 402: 336–46
24. PHILLIPS B, et al. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009). Updated by Jeremy Howick March 2009. Centre for Evidence-Based Medicine United Kingdom: Oxford University; 1998. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>. Acessado em: 18 de junho de 2021.
25. REZENDE EMA, Barbosa NB. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. *Rev. APS*, 2015; 18(2): 220–32.
26. ROCHA AFB, et al. Syphilis in pregnant women: implications of diagnosis revelation and partner notification strategies. *STD*, 2019; 31(3): 102–6.
27. SILVA LCVG, et al. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso / Profile of the cases of syphilis in a municipality the south of Mato Grosso. *Journal Health NPEPS*, 2017; 2(2): 380–90.
28. SOARES LG, et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *RBSMI*, 2017; 17(4): 781–9.
29. SOUZA LFM, et al. View of Analysis of congenital syphilis cases notification in a reference hospital of Niterói, Rio de Janeiro State, from 2008 to 2015. *STD*, 2017; 29(1): 17–21.
30. TORRES RG, et al. Sífilis na gestação: a realidade em um hospital público. *RBGO*, 2019; 41(2): 90–6.
31. VOLPATO G, BARRETO R. *Estatística sem dor*. 2ª Ed. Botucatu - SP: Best Writing; 2016.
32. WHO. WHO | Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021. WHO/RHR/16.09. Geneva, Switzerland; 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf>
33. ZHANG XH, et al. Differences in maternal characteristics and pregnancy outcomes between syphilitic women with and without partner coinfection. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2019; 19: 439.