

Atenção à saúde dos parceiros sexuais de adolescentes com sífilis gestacional e seus filhos: uma revisão integrativa

Health care of sexual partners of adolescents with gestational syphilis and their children: an integrative review

Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino (<https://orcid.org/0000-0002-3195-120X>)¹
Beatriz Alves Ramos (<https://orcid.org/0009-0002-1605-7418>)¹
Carollyne da Silva Lira (<https://orcid.org/0009-0004-5584-2544>)¹
Isadora Fiaux Lessa (<https://orcid.org/0009-0002-7039-3877>)¹
Stella Regina Taquette (<https://orcid.org/0000-0001-7388-3025>)¹

Abstract Gestational syphilis (GS) in adolescents is a challenge for Brazilian public health, with high incidence rates. Testing, diagnosis and treatment of sexual partners is essential to interrupt the chain of transmission, but since 2017 it is no longer a criterion for the proper treatment of pregnant women. We sought to analyze and synthesize the knowledge produced about the health care of sexual partners of adolescents with GS in Brazil. We carried out a systematic review in the BVS, SciELO and PubMed databases, selecting articles that addressed GS and/or congenital syphilis (CS) in adolescents aged 15 to 19 years and that included information about sexual partners. Forty-one articles were comprehensively analyzed using the WebQDA software and classified into two categories: a) Approach to sexual partners during prenatal care, and b) The role of sexual partners in the transmission cycle of GS and CS. The studies show that the partner's approach is deficient, with a lack of data on the sociodemographic profile and information on testing and treatment. In the context of Primary Health Care, there are no studies that address factors inherent to the context of vulnerability of sexual partners in relation to coping with syphilis.

Key words Pregnancy in adolescence, Gestational syphilis, Congenital syphilis, Sexual partners, Contact tracing

Resumo A sífilis gestacional (SG) em adolescentes é um desafio para a saúde pública brasileira, com elevadas taxas de incidência. A testagem, diagnóstico e tratamento dos parceiros sexuais é indispensável para interromper a cadeia de transmissão, mas desde 2017 deixou de ser critério para o tratamento adequado da gestante. Buscamos analisar e sintetizar o conhecimento produzido sobre a atenção à saúde de parceiros sexuais de adolescentes com SG no Brasil. Realizamos uma revisão integrativa nas bases de dados BVS, SciELO e PubMed, selecionando artigos que abordavam SG e/ou sífilis congênita (SC) em adolescentes de 15 a 19 anos e que incluíam informações sobre os parceiros sexuais. Quarenta e um artigos foram analisados compreensivamente com auxílio do software WebQDA e classificados em duas categorias: (a) Abordagem dos parceiros sexuais no pré-natal, e (b) Papel dos parceiros sexuais no ciclo de transmissão da SG e da SC. Os estudos evidenciam que a abordagem do parceiro é deficitária, com ausência de dados sobre o perfil sociodemográfico e informações sobre testagem e tratamento. No âmbito da atenção primária à saúde não se encontram estudos que abordem fatores inerentes ao contexto de vulnerabilidade dos parceiros sexuais em relação ao enfrentamento da sífilis.

Palavras-chave Gravidez na adolescência, Sífilis gestacional, Sífilis congênita, Parceiros sexuais, Busca de comunicante

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Av. Prof. Manoel de Abreu 444, Maracanã. 20550-170 Rio de Janeiro RJ Brasil. laurentino.acn@gmail.com

Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*. Sua transmissão ocorre predominantemente por via sexual, sendo considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST), mas também por via vertical, durante a gravidez e parto, causando a sífilis congênita (SC). Apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico, tratamento eficaz, de baixo custo e disponibilizado gratuitamente pelo SUS, continua sendo um desafio para a saúde pública, com elevados níveis de incidência por todo o Brasil¹.

O ciclo da sífilis na gestante apresenta mecanismo análogo à sífilis na população geral, porém, apesar de não representar risco grave à parturiente, a transmissão vertical para o concepto pode levar a desfechos como prematuridade, baixo peso, malformação congênita, abortamento e até óbito fetal e infantil^{2,3}. A gestante deve ser tratada no momento do diagnóstico, independentemente de haver documentação de tratamento prévio. Conforme o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), a gestante deve passar por testagem no primeiro e no terceiro trimestres e no momento do parto, e em caso de o exame ser positivo, o recurso terapêutico para a sífilis gestacional (SG) consiste em administração de benzilpenicilina benzatina⁴.

O registro da SG deve ser anotado no cartão da gestante pelo profissional de saúde no momento do diagnóstico, e notificado às autoridades competentes através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), uma vez que são eventos sentinela, de notificação compulsória, além de poder sinalizar falha no acompanhamento pré-natal^{2,3}. Para que a gestante possa ser considerada adequadamente tratada, o esquema medicamentoso deve estar completo e ter início em até 30 dias antes do parto².

A testagem e diagnóstico dos parceiros sexuais para prevenção de agravos é importante, sendo cruciais a avaliação e o tratamento deles para interromper a cadeia de transmissão da infecção pela sífilis^{2,5}. Porém, desde outubro de 2017, o MS retirou a obrigatoriedade do tratamento dos parceiros sexuais como critério para se considerar o tratamento da gestante adequado⁶.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2022 do MS, em 2021 os casos de SG foram da ordem de 27,1 casos para 100.000 habitantes, totalizando 74.095 notificações, um aumento de 12,5% em relação à taxa analisada no ano anterior⁷. Do total de notificações no Brasil, a região

Sudeste merece destaque por ser a com maiores taxas, tanto em relação à detecção da SG (44,6%) quanto à incidência da SC (43,8%), quando comparada com as demais regiões⁷. Com relação à faixa etária, as mães adolescentes (entre 10-19 anos) representam 20,2% do total de casos de sífilis congênita em 2021⁷, sendo o segundo maior entre os grupos populacionais.

No Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2022⁷ não há qualquer dado a respeito do perfil sociodemográfico ou referente ao tratamento dos parceiros sexuais das gestantes com sífilis, a não ser informações sobre o tratamento “feito”, “não feito” ou “ignorado”, assim como não há registro sobre o acompanhamento desses casos de SG ou que se desdobraram no agravo da SC para seus filhos.

Dessa forma, considerando que o envolvimento dos parceiros sexuais das adolescentes no cuidado à saúde no período gestacional tem se mostrado um dos fatores determinantes do ciclo de transmissão da sífilis, tanto pela atuação como casos-fonte da infecção quanto pela falta de suporte na adesão ao tratamento da SC, buscamos analisar e sintetizar o conhecimento produzido sobre a atenção à saúde de parceiros sexuais de gestantes adolescentes com SG em estudos empíricos realizados no Brasil e disponíveis na literatura.

Método

Realizou-se uma revisão integrativa de artigos seguindo duas etapas, de acordo com a proposta de Taquette e Borges⁸. A pesquisa dos textos para a revisão ocorreu nas bases de dados BVS, SciELO e PubMed, e considerou os estudos publicados no período de 2011 a 2021, utilizando duas chaves de busca (Quadro 1) em cada base, sendo a primeira a partir do descritor “Sífilis Gestacional” e a segunda “Sífilis Congênita”, com os operadores de busca “AND” e “OR” combinados da seguinte forma com os descritores: *Chave de Busca* AND gravidez na adolescência; OR cuidado pré-natal; OR parceiros sexuais; OR masculinidade; OR papel de gênero; OR notificação de doenças; OR busca de comunicante.

Para a triagem inicial foram utilizados os filtros: texto completo; idioma português; publicação nos últimos dez anos. Com a primeira chave de busca (SG) e suas combinações com as palavras-chave e os filtros citados foi possível encontrar 820 artigos (97 na BVS, 23 na SciELO e 700 na PubMed), e com a segunda chave de busca

Quadro 1. Palavras-chave para busca de revisão bibliográfica.

Chave de busca 1		Chave de busca 2	
Sífilis congênita	AND	Sífilis gestacional	AND
Gravidez na adolescência	OR	Gravidez na adolescência	OR
Cuidado pré-natal	OR	Cuidado Pré-natal	OR
Parceiros sexuais	OR	Parceiros sexuais	OR
Masculinidade	OR	Masculinidade	OR
Papel de gênero	OR	Papel de gênero	OR
Notificação de doenças	OR	Notificação de doenças	OR
Busca de comunicante	OR	Busca de comunicante	OR

Fonte: Autores.

(SC) e as respectivas combinações foram encontrados 1.069 (302 na BVS, 67 na SciELO e 700 na PubMed), totalizando 1.889 títulos considerando a somatória das duas chaves de busca. Foram excluídos da revisão os estudos sem resumo na base de dados ou incompletos, aqueles que estavam duplicados nas diferentes bases de dados, sendo contados apenas uma vez, e aqueles que, apesar de publicados no período citado, tiveram os dados coletados em período de um ano anterior ao início do período da revisão, restando assim 237 artigos selecionados.

A análise desses artigos selecionados teve como critério de inclusão estudos que abordavam SG e/ou SC em adolescentes de 15 a 19 anos; que incluíam referência ao tratamento dos parceiros sexuais dessas adolescentes; e que tinham as adolescentes brasileiras entre seus públicos-alvo.

Na primeira etapa foi feita a leitura flutuante de títulos, resumos e palavras-chave, buscando pertinência à temática, e a segunda etapa consistiu na leitura exaustiva dos artigos, identificando as informações de interesse da pesquisa. Nessa segunda etapa, cada artigo foi lido e avaliado por dois pesquisadores, e havendo discrepância entre eles, um terceiro pesquisador procedia à seleção. As informações consideradas pertinentes foram transcritas para formulário elaborado pelos autores para auxiliar na análise qualitativa dos estudos considerados elegíveis.

Após leitura dos 237 trabalhos selecionados, foram considerados elegíveis 57 artigos, e desses, após leitura aprofundada, 16 foram eliminados por não se enquadrarem nos objetivos desta revisão. O fluxograma do processo de seleção dos textos encontra-se na Figura 1.

Os 41 artigos incluídos foram analisados com apoio do *software* de análise qualitativa de dados WebQDA⁹ (<https://www.webqda.net/>). Foi realizada análise compreensiva dos dados textuais, buscando identificar temas convergentes e posterior categorização. Após essa etapa, realizamos a discussão com a literatura pertinente e uma síntese interpretativa¹⁰. Incluímos nas referências mais 14 textos utilizados na introdução e na discussão dos dados coletados na revisão.

Embora o termo “parcerias sexuais” seja mais adequado, por englobar a diversidade sexual das relações entre os indivíduos e combater a cisheteronormatividade, não o utilizamos devido à predominância da transmissão da sífilis em relações heterossexuais e à ausência de dados no que diz respeito a parcerias homoafetivas.

Resultados e discussão

Dos 41 estudos analisados, quatro foram realizados na região Centro-Oeste¹¹⁻¹⁴, cinco na região Norte¹⁵⁻¹⁹, 12 na região Nordeste²⁰⁻³¹, oito na região Sudeste³²⁻³⁹, 11 na região Sul⁴⁰⁻⁵⁰ e uma revisão sistemática⁵¹ de estudos nacionais e internacionais. A maioria é de natureza quantitativa.

Ao analisarmos esses artigos, percebemos que nenhum deles apresentava informações detalhadas ou aprofundadas a respeito dos parceiros sexuais das gestantes ou do progenitor dos neonatos diagnosticados com sífilis. Vinte e três não apresentavam informações a respeito dos parceiros sexuais, como as características sociodemográficas, ou não traziam dados sobre o tratamento e por que foram ou não tratados de maneira adequada ou inadequada, da estratégia de abordagem, além da notificação dos casos e do papel da atenção primária e do atendimento pré-natal no tratamento^{12,15-22,24-26,32,33,35,36,38,39,42,45,47,48,50}.

Os demais 18 artigos abordavam a questão dos parceiros sexuais de forma superficial e insuficiente, trazendo apenas informações sobre a adesão ao tratamento (não realizou, realizou, não informado, realizou tratamento incompleto), explorando pouco o papel deles no ciclo de transmissão da SG e da SC. Os dados apresentados limitavam-se à problemática do tratamento inadequado, porém majoritariamente sem abordar os motivos para tal, as características sociodemográficas dos parceiros e o papel da atenção primária nesse processo^{11,13,14,23,27-31,33,34,37,40,41,43,44,46,51}.

Após a leitura e análise dos artigos revisados, estes foram classificados em duas categorias, sendo: (a) Abordagem dos parceiros sexuais no pré-

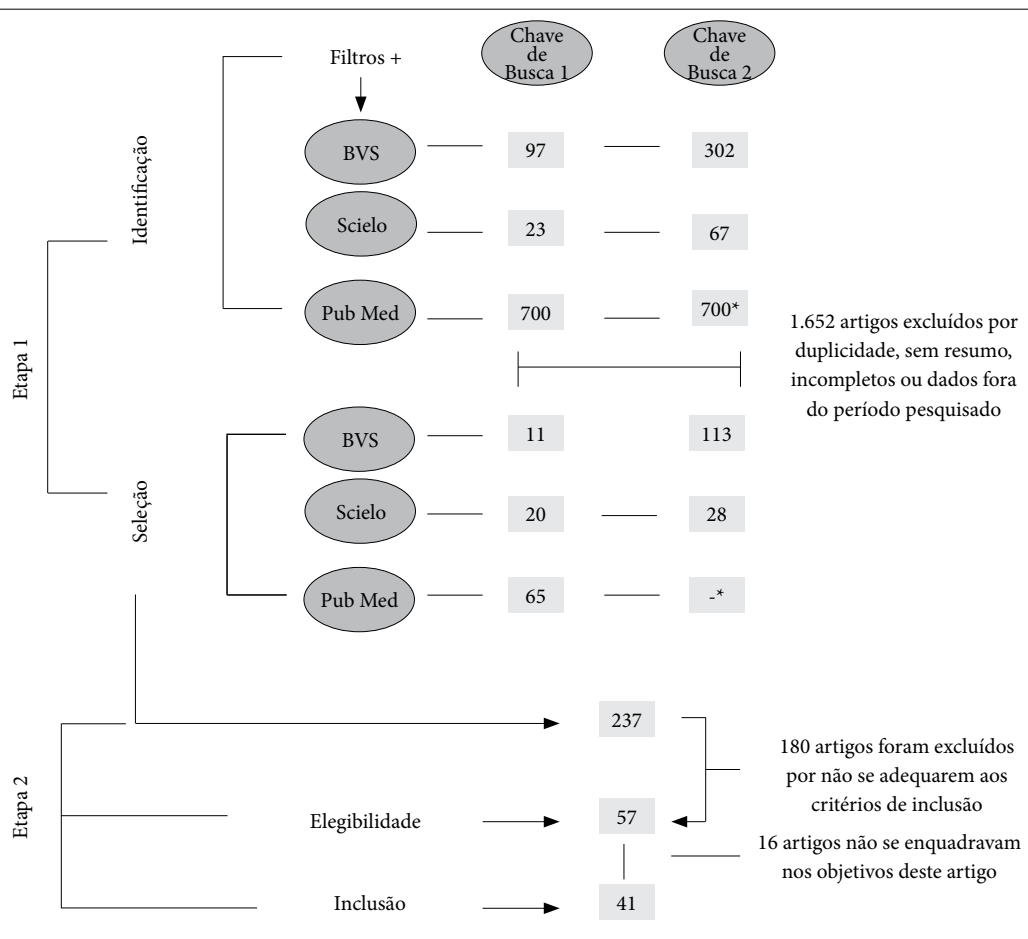


Figura 1. Fluxograma do processo de pesquisa e seleção dos artigos.

Fonte: Autores.

natal, que se refere ao aconselhamento sexual, ao tratamento e ao acompanhamento dos parceiros; e (b) Papel dos parceiros sexuais no ciclo de transmissão da SG e da SC, que se refere à influência ou como os parceiros sexuais são descritos em relação ao ciclo de transmissão e tratamento da SG e SC. A categoria (a) é composta por 34 artigos, e a categoria (b) por 15 artigos, com oito presentes em ambas as categorias. Os artigos analisados são apresentados nos quadros 2 e 3, distribuídos de acordo com autoria, ano, tipo e local de estudo, objetivo, público estudado/amostra e resultados/conclusões.

a) Abordagem dos parceiros sexuais no pré-natal

Nesta categoria, o acesso aos serviços e políticas públicas de saúde é percebido a partir do

olhar sobre as etapas de abordagem, aconselhamento, tratamento e acompanhamento, evidenciando as lacunas e os riscos muitas vezes envolvidos na abordagem dos parceiros sexuais na ocasião do diagnóstico de SG e/ou SC em mulheres adolescentes. O Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde⁵, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é uma ferramenta capaz de romper barreiras de construções sociais de gênero por meio da abordagem e inclusão do pai e/ou parceria sexual da gestante em todo o processo de gestação, caso ela deseje isso.

Cabe à atenção primária estimular a participação desse pai e/ou parceiro no acompanhamento pré-natal da gestante, e o Guia do Pré-Natal apresenta uma lista de cinco passos para a condução desse processo, sendo eles, respectivamente: exercer o primeiro contato com postura acolhedora; solicitar testes rápidos e exames de

Quadro 2. Artigos incluídos na categoria (a); “Abordagem dos parceiros sexuais no pré-natal”.

Autor/ano/desenho e local do estudo	Objetivo	Público e amostra	Resultados/conclusões
Amorim <i>et al.</i> (2021); estudo ecológico; Minas Gerais.	Analisar a tendência das notificações de SG e SC.	20.348 casos de SG e 11.173 de SC.	As taxas de incidência de SG e SC apresentaram tendências crescentes, o que pode relacionar-se ao tratamento inadequado ou não realizado de SG.
Silva <i>et al.</i> (2021); estudo transversal; Paraná.	Analisar a incidência de SC e a transmissão vertical.	308 gestantes 149 crianças com sífilis	Verificou-se que a acessibilidade das mulheres ao pré-natal não garantiu a qualidade da assistência prestada.
Roehrs <i>et al.</i> (2021); quantitativo; Santa Catarina.	Estimar a prevalência de SG e fatores associados.	212 gestantes.	A alta taxa de tratamentos inadequados indica necessidade de novas estratégias de controle da SG.
Lobato <i>et al.</i> (2021); quanti/qualitativo; Amapá.	Analisar a situação do tratamento inadequado da SC.	61 casos SC; 8 enfermeiros da Aten. Bas.	Evidenciou-se a fragilidade no tratamento da SC, com um alto índice de tratamento inadequado.
Rigo <i>et al.</i> (2021); caso-controle; Minas Gerais.	Investigar informações às gestantes sobre sífilis e sua associação com o diagnóstico de SC.	70 mães no grupo caso e 120 mães no grupo controle.	As mães do grupo caso apresentavam menor escolaridade e tiveram 24 vezes mais chances de ter informações sobre SC e cinco vezes mais chances de ter recebido tratamento anterior para sífilis, e as mães do grupo controle tiveram 10 vezes mais chances de receber informações sobre as IST no pré-natal.
Lucena <i>et al.</i> (2021); estudo transversal; Alagoas.	Descrever panorama da SC.	2.115 casos de SC e 408 casos de SG.	A maioria das mães foi diagnosticada no parto ou curetagem e não realizou tratamento. A maioria das crianças foi diagnosticada com SC recente.
Silva <i>et al.</i> (2021); estudo transversal; Maranhão.	Analisar dados sociodemográficos e reprodutivos do pré-natal de mulheres SG.	151 casos de SG.	41% das entrevistadas e 40,4% dos parceiros foram considerados adequadamente tratados. O combate à SG necessita de diferentes esferas e capacitação dos profissionais atuantes.
Araújo <i>et al.</i> (2020); estudo descritivo exploratório; Rio Grande do Norte.	Identificar adesão aos testes rápidos para IST no pré-natal e a administração da penicilina.	18 municípios, 94 UBS e 100 equipes ESF.	93% das equipes ofereciam testes na rotina do serviço, sendo 97,8% no pré-natal, e 57% ofereciam aos parceiros(as) sexuais. A penicilina estava disponível em 87,1% das equipes, mas 49,5% não a administravam.
Ozelame <i>et al.</i> (2020); estudo transversal; Mato Grosso do Sul.	Analisar a ocorrência de SG e SC à luz da vulnerabilidade.	2.673 casos de SC e 9.526 de SG.	A SG e SC tiveram causas multifatoriais e seu combate deve considerar a vulnerabilidade social, individual e programática da população.
Vescovi <i>et al.</i> (2020); coorte retrospectiva; Santa Catarina.	Estimar a incidência de SC e a tendência temporal dos casos notificados.	2.898 casos de SC.	Houve aumento exponencial dos casos de SC, revelando falha no pré-natal, diagnóstico tardio e tratamento inadequado da gestante e parceiro.
Nonato <i>et al.</i> (2020); estudo transversal; Acre.	Analisar os dados epidemiológicos da população com Sífilis.	5.239 casos de sífilis.	As informações para a prevenção da infecção devem ser intensificadas, principalmente para adolescentes, idosos e populações indígenas.
Heringer <i>et al.</i> (2020); descritivo de série temporal; Rio de Janeiro.	Descrever a distribuição temporal e epidemiológica da SC.	754 casos de SC.	Incidência de SC em jovens, de cor preta, com baixa escolaridade e sem pré-natal. 57,6% das mães tiveram diagnóstico de SG no pré-natal. O tratamento foi inadequado em 87,7% delas e só 12,2% dos parceiros foram tratados.

continua

rotina; vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada; trabalhar com temas voltados para o público masculino; e incentivar a participação ativa do pré-parto, parto, puerpério e cuidados com a criança.

O referido Guia⁵, ao tratar sobre o diagnóstico e manejo de eventuais agravos à gestação, re-

vela a importância do aconselhamento do parceiro sexual como um instrumento de educação em saúde acerca da responsabilidade individual com a prevenção e o tratamento desses agravos. Suto *et al.*⁵² trazem a importância de um aconselhamento e tratamento bem executados na ruptura de transmissão das IST, uma vez que proporcio-

Quadro 2. Artigos incluídos na categoria (a); “Abordagem dos parceiros sexuais no pré-natal”.

Autor/ano/desenho e local do estudo	Objetivo	Público e amostra	Resultados/conclusões
Silva <i>et al.</i> (2020); estudo transversal; Tocantins.	Descrever o perfil epidemiológico da SC.	1.029 casos notificados de SC.	Houve aumento de 216,1% da SC, com maiores taxas no centro e norte do estado. A maioria das mães tinha de 15 a 24 anos, ensino fundamental, e assistência pré-natal inadequada.
Costa <i>et al.</i> (2020); estudo ecológico; Pará.	Analisar a tendência temporal da SC e sua distribuição espacial	5.949 casos de SC.	Houve tendência crescente contínua de SC e expansão territorial. Os resultados sugerem ineficácia do acompanhamento pré-natal.
Dias <i>et al.</i> (2019); Revisão sistemática.	Apresentar os resultados para o enfrentamento da SC na APS.	20 artigos	Identificação de quatro ações para a redução e enfrentamento da SC com potencial para apoiar a construção de políticas de saúde na APS.
Maraschin <i>et al.</i> (2019); estudo transversal; Paraná.	Conhecer o perfil de SG e SC notificados	114 casos de SG e 114 de SC	65,78% da SG foi diagnosticada no pré-natal, com 57,90% de tratamento inadequado, 75,43% dos parceiros não foram tratados.
Conceição <i>et al.</i> (2019); estudo ecológico; Maranhão.	Analisar o perfil epidemiológico e a distribuição espacial de SG e SC.	149 casos de SG	Crescimento de 73% no período. As maiores prevalências ocorreram em mulheres jovens, pardas, com baixa escolaridade e donas de casa. Revelou-se frágil o manejo de investigação.
Favero <i>et al.</i> (2019); estudo transversal; Paraná.	Traçar o perfil dos casos de SC e SG notificados, suas relações clínicas e sociodemográficas	120 casos de SG e 103 de SC.	Os fatores associados à SC sugerem falhas na assistência pré-natal, especialmente no tratamento inadequado das gestantes e seus parceiros.
Santos <i>et al.</i> (2019); estudo transversal; Piauí.	Analisar o perfil dos casos de SG.	75 casos de SG.	Prevalência de SG em mulheres de 20 a 29 anos com ensino fundamental incompleto. Somente 32% dos parceiros realizaram tratamento.
Silva <i>et al.</i> (2019); estudo transversal; Pernambuco.	Descrever o perfil dos casos de SC.	57 casos de SC.	Há uma baixa efetividade do pré-natal na prevenção à SC. Apenas 35,08% dos diagnósticos de SG ocorram no pré-natal.
Jesus <i>et al.</i> (2019); estudo transversal; São Paulo.	Caracterizar o perfil da SG e da SC.	32 casos de SG e 06 casos de SC.	Há predominância da SG em mulheres jovens, com nenhum e algum grau de escolaridade. A SC é quase seis vezes superior à meta do MS.
Maschio-Lima <i>et al.</i> (2019); estudo ecológico; São Paulo.	Conhecer o perfil da SC e SG.	396 casos de SG e 290 casos de SC.	Na SG, 97% dos casos com tratamento adequado, e 52% dos parceiros tratados. Na SC, 82% das mães, 94% foram tratadas inadequadamente e 82% dos parceiros não realizaram o tratamento.
Bertusso <i>et al.</i> (2018); estudo transversal; Paraná	Estimar SG em um hospital universitário.	121 casos de SG.	O tratamento foi inadequado em 68,7% das gestantes e 14,9% dos recém-nascidos foram notificados com SC.

continua

nam ao indivíduo a avaliação e o entendimento dos riscos. Entretanto, a realidade dos elevados índices de SC no Brasil evidencia a falha na atenção primária na promoção desses passos do pré-natal dos parceiros, o que resulta na falta de quebra do ciclo de transmissão vertical da sífilis.

Sabe-se que a falha na abordagem e no aconselhamento dos parceiros sexuais das gestantes passa por desafios tanto na assistência quanto referentes ao indivíduo. Domingues *et al.*³⁸ mostram que as recomendações acerca de temas cul-

turalmente considerados sensíveis, como IST, sexualidade e uso de preservativos, são capazes de atuar como barreira para sua própria adoção, uma vez que podem ser vistas como constrangedoras tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos usuários do sistema.

Nesse sentido, o Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde⁵ indica como essencial uma preparação da equipe/serviço para compreender a subjetividade dos usuários de forma a desenvolver uma melhor abordagem

Quadro 2. Artigos incluídos na categoria (a); “Abordagem dos parceiros sexuais no pré-natal”.

Autor/ano/desenho e local do estudo	Objetivo	Público e amostra	Resultados/conclusões
Cunha <i>et al.</i> (2018); estudo transversal; Santa Catarina.	Conhecer a prevalência de SG em uma maternidade.	69 casos de SG.	A maioria dos casos de SG foi em jovens, brancas, solteiras, multigestas, ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto. Apenas 30,4% dos parceiros receberam tratamento.
Menegazzo <i>et al.</i> (2018); Estudo transversal; Santa Catarina	Determinar a incidência de SC nos últimos 15 anos.	26 casos de SC.	A incidência de SC é elevada, com aumento de 126% nos últimos 15 anos e subnotificação.
Cardoso <i>et al.</i> (2018); estudo transversal; Ceará.	Analisar os casos de SG e os possíveis desfechos.	175 casos de SG.	Mais de 85,0% de SG com tratamentos inadequados e 62,9% dos parceiros não tratados ou com informação ignorada. Predominando a não realização dos exames para a SC.
Silva <i>et al.</i> (2017); estudo transversal; Mato Grosso.	Avaliar o perfil de SC.	153 casos de SC.	A maioria da casos de SG entre 16 e 20 anos, cor parda, 5ª a 8ª séries incompletas, com pré-natal e tratamento inadequado. 56,86% dos parceiros não foram tratados.
Oliveira <i>et al.</i> (2017); estudo transversal; Rio Grande do Sul.	Descrever o perfil dos casos de SC.	752 casos de SC;	Maioria dos casos de SG em jovens, com baixa escolaridade e realização do pré-natal. Mais de 70% das mães com tratamento inadequado. Só 16,1% dos parceiros foram tratados.
Cavalcante <i>et al.</i> (2017); estudo transversal; Tocantins.	Descrever o perfil dos casos de SG e SC.	171 casos de SG e 204 de SC.	Predomínio de gestantes pardas, com baixa escolaridade, diagnóstico tardio no pré-natal, idade de 20-34 anos, ensino médio completo, diagnóstico no pré-natal e parceiros não tratados.
Barbosa <i>et al.</i> (2017); estudo transversal; Piauí.	Traçar o perfil dos casos de SG.	388 casos de SG e 193 casos de SC.	Gestantes com 20 a 39 anos e ensino fundamental incompletos. 40,4% obtiveram diagnóstico de SG no pré-natal e em 22,3% houve tratamento do parceiro.
Nonato <i>et al.</i> (2015); estudo transversal; Minas Gerais.	Estimar incidência e fatores associados à SC.	353 casos de SG.	A incidência de SC sugere falhas na assistência pré-natal e indica necessidade de novas estratégias para reduzir a transmissão vertical.
França <i>et al.</i> (2015); estudo transversal; Paraíba.	Analisar fatores associados à notificação da SC.	113 casos de SC	64,5% das gestantes tiveram tratamento inadequado e o parceiro não foi tratado em 85,7% dos casos.
Rezende <i>et al.</i> (2015); estudo transversal; Goiás.	Analisar a SC como indicador da assistência de pré-natal.	3.382 casos de SG e 296 casos de SC.	A análise evidencia falhas no pré-natal e nas ações de vigilância em saúde, devido ao tratamento inadequado à gestante, a parceiros não tratados e à subnotificação.
Domingues <i>et al.</i> (2013); estudo transversal; Rio de Janeiro.	Avaliar barreiras assistenciais da SG.	102 profissionais.	O acesso ao conteúdo dos protocolos por treinamentos e manuais técnicos mostraram efeito discreto na melhoria das condutas assistenciais.

Fonte: Autores, a partir de dados de BVS, SciELO e PubMed.

de aconselhamento sobre os riscos e estimular mudanças de valores e práticas. A partir de uma equipe bem-preparada, portanto, é possível efetuar uma orientação aos pais/parceiros sexuais das gestantes com sífilis de modo a envolvê-los no cuidado do binômio gestante-feto e evitar eventuais agravos.

Quanto aos dados do tratamento da SG, o Guia de Referência Rápida de Atenção ao Pré-Natal: rotinas para gestantes de risco habitual de

2019³³, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, ressalta o dever da equipe de anotar no prontuário e no cartão de pré-natal da gestante os dados referentes ao seu tratamento, incluindo as datas em que as medicações foram administradas e o seguimento sorológico pós-tratamento, com a justificativa de que esses registros são importantes para avaliar, na maternidade, a indicação de tratamento e notificação da SC.

Quadro 3. Artigos incluídos na categoria (b); “O papel dos parceiros sexuais no ciclo de transmissão da SG e da SC”.

Autor, ano, desenho e local do estudo	Objetivo do estudo	Público estudado e amostra	Resultados/conclusões
Oliveira <i>et al.</i> (2021); estudo transversal; Goiás.	Analisar notificações da SG.	7.774 casos de SG.	Houve aumento no número de notificações de sífilis latente em gestantes, no tratamento e na completude dos dados da ficha de notificação.
Soares <i>et al.</i> (2021); estudo ecológico; Bahia.	Descrever completude e características das notificações de SC e SG.	15.050 casos SG e 7.812 de SC.	Houve aumento nas taxas de incidência, falha no preenchimento das notificações e necessidade de implementação de uma rotina de avaliação da qualidade das informações.
Amorim <i>et al.</i> (2021); estudo ecológico; Minas Gerais.	Analisar a tendência das notificações de SG e SC.	20.348 casos de SG e 11.173 de SC.	As taxas de incidência de SG e SC apresentaram tendências crescentes, o que pode se relacionar ao tratamento inadequado ou não realizado de SG.
Silva <i>et al.</i> (2021); estudo transversal; Paraná.	Analisar a incidência de SC e a transmissão vertical.	308 gestantes 149 crianças com sífilis	Verificou-se que a acessibilidade das mulheres ao pré-natal não garantiu a qualidade da assistência prestada.
Ozelame <i>et al.</i> (2020); estudo transversal; Mato Grosso do Sul.	Analisar a ocorrência de SG e SC à luz da vulnerabilidade.	2.673 casos de SC e 9.526 de SG.	A SG e a SC tiveram causas multifatoriais e seu combate deve considerar a vulnerabilidade social, individual e programática da população.
Bertusso <i>et al.</i> (2018); estudo transversal; Paraná.	Estimar SG em um hospital universitário.	121 casos de SG.	O tratamento foi inadequado em 68,7% das gestantes e 14,9% dos recém-nascidos foram notificados com SC.
Menegazzo <i>et al.</i> (2018); estudo transversal; Santa Catarina.	Determinar a incidência de SC nos últimos 15 anos.	26 casos de SC.	A incidência de SC é elevada, com aumento de 126% nos últimos 15 anos e subnotificação.
Cardoso <i>et al.</i> (2018); estudo transversal; Ceará.	Analisar os casos de SG e os possíveis desfechos.	175 casos de SG.	Mais de 85,0% de SG com tratamentos inadequados e 62,9% dos parceiros não tratados ou com informação ignorada. Predominando a não realização dos exames para a SC.
Trevisan <i>et al.</i> (2018); estudo transversal; Paraná.	Identificar a prevalência de SG e SC.	39 casos de SG e 8 de SC.	Necessidade do comprometimento dos profissionais de saúde para garantir a qualidade das notificações e as estratégias de educação, prevenção, detecção e tratamento precoce.
Lima <i>et al.</i> (2017); estudo transversal; Ceará.	Analisar o perfil dos casos de SC.	119 casos de SC.	62,1% dos diagnósticos de SG durante no pré-natal, sendo 6,7% com tratamento adequado. 79,9% dos parceiros não realizaram tratamento. Há aceleração da incidência de SC.
Soares <i>et al.</i> (2017); estudo transversal; Paraná.	Descrever a ocorrência de SG e SC.	40 casos de SG e 12 de SC.	A SG teve predomínio em mulheres entre 20 e 34 anos e com mais de 8 anos de estudo. 67,5% foram tratadas e 52,5% dos parceiros não foram.
Lafetá <i>et al.</i> (2016); estudo transversal; Minas Gerais.	Identificar e descrever casos de SC e SG não notificados.	93 casos de SG e 54 de SC.	33,3% das gestantes não receberam tratamento e a totalidade foi considerada inadequadamente tratada. 98% dos parceiros não tratados.
Nonato <i>et al.</i> (2015); estudo transversal; Minas Gerais.	Estimar incidência e fatores associados à SC.	353 casos de SG.	A incidência de SC sugere falhas na assistência pré-natal e indica necessidade de novas estratégias para reduzir a transmissão vertical.
Rezende <i>et al.</i> (2015); estudo transversal; Goiás.	Analisar a SC como indicador da assistência de pré-natal.	3.382 casos de SG e 296 de SC.	A análise evidencia falhas no pré-natal e nas ações de vigilância em saúde, devido ao tratamento inadequado à gestante, a parceiros não tratados e à subnotificação.
Costa <i>et al.</i> (2013); estudo transversal; Ceará.	Avaliar a incidência da SC, e descrever o perfil das gestantes cujos recém-nascidos tiveram SC.	2.930 casos de SC.	O tratamento inadequado das gestantes e a falta de tratamento dos parceiros são realidade no CE. O aumento da SC nos últimos 10 anos ressalta a necessidade de ações para seu controle.

Fonte: Autores, a partir de dados da BVS, SciELO e PubMed.

O estudo de Roehrs *et al.*⁴¹ mostrou que, entre os casos de gestantes consideradas como adequadamente tratadas, não havia informação no prontuário acerca da terapêutica utilizada nos parceiros em 17,4% dos casos, e paralelamente, entre os casos de gestantes consideradas inadequadamente tratadas, a ausência de informações sobre seus parceiros no prontuário ocorreu em 60,2% dos casos. O trabalho de Nonato *et al.*³⁷ também revelou a falha de registro dos dados de tratamento do binômio gestante-parceiro ao relatar que, para 28% das gestantes e 81,1% dos parceiros, não havia informações no prontuário eletrônico a respeito da administração de qualquer dose de penicilina.

Essa falha também é observada no processo de notificação dos casos de SC, como revelado por Ozelame *et al.*¹¹, mostrando que em 25,7% das notificações de SC a informação sobre o tratamento dos parceiros foi ignorada nas fichas. Verifica-se assim que, apesar da necessidade de registro dos dados quanto ao tratamento da sífilis em gestantes ser destacada nos protocolos de assistência, não há o mesmo destaque em relação ao registro do tratamento dos parceiros sexuais dessas gestantes, o que se associa justamente à ausência da assistência em identificar, tratar e notificar esses parceiros com o objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a incidência de SC.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais⁴, o tratamento dos parceiros sexuais não é considerado item epidemiológico para caracterizar casos de SC, porém é de extrema importância, pois quando o tratamento desses não é feito ou ocorre de maneira inadequada, aumentam as chances de reinfecção e a cadeia de transmissão da sífilis não é interrompida. Além disso, de acordo com Lucena *et al.*²⁰, quando ocorre o sexo desprotegido entre a gestante e o parceiro infectado, as chances de infecção por SC aumentam em até cinco vezes.

Roehrs *et al.*⁴¹ consideram que o rastreamento do parceiro, bem como seu tratamento, são importantes métodos de controle da sífilis na população. Entretanto, estimam que apenas 12% deles recebam tratamento adequado no Brasil. Esse dado pode indicar uma fragilidade do sistema de saúde. Entre as dificuldades para realização do tratamento efetivo dos parceiros está a deficiência no registro do tratamento dos parceiros nos prontuários das gestantes e nas fichas de notificação de SC. É função da atenção primária à saúde, a partir do momento da descoberta da gravidez,

ofertar à gestante e aos parceiros testes rápidos de sífilis e HIV, além de acolhimento humanizado e aconselhamento⁵.

O pré-natal é de vital importância, uma vez que é o momento de maior proximidade entre a gestante, seu parceiro e a equipe de saúde¹⁹. Assim, a atenção básica tem um importante papel no ciclo de transmissão e combate à sífilis. É a porta de entrada para a atenção em saúde e atua identificando, acolhendo, notificando e tratando adequadamente tanto a gestante quanto seu parceiro, além de ter papel epidemiológico essencial no combate à transmissão de sífilis¹².

b) Papel dos parceiros no ciclo de transmissão da SG e da SC

Nesta categoria, discutem-se as contribuições dos artigos no que diz respeito ao papel dos parceiros sexuais na manutenção das altas taxas de SG e SC no Brasil. Verifica-se ausência de dados sociodemográficos sobre os mesmos e a superficialidade da abordagem do tema pelos estudos. Estes se limitam a apresentar se o parceiro foi ou não tratado, por meio de dados obtidos pela ficha de notificação compulsória do SINAN. Esses números são alarmantes, na medida em que demonstram um baixo percentual de parceiros tratados, o que evidencia falha do sistema de saúde em captar e vincular esses contactantes.

Todos os estudos reconhecem a necessidade de testagem para sífilis, diagnóstico e tratamento oportuno não só da gestante, mas de seus parceiros sexuais, durante o pré-natal, além de pontuarem a importância de se estabelecer estratégias para melhorar a adesão deles ao cuidado em saúde, com incentivo à promoção de saúde e à prevenção de doenças e maior vinculação às unidades de APS^{11,14,26,30,37,54}. No entanto, a forma como as dificuldades próprias dessa situação são discutidas nos artigos é extremamente superficial e desconsidera um debate mais aprofundado sobre iniquidades sociais e marcadores sociais de geração, raça, classe social, gênero e sexualidade⁵⁵.

Parte da literatura que menciona os parceiros sexuais para além do aspecto quantitativo elenca alguns dos motivos para o não tratamento do parceiro, um dado também obtido pela ficha do SINAN. Destacam-se como principais motivos: a baixa adesão aos serviços de saúde em virtude de questões trabalhistas; a não indicação do tratamento pelo serviço de saúde; a ausência de unidade de referência; o desconhecimento sobre a doença; a ausência de contato posterior com a gestante; e falta de sorologia reagente. Outras

barreiras são citadas, como a baixa capacidade dos profissionais para identificar e/ou conduzir um plano terapêutico singular, dificuldade de criação de vínculo e atendimento voltado ao binômio mãe-bebê^{14,30,31,50}.

Cesaro *et al.*⁵⁵, ao analisarem as subjetividades masculinas no contexto das práticas de saúde, criticam a atual centralidade das políticas públicas na díade mãe-bebê e ressaltam a invisibilização de determinadas masculinidades enquanto sujeitos dotados de direitos. Dessa forma, defendem que a suposta dificuldade dos homens de cuidar da própria saúde ultrapassa a dificuldade de vinculação dos usuários aos serviços e ações de saúde. Por trás disso, há iniquidades sociais forjadas por marcadores sociais de geração, raça, classe social, gênero e sexualidade que se sobrepõem de forma a produzir experiências substantivamente diferentes.

Considerações finais

Os estudos revisados evidenciam que há ausência de dados significativos sobre os parceiros sexuais de adolescentes com SG e seus filhos com SC, sejam eles sociodemográficos ou a respeito de abordagem diagnóstica ou terapêutica da sífilis, assim como não se encontram no Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2022⁷. Embora tanto o MS quanto estudos sobre SG e SC apontem a importância do tratamento dos parceiros sexuais, não observamos nos artigos revisados qualquer

proposição de políticas públicas no sentido de enfrentar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento, o não comparecimento à unidade de saúde quando convocados ou o tratamento inadequado dos homens.

No âmbito da APS não foram encontrados estudos que abordassem fatores inerentes ao contexto de vulnerabilidade dos indivíduos no enfrentamento da sífilis, o que corrobora a necessidade de maior produção científica no que diz respeito às relações sociais, de gênero e raciais que determinam essa realidade.

Partindo de uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença e entendendo os sistemas de opressão que estruturam a nossa sociedade, a interseccionalidade pode ser ferramenta útil para essa análise, que precisa ir além da aceitação rasa do senso comum de que homens têm mais dificuldade de cuidar da própria saúde, em geral acessando os serviços somente em situações mais graves.

Ressaltamos que esta revisão é limitada a estudos brasileiros com a população de gestantes adolescentes. Contudo, a partir desses dados é possível traçar estratégias para que se enfrente os desafios do acesso ao diagnóstico e ao tratamento dos parceiros sexuais das mães adolescentes com SG e seus filhos com SC, designando aos mesmos um papel mais ativo na ruptura do ciclo de transmissão e reinfecção da sífilis. Talvez a ausência no cuidado e tratamento dos parceiros sexuais seja a peça central para reduzir os altos índices de incidência da SG e da SC no Brasil.

Colaboradores

Todos os autores participaram efetivamente da concepção do estudo, da elaboração e revisão final do manuscrito. Os autores ACN Laurentino, BA Ramos, CS Lira e IF Lessa participaram da coleta e análise dos dados.

Agradecimentos

Às integrantes da equipe do Projeto de Pesquisa “Tendências da sífilis gestacional em adolescentes e história natural da sífilis congênita em seus filhos no município do Rio de Janeiro – 2011 a 2020”, dra. Luciana Borges e dra. Paula Florence Sampaio, professoras da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, e a Hanna Diniz e Marianne Moraes, pós-graduandas em Ciências Médicas na UERJ, pelas contribuições nos debates sobre os resultados e no andamento deste artigo.

Financiamento

Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Editais FAPERJ nº: E-26/202.657/2021 (Bolsa TCT-5); E-26/202.017/2021 (Bolsa IC); E-26/200.908/2021 (CNE).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual técnico para o diagnóstico da sífilis [Internet]. 2021. [acessado 2023 fev 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília: MS; 2022.
3. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. *Ciclos de vida, atenção primária à saúde: guia rápido pré-natal*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2022.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília: MS; 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde*. Brasília: MS; 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS [Internet]. [acessado 2023 fev 1]. 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Boletim Epidemiológico de Sífilis 2022 [Internet]. 2022. [acessado 2023 mar 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>
8. Taquette SR, Borges L. *Pesquisa qualitativa para todos*. Petrópolis: Editora Vozes; 2021.
9. Sousa FN, Costa AP, Moreira A. *webQDA*. Aveiro: Microio/Ludomedia; 2019.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2010.
11. Ozelame JEEP, Frota OP, Ferreira Júnior MA, Teston EF. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. *Rev Enferm UERJ* 2020; 28:e50487.
12. Silva LCVG, Teodoro CJ, Silva JK, Santos DAS, Olinda RA. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. *J Health NPEPS* 2017; 2(2):380-390.
13. Rezende EMA, Barbosa NB. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. *Rev APS UFJF* 2015; 18(2):220-232.
14. Oliveira IM, Oliveira RPB, Alves RRF. Diagnosis, treatment, and notification of syphilis during pregnancy in the state of Goiás, Brazil, between 2007 and 2017. *Rev Saude Pública* 2021; 55:68.
15. Lobato PCT, Aguiar FESS, Mata NDS, Prudêncio LS, Nascimento RO, Braga KHM, Nemer CRB, Menezes RAO. Sífilis congênita na Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento. *Rev Enferm*; 15(1):1-19.
16. Nonato OCDS, Martins RB, Sussuarana SBS, Costa LLMA. Overview of syphilis in a northern Brazilian city from 2013 to 2017. *Rev Epidemiol Controle Infecção* 2020; 10(1):52-58.

17. Silva MJN, Barreto FR, Costa MCN, Carvalho MSI, Teixeira MG. Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007-2015. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29(2):e2018477.
18. Costa BAG, Santos DF, Hayase KAS, Santos MMQ, Naiff GRO, Botelho EP. Sífilis congênita em região da Amazônia brasileira: análise temporal e espacial. *Rev Eletr Enferm* 2020; 22:62349.
19. Cavalcante PA M, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(2):255-264.
20. Lucena KNC, Santos AAP, Rodrigues STC, Ferreira ALC, Silva EMP, Vieira MJO. The epidemiological panorama of congenital syphilis in a northeast capital: strategies for elimination. *Rev Pesqui Univ Fed Estado Rio J* 2021; 13:730-736.
21. Silva NP, Carvalho KS, Zolinda K, Chaves C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro Gestational syphilis in a public maternity hospital in Brazilian Northeast region countryside [Internet]. *FEMINA*. 2021; 49(1):58-64.
22. Araújo TCV, Souza MB. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. *Rev Esc Enferm USP* 2020;54:e03645.
23. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saude Debate* 2019; 43(123):1145-1158.
24. Santos VF, Albuquerque ACD, Lages CM, Pereira LC, Cunha KJB, Silva DP. Perfil epidemiológico de casos de sífilis em gestantes em uma maternidade pública. *Cult Cuid* 2019; 23(54):396.
25. Silva IMD, Leal EMM, Pacheco HF, Junior JGS, Silva FS. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. *Rev Enferm UFPE* 2019; 13(3):604-613.
26. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MDS, Frota MA, Melo SPD. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet* 2018; 23(2):563-574.
27. Barbosa DRM, Almeida MG, Silva AO, Araújo AA, Santos AG. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev Enferm UFPE* 2017; 11(5):1867-1874.
28. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo KEF, Sousa FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Enferm* 2015; 16(3):374-381.
29. Soares MAS, Aquino R. Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(4):e20201148.
30. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J Health Biological Sci* 2017; 5(1):56-61.
31. Costa CCD, Freitas LV, Sousa DMDN, Oliveira LLD, Chagas ACMA, Lopes MVDO, Damasceno AKDC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):152-159.
32. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, Silva TPR. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv de Saude* 2021; 30(4):e2021128.
33. Rigo FL, Romanelli RM de C, Oliveira IP, Anchieta LM. Assistance and educational factors associated to congenital syphilis in a referral maternity: a case-control study. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2021; 21(1):127-137.
34. Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e33.
35. Jesus TBDS, Mafra ALS, Campo VS, Cesarino CB, Bertolin DC, Martins MI. Sífilis em gestante e congênita: casos notificados de um município do Noroeste Paulista. *Nursing (São Paulo)* 2019; 22(250):2766-2771.
36. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2019; 19(4):865-872.
37. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(4):681-694.
38. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1341-1351.
39. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(1):63-74.
40. Silva GM, Silva MAP, Martins DC, Pesce GB, Mendonça RR, Fernandes CAM. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. *Saude Pesqui* 2021; 14(2):369-382.
41. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HHR, Sguarior RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina* 2020; 48(12):753-759.
42. Vescovi JS, Schuelter-Trevisol F. Increase of incidence of congenital syphilis in Santa Catarina state between 2007-2017: temporal trend analysis. *Rev Paul Pediatr* 2020; 38:e2018390.
43. Maraschin MS, Beraldo HS, Anchieta DW, Zack BT. Sífilis materna e sífilis congênita notificadas em um hospital de ensino. *Nursing (São Paulo)* 2019; 22(257):3208-3212.
44. Favero MLDC, Ribas KAW, MCDC, Bonafé SM. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Arch Health Sci* 2019; 26(1):2-8.
45. Bertusso TCG, Obregón PL, Moroni JG, Silva EB, Silva TAAL, Wagner LD, Piazza T. Características de gestantes com sífilis em um hospital universitário do Paraná. *Rev Saude Publica Parana* 2018; 1(2):129-140.
46. Cunha NA, Biscaro A, Madeira K. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina. *Arq Catarinenses Med* 2018; 47(1):82-94.
47. Menegazzo LS, Toldo MKS, Souto AS. A recrudescência da sífilis congênita. *Arq Catarinenses Med* 2018; 47(1):2-10.
48. Oliveira TH, Tietzmann DC, Coelho DF. O perfil epidemiológico da sífilis congênita em uma região de saúde do Rio Grande do Sul, 2015. *Boletim Saude* 2017; 26(2)45-57.

49. Trevisan MG, Bechi S, Teixeira GT, Marchi ADA, Costa LD. Prevalência da sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão. *Rev Espaço Saude* 2018; 19(2):84-96.
50. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VDA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2017; 17(4):781-789.
51. Dias MS, Gaiotto EM, Cunha MR, Nichiata LIY. Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da atenção primária à saúde. *BIS Bol Inst Saude* 2019; 20(2):89-95.
52. Suto CSS, Silva DL, Almeida EDS, Costa LEL, Evangelista TJ. Assistência pré-natal à gestante com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm Atenção Saude* 2016; 5(2):18-33.
53. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coleção Guia de Referência Rápida. Atenção ao Pré-Natal: Rotinas para gestantes de risco habitual [Internet]. 2019. [acessado 2023 fev 2]. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/guia_de_referencia_rapida_atencao_ao_pre-natal__rotinas_para_gestantes_de_risco_habitual__.pdf
54. Rodrigues ARM, Silva MAM, Cavalcante AES, Moreira ACA, Mourão Netto JJ, Goyanna NF. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. *Rev Enferm UFPE* 2016; 10(4):1247-1255.
55. Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e119.

Artigo apresentado em 11/08/2023

Aprovado em 16/11/2023

Versão final apresentada em 18/11/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva