

**ASPECTOS DE GÊNERO RELACIONADOS À ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE SÍFILIS: UMA *SCOPING REVIEW***

**Brunno Henrique Kill Aguiar<sup>1</sup>**

**Juliana de Andrade Passos<sup>2</sup>**

**Mônica Beatriz Ortolan Libardi<sup>3</sup>**

**Resumo**

**Objetivos:** Identificar, na literatura científica em saúde, evidências acerca dos níveis de adesão de homens e mulheres ao tratamento atualmente padronizado para a sífilis, com o intuito de responder à seguinte questão de pesquisa: Existem diferenças nos níveis de adesão ao tratamento da sífilis entre homens e mulheres? **Metodologia:** Estudo de revisão, incluindo a *Scoping Review* para estruturar as questões de pesquisa que envolvem intervenções clínicas. **Resultados:** Existem diferenças concernentes à adesão e ao acesso ao tratamento da sífilis entre homens e mulheres. Há maior adesão e acesso ao tratamento por parte das mulheres, principalmente pelo fato destas terem mais contato com os serviços de saúde e se submeterem mais facilmente a consultas e procedimentos de rotina. **Conclusões:** É de suma importância impulsionar ações de saúde pública, com elaboração de estratégias tanto preventivas quanto assistenciais, voltadas para o controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), mais especificamente da Sífilis, com estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoces, evitando complicações, diminuindo os índices de morbimortalidade e perseguindo a melhoria da saúde sexual da população brasileira.

<sup>1</sup> Mestrando em Ciências para a saúde na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

<sup>2</sup> Mestranda em Ciências para a saúde na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

<sup>3</sup> Mestranda em Ciências para a saúde na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

## 1) INTRODUÇÃO

A sífilis apresenta-se como uma infecção sexualmente transmissível (IST), de cunho sistêmico, curável e de acometimento exclusivo ao ser humano. Foi descoberta em 1905, causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum* (AMARAL, 2012; BRASIL, 2017).

A identificação e classificação das manifestações clínicas dos estágios da sífilis devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde bem como a interpretação dos resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica. Devem ser priorizados a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e parcerias sexuais com sífilis, principalmente, na Atenção Básica (BRASIL, 2017; COOPER, 2016).

O diagnóstico da sífilis exige um apanhado de dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Os exames são divididos em: exames diretos e testes imunológicos. Os exames diretos são aqueles em que, por meio da observação direta em material retirado das lesões primárias ou secundárias ativas, visualiza-se a presença de bactérias gram-negativas. Os testes imunológicos são, os mais utilizados na prática clínica. Dividem-se em treponêmicos (que na maioria das vezes, permanecem reagentes mesmo após o tratamento, pelo resto da vida da pessoa) e os não treponêmicos (importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento) (BRASIL, 2017).

A maior ocorrência de sífilis se dá entre os homens, em todos os anos em que a infecção foi avaliada, apesar que houve aumento do diagnóstico em mulheres. É possível que os estabelecimentos de saúde estejam disponibilizando mais testes aos homens. Porém, se considerarmos que as mulheres costumam buscar mais os serviços de saúde que os homens, estes percentuais são muito assustadores, pois é bem possível que estejam ainda subestimados. (BRASIL, 2006).

O tratamento da sífilis ainda encontra obstáculos ligados ao preconceito e aos valores morais da sociedade, e continua sendo uma infecção com grande incidência no Brasil (ESPÍRITO SANTO, 2008). Nos anos de 2011 a 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) relatou um aumento de 81% para 86% de mulheres infectadas com sífilis que tinham documentação de tratamento adequado, embora ainda estivesse abaixo de sua meta de 95%. Verificou-se que houve acréscimo de 68,2% em 2013, com aumento de 55,7 % nos casos entre os homens (OPAS, 2014).

Quanto ao tratamento clínico, padrão ouro, nos casos de sífilis primária, secundária e latente recente utiliza-se a Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única. Nos casos de sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária o protocolo é o mesmo, porém a dose é aplicada 1 vez na semana, por três semana (BRASIL, 2017).

A penicilina Benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. Embora outros antibióticos (como as tetraciclinas orais e os macrolídeos) tenham sido utilizados para tratamento de sífilis em adultos, estes não são recomendados no período da gestação por causa da toxicidade ao feto, ou por não atravessarem a barreira placentária (BRASIL, 2017).

O protocolo da OMS, para gestante com sífilis latente recente, em situações especiais como o desabastecimento ou em casos de alergia medicamentosa, pode-se utilizar ceftriaxona

Ig, via intramuscular, por dez a 14 dias. Mas será necessário notificar/investigar e tratar a criança para sífilis congênita pois não existem estudos controlados em gestantes que tenham determinado a eficácia da ceftriaxona no tratamento do feto. Para os casos de sífilis tardia ou de duração desconhecida, não existem outras opções terapêuticas na literatura (OPAS, 2014).

Sabe-se que desconhecimento sobre a doença, as formas de prevenção e tratamento são uns dos fatores que se tornam desafio à adesão de homens e mulheres ao tratamento da sífilis. E como a sífilis apresenta sinais e sintomas que passam muitas vezes despercebidos, ela não é vista como uma doença, dificultando então o tratamento e entendimento sobre sua transmissão (Cavalcante, Silva, Rodrigues, Neto, Moreira, Goyanna, 2012).

A escolha do objeto de estudo atribuiu-se à necessidade de compreender a adesão de homens e mulheres ao tratamento diante da contaminação por sífilis, uma IST que está hoje relacionada a grandes problemas de saúde pública no país. O proposto estudo parte da premissa de identificar, na literatura científica em saúde, evidências acerca dos níveis de adesão de homens e mulheres ao tratamento atualmente padronizado para a sífilis, com o intuito de responder à seguinte questão de pesquisa: Existe diferença nos níveis de adesão ao tratamento da sífilis entre homens e mulheres?

## **2) JUSTIFICATIVA**

O interesse pela pesquisa partiu do anseio de interpretar e refletir sobre os elementos atuais relacionados à sífilis e suas consequências para a saúde da mulher e do homem, contribuindo assim para a modificação da realidade além de contribuir para o controle da incidência da doença. Esse tema torna-se importante para a compreensão e modificação da realidade por sua relevância científica diante do nível insuficiente de ações preventivas e profiláticas eficazes contra a sífilis voltados para públicos específicos.

A prevenção de novos casos de sífilis deve apresentar como tática a informação para a população geral sobre a doença e as formas de evitá-la. É importante o aconselhamento ao paciente procurando mostrar a necessidade da comunicação ao parceiro. A requalificação constante e continuada das equipes de saúde integra esse conjunto de medidas para prevenção e controle da sífilis (BRASIL, 2017).

## **3) OBJETIVOS**

### **3.1. Geral**

- Identificar, na literatura científica em saúde, evidências acerca dos níveis de adesão de homens e mulheres ao tratamento atualmente padronizado para a sífilis, com o intuito de responder à seguinte questão de pesquisa: *Existem diferenças nos níveis de adesão ao tratamento da sífilis entre homens e mulheres?*

### **3.2. Específicos**

- Relatar os níveis de adesão ao tratamento por parte dos pacientes diagnosticados com sífilis e os desafios associados;  
- Identificar se há diferença nos níveis de adesão ao tratamento da sífilis entre homens e mulheres.

#### 4) METODOLOGIA

Partindo da premissa de que, para desenvolver estudos de revisão, incluindo a *Scoping Review*, é fundamental estruturar as questões de pesquisa que envolvem intervenções clínicas no formato do acrônimo PICO (P = população/paciente; I = intervenção; C = controle/comparação e O = desfecho – tradução do termo em inglês *outcome*) (ARMSTRONG, 2011; PETERS et al, 2015), formatou-se o seguinte PICO, partindo da questão de pesquisa “*Existe diferença nos níveis de adesão ao tratamento da sífilis entre homens e mulheres?*”:

<b>P</b>	<b>Pacientes</b>	HOMENS E/OU MULHERES
<b>I</b>	<b>Intervenção</b>	TRATAMENTO DA SÍFILIS
<b>C</b>	<b>Controle</b>	(não tratamento)
<b>O</b>	<b>Outcome/ Desfecho</b>	ADESÃO AO TRATAMENTO

**Tabela 1.** Acrônimo PICO decorrente da questão de pesquisa.

O referido PICO (Tabela 1) formatado por esta equipe de pesquisa serviu de base para a formulação das estratégias de busca empregadas nas bases de dados PUBMED, COCHRANE, LILACS e SCIELO. Vale ressaltar que a estratégia de busca foi inicialmente montada no PUBMED, sendo posteriormente replicada para as outras bases de dados citadas, realizando apenas pequenas adequações quando necessário. As estratégias estão descritas detalhadamente na tabela a seguir, assim como o número de artigos inicialmente encontrados a partir delas:

Base de Dados	Estratégia de Busca	Resultados
<b>PUBMED</b>	((women or men)) AND adherence) AND syphilis AND treatment	<b>42</b>
<b>COCHRANE</b>	(tw:(mulher OR homem)) AND (tw:(adesão)) AND (tw:(sífilis)) AND (tw:(tratamento))	<b>24</b>
<b>LILACS</b>	mulher OR homem [palavras] AND adesão [palavras] AND sífilis AND tratamento [palavras]	<b>4</b>
<b>SCIELO</b>	(mulher OR homem) AND (adesão) AND (sífilis) AND (tratamento)	<b>0</b>

**Tabela 2.** Estratégias de busca utilizadas em cada base de dados acessada pela equipe.

Visando rastrear e selecionar os estudos encontrados a partir das referidas estratégias de busca (Tabela 2), foram definidos os seguintes critérios de elegibilidade:

#### **Critérios de Inclusão:**

1) Artigos que focalizam o tema da Sífilis, uma vez que se constitui como a condição clínica objeto deste estudo. Ressalta-se que artigos que abordam o tema da Sífilis e também do HIV/AIDS, por exemplo, serão inclusos neste estudo;

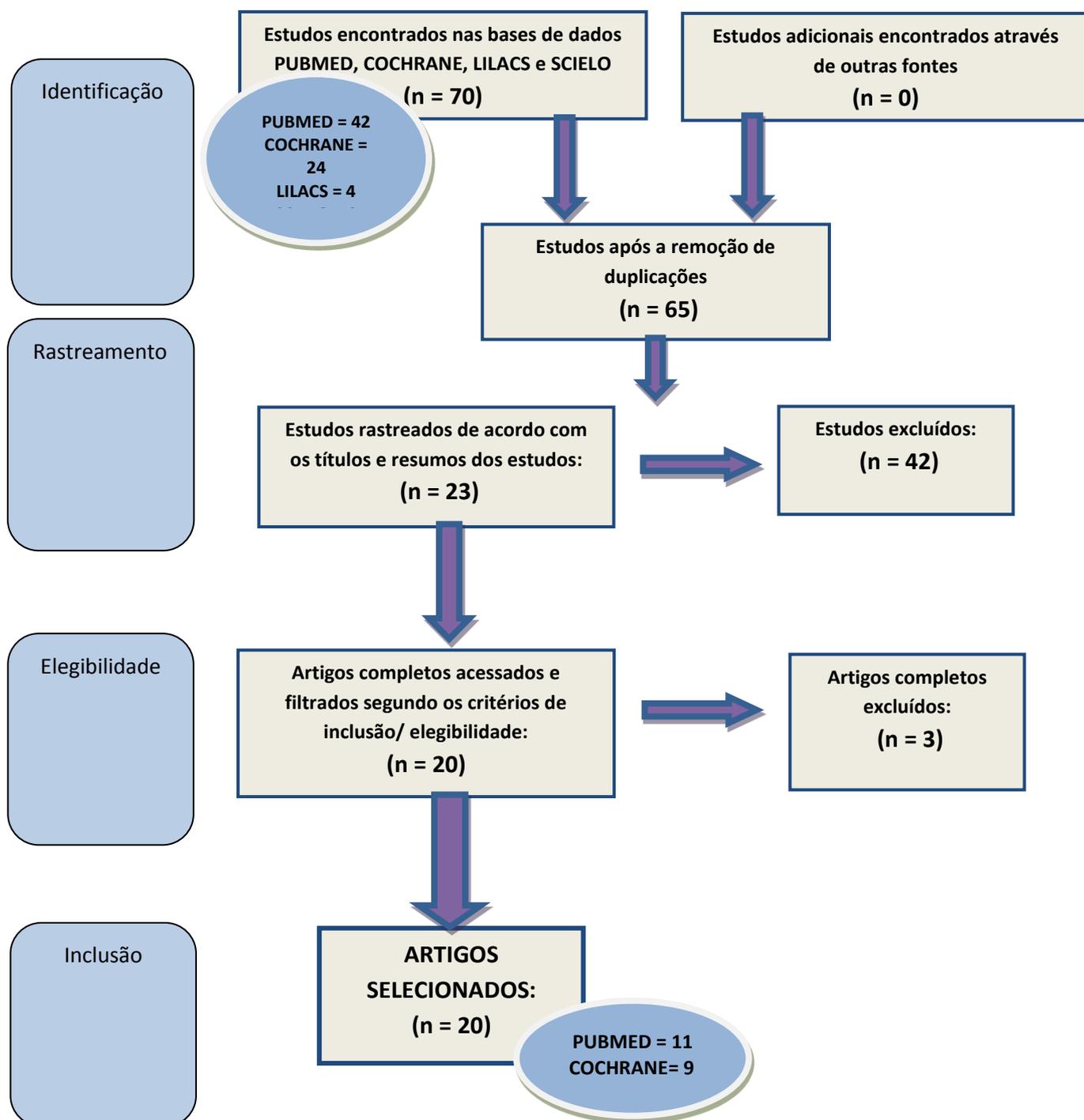
- 2) Artigos que focalizam a Sífilis em homens e/ou mulheres adolescentes, adultos e/ou idosos, pois entende-se que, a partir da adolescência os sujeitos já possuem direito de acesso a ações de Saúde Sexual e Reprodutiva, sendo respeitados o sigilo e sua liberdade de escolha;
- 3) Estudos publicados em formato de artigo científico, independentemente do tipo de desenho utilizado, incluindo-se ensaios clínicos randomizados, estudos de acurácia diagnóstica, artigos de revisão, etc.;
- 4) Artigos com ano de publicação de 2005 a 2017, buscando apoiar-se em evidências científicas mais recentes e, presumidamente, mais fidedignas.

**CrITÉrios de Exclusão:**

- 1) Artigos que focalizam somente a Sífilis Congênita, visto que esta condição clínica não é objeto deste estudo;
- 2) Artigos que focalizam somente outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), uma vez que estas não são objetos deste estudo;
- 3) Estudos publicados em formato diferente de artigo científico, tais como teses, dissertações, monografias, protocolos, manuais, cartilhas, etc.;
- 4) Artigos com ano de publicação anterior a 2005, considerando esta literatura como possivelmente obsoleta diante de uma condição clínica tão importante e de risco quanto a Sífilis. Ressalta-se que não foi necessário definir a questão do idioma como critério de elegibilidade, uma vez que a estratégia de busca resultou apenas em artigos escritos em português, espanhol ou inglês, idiomas de domínio dos pesquisadores.

## 5) RESULTADOS

A [Figura 1](#) exibe o processo de busca, de exclusão e de seleção dos estudos encontrados.



**Figura 1.** Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos da *scoping review*.

## 6) DISCUSSÃO

A sífilis apresenta-se como um problema de saúde pública que merece maior atenção no cotidiano dos serviços de saúde, pois vem apresentando um aumento exacerbado da sua frequência. Ainda que os meios de rastreamento e tratamento sejam de fácil acesso e execução, além de economicamente viáveis para os sistemas públicos de saúde, ainda não existe um controle adequado da doença a nível mundial.

De 2011 a 2014, a OPAS registrou um aumento na documentação de tratamento adequado das mulheres infectadas com sífilis de 81% para 86%, mas o resultado encontrado ainda permanece abaixo da meta proposta, que era de 95% (OPAS, 2014).

Compreender como se comporta a doença, bem como os fatores de risco e os meios de transmissão e tratamento, é o primeiro passo para se buscar estratégias para modificar a alta taxa de casos ainda existentes e evitáveis, como, por exemplo, a Educação em Saúde, visando à conscientização da população através da divulgação de informações pertinentes sobre o tratamento adequado e precoce de indivíduos e casais com diagnóstico de sífilis.

Grande parte dos resultados obtidos no presente trabalho corroboram com resultados obtidos em outros estudos. Na Dinamarca, por exemplo, não existem diretrizes para a triagem de IST de rotina (SALADO-RASMUSSEN ET AL., 2013). Sabe-se que o Protocolo Clínico Brasileiro de Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) segue padrões no que se refere ao diagnóstico e tratamento da doença e evidencia que, quando não tratadas, cerca de 35% das pessoas progridem para a cura espontânea, 35% permanecem em estado de latência por toda vida e o restante progredirá para sífilis terciária (LARSEN; STEINER; RUDOLPH, 1995).

Tal protocolo tem o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico da doença e os algoritmos de tratamento – com os respectivos esquemas de doses adequados a cada quadro clínico –, assim como os mecanismos para o monitoramento da efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a questão da prescrição médica, também busca criar mecanismos para garantir a prescrição segura e eficaz. Assim, é de suma importância o seguimento do referido protocolo e suas diretrizes para atingir o objetivo de eliminar a sífilis e reduzir sua transmissão. Nesse sentido, é indispensável o fomento para a estruturação de uma rede integral de prevenção da transmissão da sífilis, sendo estratégica a aproximação entre a Atenção Básica e os Serviços Especializados, com o intuito de capilarizar a cobertura do sistema a partir da integralidade das ações (BRASIL, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Dentre os vinte artigos científicos selecionados para este estudo – encontrados nas bases de dados PUBMED e COCHRANE, e compatíveis com os critérios de inclusão e exclusão definidos pela equipe de pesquisa – apenas alguns abordavam diretamente o tema da adesão ao tratamento de sífilis por parte dos pacientes diagnosticados com a doença e/ou de seus parceiros sexuais.

### **Adesão ao tratamento por parte dos pacientes diagnosticados com sífilis e os desafios associados**

Estudo realizado na África do Sul entre fevereiro de 2001 e janeiro de 2002, com o objetivo de estabelecer os níveis de adesão ao tratamento da sífilis por parte de gestantes que se encontravam em acompanhamento pré-natal no distrito de Umlazi, ao sul de Durban, em

KwaZulu Natal, encontrou resultados bastante interessantes no que tange à proporção de mulheres diagnosticadas com sífilis que efetivamente receberam o tratamento completo para a doença (64,8%) – vale ressaltar que o sistema de saúde sul-africano fixa o tratamento para sífilis gestacional em três doses obrigatórias de Penicilina G Benzatina (2,4 milhões UI), via intramuscular, aplicadas semanalmente – e aos fatores associados à completude do tratamento, tais como início precoce do pré-natal (MULLICK, BEKSINKA e MSOMI, 2005).

Contudo, o estudo não conseguiu estabelecer a relação entre esses resultados e os níveis de adesão das pacientes, visto que foram encontradas outras importantes barreiras de acesso ao tratamento, vinculadas à própria organização do sistema de saúde, tais como indisponibilidade da testagem rápida para sífilis nas clínicas de pré-natal – estas realizavam a coleta, mas somente o laboratório do hospital de referência fazia a leitura do material – o que resultava em larga demora para emitir os resultados e iniciar o tratamento, com uma média de 34 dias decorridos entre a testagem e aplicação da primeira dose de Penicilina. Esta dificuldade, atrelada ao início tardio do pré-natal por parte das mulheres, que realizavam a 1ª visita à clínica com uma idade gestacional de em média 26 semanas, resultava no insucesso do tratamento. Assim, diante desses achados, discutir níveis de adesão das pacientes seria, no mínimo, de importância secundária (MULLICK, BEKSINKA e MSOMI, 2005).

Já o estudo de Zhu et al (2010), realizado em Shanghai, na China, que tinha como um de seus objetivos identificar os determinantes da adesão ao tratamento de sífilis entre 1471 mulheres em acompanhamento pré-natal diagnosticadas com sífilis gestacional, identificou que os níveis de adesão ao tratamento eram menores entre mulheres, em sua maioria, desempregadas, migrantes de outras regiões fora de Shanghai, de baixo status socioeconômico e baixa instrução educacional (maioria apenas com nível fundamental). A baixa instrução educacional dos companheiros dessas gestantes também foi significativamente associada a pequenos níveis de adesão ao tratamento. Os autores levantaram ainda a hipótese dessas dificuldades de adesão ao tratamento da sífilis gestacional terem contribuído fortemente para o surgimento dos 334 casos de Sífilis Congênita (62,4/100.000 nascidos vivos) identificados no estudo.

Estes achados são consonantes com os do estudo de Nemes, Carvalho e Souza (2004), o qual apontou que a baixa escolaridade está diretamente relacionada à dificuldade de entendimento dos esquemas terapêuticos por parte dos pacientes, sendo, portanto, considerada como um fator preditor importante do abandono ou da não adesão ao tratamento. Por outro lado, o estudo de Feliz et al (2016) observou que, apesar de 65,2% das mães de bebês recém-nascidos expostos à sífilis estudados terem escolaridade menor do que oito anos de estudo, a escolaridade materna não mostrou ser um fator de risco para a interrupção do tratamento.

Um estudo realizado no Zimbábue, no distrito de Gutu, concluiu que um cronograma focado de cinco visitas domiciliares não alterou o número de pacientes rastreados, mas foi mais efetivo para a adesão ao tratamento, expressando aumento dos níveis de adesão aos procedimentos e melhor uso dos cuidados de saúde institucionais propostos. Ressalta ainda que políticas de rastreamento que não incluam populações assintomáticas e/ou de difícil acesso podem acarretar em perda da oportunidade de redução significativa de uma possível infecção sifilítica em uma comunidade (MAJOKO et al, 2007).

Em Bogotá, na Colômbia, outro estudo apontou que são necessárias metodologias de educação em saúde mais efetivas para garantir a adesão aos regulamentos e diretrizes de atenção dirigidas a pessoas com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (ROJAS-HIGUERA, LONDOÑO-CARDONA e ARANGO-GÓMEZ, 2006).

Três estudos brasileiros, realizados, a saber, em Samambaia, no Distrito Federal (LEITÃO et al, 2009), e nos municípios de Sobral (RODRIGUES et al, 2016) e Crato (FIGUEIREDO et al, 2015), no Ceará, buscaram identificar como os profissionais/ equipes de saúde da Atenção Primária / Estratégia de Saúde da Família veem abordando os pacientes diagnosticados com sífilis e estimulando a adesão destes ao tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que estes estudos destacam algo que se mostra bastante proeminente na realidade do Sistema Único Brasileiro (SUS): o fato da sífilis ainda ser, na maioria dos casos, diagnosticada apenas quando a mulher se encontra gestante (Sífilis Gestacional), visto que o rastreamento/ testagem rápida dessa doença sexualmente transmissível é obrigatório no 1º e 3º trimestres da gestação, assim como na admissão hospitalar para o parto, conforme protocolos vigentes, visando principalmente à prevenção e controle dos casos de transmissão vertical da sífilis para os seus bebês, a qual configura a Sífilis Congênita (LEITÃO et al, 2009; FIGUEIREDO et al, 2015; RODRIGUES et al, 2016; BRASIL, 2017).

Nesse sentido, Leitão et al (2009) destacam uma dimensão da adesão que é fundamental e anterior à adesão ao tratamento da sífilis: a adesão ao pré-natal. Demonstra que, entre as mulheres avaliadas, 40,9% aderiram ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 27,3% no segundo e 18,2% no terceiro; porém 13,6% não realizaram sequer nenhuma consulta de pré-natal. Dentre as que realizaram pré-natal, 68,3% tiveram acesso a mais de seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, mas 31,7% não alcançaram esse número de consultas, o que pode, na verdade, denunciar uma questão de dificuldade/ barreira de acesso aos serviços de saúde, e não necessariamente de adesão.

Em relação aos desafios associados à adesão ao tratamento da sífilis, Rodrigues et al (2016) ressaltam que as dificuldades se acentuam quando se trata de clientes que não procuram o serviço de saúde, como adolescentes, homens, usuários de drogas e profissionais do sexo, o que deve dispensar maior atenção, busca ativa e atuação dos profissionais. Visto que o diagnóstico tem sido realizado, em maior escala, entre mulheres, uma vez que este é o público que mais procura os serviços de saúde, outra dificuldade manifestada pelos enfermeiros entrevistados foi a identificação dos parceiros sexuais, pois em alguns casos existe a multiplicidade de parceiros e em outros a cliente se recusa a falar sobre o diagnóstico para o(s) mesmo(s). Os enfermeiros identificaram ainda outro grande desafio: os elevados índices de casos de sífilis em seus territórios, dificultando o acompanhamento e controle por parte das Equipes de Saúde da Família, as quais também têm que atender diversas outras populações-alvo e programas preconizados pela Estratégia de Saúde da Família (RODRIGUES et al, 2016).

Figueiredo et al (2015) também identificaram barreiras importantes que limitam a adesão/ realização do tratamento: nível socioeconômico e cultural; grau de escolaridade; falta de conhecimento acerca da doença e de suas consequências; via de administração do medicamento, a qual pode despertar receios sobre a dor da injeção e/ou possíveis reações adversas; possíveis suspeitas de infidelidade por parte do(a) parceiro(a); ausência dos parceiros no acompanhamento do pré-natal das gestantes, etc. Além disso, os autores destacaram a indisponibilidade de acesso ao tratamento na própria unidade básica de saúde, visto que no município de Crato-CE era necessário encaminhar os pacientes para o ambiente hospitalar, resultando em absenteísmo por parte de pacientes que não podiam se ausentar de suas atividades laborais, ou em longas esperas pelo atendimento, além da quebra do vínculo com a equipe de saúde da família e da dificuldade de confirmar se a administração do medicamento foi de fato realizada (FIGUEIREDO et al, 2015).

## **Diferenças entre homens e mulheres nos níveis de adesão ao tratamento da sífilis**

Em 2014, estudo da OPAS demonstrou que os percentuais de tratamento adequado de mulheres infectadas com sífilis continuava bastante abaixo da meta esperada, e que, de 2011 a 2014, houve aumento do percentual de parceiros não tratados, indo de 49% para 76% denunciando que as ações locais dos países estudados não foram suficientes para mudar esse cenário. Assim sendo, o não tratamento dos parceiros sexuais ainda se configura como um grande entrave para o controle da sífilis nas Américas (OPAS, 2014).

Em um hospital público de Porto Alegre, um estudo realizado entre os meses de janeiro de 2007 e dezembro de 2014 evidenciou que, das 771 notificações de mulheres com sífilis, 570 (74%) estavam sem registro de informação sobre o tratamento dos seus parceiros sexuais. Dos 771 casos notificados, 201 foram analisados e, nestes, o tratamento adequado do parceiro ocorreu em apenas 12,5% dos casos (DALLÉ, 2017). Esse fato também foi observado no estudo de Donalísio, Freire e Mendes (2007), que encontraram notificações de “tratamento do parceiro” em apenas 4,4% das fichas epidemiológicas avaliadas.

No que diz respeito à Sífilis Gestacional, condição de alto risco para a transmissão vertical para o bebê, resultando em Sífilis Congênita, o Ministério da Saúde prevê que o tratamento da gestante para sífilis somente pode ser adequado quando realizado de forma completa, ou seja, feito com Penicilina Benzatina G e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(is) tratado(s) concomitantemente, salientado a importância do tratamento rotineiro, no Pré-Natal, dos parceiros nos casos de gestantes portadoras de sífilis (BRASIL, 2007 apud LEITÃO, 2009).

Um estudo realizado no Distrito Federal mostrou que a cobertura pré-natal de 133 mães de recém-nascidos com sífilis congênita foi alta (87%), porém apenas 53% destas gestantes haviam recebido o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal. O tratamento se mostrou inadequado em 88% dos casos e a principal causa para esta inadequação foi o não tratamento do parceiro, respondendo por 75% dos casos (MURICY, 2015). Esses dados são corroborados por outro estudo realizado no Distrito Federal, na região de Samambaia, que apontou um percentual de tratamento adequado em 67,6% das gestantes diagnosticadas com sífilis, contudo 13,6% dos seus parceiros não receberam qualquer tipo de tratamento (LEITÃO et al, 2009). Em outras cidades do país, como em Caxias do Sul-RS, o percentual de parceiros não tratados chegou a alcançar 38,1% (LORENZI e MADI, 2001, apud LEITÃO et al, 2009).

Em 2012, um Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde sobre a Sífilis no Brasil constatou que, dentre as gestantes que fizeram o pré-natal, 86,6% grávidas foram diagnosticadas com sífilis, mas apenas 11,5% tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2012 apud FIGUEIREDO, 2015). Corroborando esses achados, um estudo sobre incidência e controle de sífilis congênita no Ceará denunciou que, apesar do elevado número de gestantes em pré-natal, seus parceiros não eram tratados, havendo ainda importante sub-registro na notificação/investigação e controle da sífilis (XIMENES et al, 2008 apud FIGUEIREDO, 2015).

Figueiredo et al (2015) acreditam que a ausência dos parceiros das gestantes no acompanhamento pré-natal gera uma distância entre os homens e os profissionais da saúde, interferindo no reconhecimento das necessidades da família e no seguimento das condutas, uma vez que o parceiro desconhece a própria doença e, por não participar das consultas junto à gestante, deixa de receber informações valiosas que possam dar sentido à necessidade de controle da sífilis, tais como os riscos para a saúde do bebê.

Rodrigues et al (2016) alertam que ainda há a permanência de tabus e de um certo machismo quando se trata de doenças sexualmente transmissíveis. Entrevistando enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em Sobral, no Ceará, os autores ouviram depoimentos importantes:

*Diante do diagnóstico positivo da mulher, é difícil trazer o parceiro para fazer o tratamento, primeiro porque elas têm medo de contar para os companheiros porque ele vai achar que ela é a culpada e segundo porque eles não vêm à Unidade (ENF03).*

*É difícil convencer os parceiros a fazer o tratamento, eles dizem que é doença da mulher e ele não tem porque não sente nada. E quando faz o tratamento, não faz o seguimento (ENF10)*

*(RODRIGUES et al, 2016, p.1251).*

Estes depoimentos levantam questões socialmente construídas: comportamento sexual, relação conjugal, fidelidade do parceiro, riscos de transmissão e contaminação, etc. Com relação às mulheres, a situação é mais delicada, pois, em sua maioria, elas vivem em condições de vulnerabilidade para violência doméstica em virtude da submissão ao parceiro, uma vez que, mesmo com único parceiro, muitas vezes são acusadas de terem adquirido a doença. Percebe-se, portanto, a importância de orientar e acolher bem não só a mulher, mas também os seus parceiros, sem julgamentos ou culpabilização e sem entrar na vida íntima do casal, intervindo de forma ética e responsável (RODRIGUES et al, 2016).

Diante desse cenário, as equipes de saúde têm lançado mão de estratégias para tratamento das mulheres (gestantes ou não) e seus parceiros, incluindo melhor acolhimento e flexibilização de horários para viabilizar o atendimento e tratamento de homens com sífilis nas unidades de saúde (LEITÃO et al, 2009). Observa-se o investimento em duas frentes de trabalho: condutas adotadas diante do diagnóstico positivo de sífilis e condutas adotadas para prevenção e controle da disseminação da doença (RODRIGUES et al, 2016).

Como condutas diante do diagnóstico positivo, as equipes de saúde têm investido na notificação, orientação acerca da doença, administração do tratamento, exames sorológicos de seguimento e controle, realizando ainda a busca ativa de pacientes que por ventura se mostrarem resistentes ao tratamento, através de visitas domiciliares de ACS ou de membros da própria equipe multiprofissional. Alguns enfermeiros entrevistados no estudo de Rodrigues et al (2016) relataram ser necessário criar novas estratégias para o acompanhamento dos casos de sífilis diagnosticados em seus territórios, tais como agendas, calendários, planilhas, mapas do território, etc.

Considerando a complexidade da abordagem aos portadores de sífilis, estudos alertam que os profissionais de saúde não devem delegar às mulheres a responsabilidade de levarem os pedidos de exames ou tratamento aos seus parceiros sexuais sem o comparecimento desses aos serviços de saúde, pois esta dinâmica pode prejudicar a quebra da cadeia de transmissão da doença, ocasionada por viés na transmissão de informações ou até mesmo quando as mulheres ocultam o diagnóstico aos parceiros. A conduta mais adequada é a abordagem direta, com comunicação assertiva, realizando acolhimento para diminuir as ansiedades/medos envolvidos e estimular a adesão ao tratamento (DOMINGUES et al, 2013 apud FIGUEIREDO et al, 2015). Dessa forma, é de extrema importância buscar aproximar os homens em geral dos serviços de saúde e de ações de saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, pré-natal de suas

parceiras gestantes e outras, incentivando o autocuidado, participação ativa e corresponsabilidade sobre sua saúde e de suas companheiras, filhos e outros familiares.

Em relação às condutas adotadas para prevenção e controle da disseminação da sífilis, destaca-se a Educação em Saúde. Tanto no estudo de Figueiredo et (2015) quanto de Rodrigues et al (2016), os enfermeiros afirmaram desenvolver ações de educação em saúde nos diversos espaços da comunidade, tais como escolas, associações de moradores e outros serviços da rede intersetorial; nas consultas de prevenção, planejamento familiar e/ou pré-natal; nas salas de espera da unidade de saúde; nos grupos educativos (ex.: gestantes, adolescentes). Além disso, referiram realizar busca ativa de populações em maior risco e vulnerabilidade, como profissionais do sexo e usuários de drogas. Em todas essas ações de educação de saúde, buscam reforçar a importância do uso de preservativos e solicitar exames de VDRL e Anti-HIV (FIGUEIREDO et al, 2015; RODRIGUES et al, 2016).

Ao final, as ações mais consistentes para controle da sífilis se baseiam na garantia de uma assistência ampla e de qualidade, possibilitando o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil. O investimento na ampliação da rede de Atenção Primária à Saúde – por meio da Estratégia Saúde da Família – em conjunto com a Vigilância Epidemiológica, importante para a investigação e acompanhamento dos casos de Sífilis através das notificações e diagnóstico epidemiológico dos territórios e regiões de saúde – pode se constituir em um caminho frutífero para avançar na prevenção e no controle da sífilis e demais infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) no Brasil.

## **7) CONCLUSÃO**

Observou-se, no presente estudo, que existem algumas diferenças concernentes não só à adesão, mas também ao acesso ao tratamento da sífilis entre homens e mulheres a nível mundial. Estudos brasileiros e internacionais enfocados nesta pesquisa apontam maior adesão e acesso ao tratamento por parte das mulheres, principalmente pelo fato destas terem mais contato com os serviços de saúde e se submeterem mais facilmente a consultas e procedimentos de rotina, tais como prevenção ginecológica e reuniões de planejamento familiar, as quais abordam a prevenção, rastreamento e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Além disso, há grande investimento dos sistemas públicos de saúde, incluindo o SUS, em investigar e detectar a presença de infecção por sífilis em mulheres gestantes, durante o seu acompanhamento pré-natal, não só com o intuito de tratar a mulher, mas principalmente de evitar a transmissão vertical que acarreta a ocorrência de sífilis congênita em seus bebês. Assim, a maior parte das mulheres infectadas têm sido diagnosticadas na ocasião da gestação, visto que a testagem para sífilis é obrigatória no 1º e 3º trimestres de gestação, assim como na admissão ao parto, conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Os homens, por sua vez, não têm o costume de cuidar de sua saúde e frequentar serviços de saúde, sendo muito mais difícil a sua busca espontânea pelo rastreamento e testagem de ISTs. Assim, estes têm se apresentado ou sido convocados para a testagem, diagnóstico e tratamento da sífilis apenas quando o diagnóstico é realizado em suas parceiras sexuais, principalmente quando estas estão gestantes. Além disso, deve-se considerar que a dificuldade de adesão dos homens/parceiros sexuais ao tratamento da sífilis também pode estar relacionada a um processo historicamente construído e reproduzido pelos serviços de atenção à saúde no Brasil, os quais ainda enfocam programas e redes de cuidado para crianças, mulheres e idosos, como é o caso da assistência materno-infantil.

Trabalhar no sentido da prevenção, diagnóstico e estímulo à adesão ao tratamento da sífilis é uma tarefa árdua, independentemente de focalizarmos os homens ou mulheres como população-alvo, pois envolve questões relacionadas à vivência da sexualidade, conjugalidade e fidelidade, além de dúvidas, crenças, tabus e culpas ainda bem presentes em nossa sociedade, que podem inclusive resultar em consequências bastante negativas, como a violência doméstica e/ou contra a mulher, sendo necessária a adequada formação e educação permanente dos profissionais de saúde para abordarem essas questões de forma direta, assertiva, ética e técnica, sem julgamentos ou culpabilizações.

Outro ponto fundamental a ser considerado nesse estudo relaciona-se ao fato de que os sistemas públicos de saúde de alguns países, inclusive o brasileiro (SUS), ainda não parecem estar suficientemente organizados para realizar a busca ativa das populações mais vulneráveis à infecção por sífilis e ofertá-las acesso rápido e oportuno a procedimentos de rastreio, testagem, diagnóstico e tratamento, além do acolhimento qualificado que o indivíduo acometido por esta infecção e seus parceiros sexuais merecem. Dessa forma, como é possível discutir a adesão dos sujeitos se ainda não conseguimos garantir-lhes acesso às ações de saúde fundamentais ao tratamento da sífilis?

Espera-se que os achados apresentados por este estudo possam impulsionar ações de saúde pública, com elaboração de estratégias tanto preventivas quanto assistenciais, voltadas para o controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), mais especificamente da Sífilis, com estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoces, evitando complicações, diminuindo os índices de morbimortalidade e perseguindo a melhoria da saúde sexual da população brasileira.

Conclui-se, portanto, que o presente estudo descortina diversas questões importantes que podem estar associadas ou fazer parte da explicação de por que está tão difícil controlar a epidemia de sífilis no Brasil. Contudo, não possibilita responder à sua pergunta de pesquisa inicial, ou seja, afirmar se existem diferenças nos níveis de adesão ao tratamento da sífilis entre homens e mulheres, o que pode ser devido a dois motivos diferentes porém complementares: 1) não foram encontrados estudos suficientes que focalizem o desfecho da adesão ao tratamento, talvez pelo fato deste ser uma variável mais subjetiva e difícil de ser mensurada; 2) não foram encontrados estudos que priorizem os homens enquanto população-alvo da intervenção, mas apenas estudos focalizando mulheres, mães de bebês com sífilis ou profissionais de saúde, configurando um importante viés para a construção dos resultados e discussão aqui apresentados. Entretanto, o presente estudo demonstrou imenso valor ao abrir espaço para novas e pertinentes perguntas de pesquisa que disparem novas *scoping reviews*, revisões sistemáticas ou outros estudos científicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Eliana et al. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2012.

ARMSTRONG, Rebecca et al. 'Scoping the scope' of a cochrane review. **Journal of Public Health**, v. 33, n. 1, p. 147-150, 2011.

BRASIL. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017.

CAVALCANTE, A. E. S. et al. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará DST - **J bras Doenças Sex Transm**, 24(4):239-245, 2012.

COOPER, Joshua M. et al. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil—Mais avanços são necessários!. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.

DALLÉ, Jessica et al. Maternal syphilis and accomplishing sexual partner treatment: still a huge gap. **International journal of STD & AIDS**, v. 28, n. 9, p. 876-880, 2017.

DE FIGUEIREDO, Mayanne Santana Nóbrega et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 16, n. 3, 2015.

DONALÍSIO, Maria Rita; FREIRE, June Barreiros; MENDES, Elisa Teixeira. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil—desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 3, p. 165-173, 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da saúde. Diretrizes para a atenção à saúde em HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2008.

FELIZ, Marjorie Cristiane et al. Adherence to the follow-up of the newborn exposed to syphilis and factors associated with loss to follow-up. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

LARSEN, Sandra A.; STEINER, Bret M.; RUDOLPH, Andrew H. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. **Clinical microbiology reviews**, v. 8, n. 1, p. 1-21, 1995.

LEITÃO, EsleiJudson Lisboa et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde número 2 Samambaia-DF. **Comun. ciênc. saúde**, v. 20, n. 4, p. 307-314, 2009.

LIU, Albert Y. et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection integrated with municipal-and community-based sexual health services. **JAMA internal medicine**, v. 176, n. 1, p. 75-84, 2016.

MAJOKO, Franz et al. Randomised controlled trial of two antenatal care models in rural Zimbabwe. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 114, n. 7, p. 802-811, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. 2015.

MULLICK, S.; BEKSINKSA, M.; MSOMI, S. Treatment for syphilis in antenatal care: compliance with the three dose standard treatment regimen. **Sexually transmitted infections**, v. 81, n. 3, p. 220-222, 2005.

MURICY, Carmen Lucia; PINTO JÚNIOR, Vitor Laerte. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 48, n. 2, p. 216-219, 2015.

NEMES, Maria IB; CARVALHO, Heráclito B.; SOUZA, Maria FM. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **Aids**, v. 18, p. S15-S20, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas [Update] PAHO, Washington (2014).

PERSON, Anna K. et al. Text messaging for enhancement of testing and treatment for tuberculosis, human immunodeficiency virus, and syphilis: a survey of attitudes toward cellular phones and healthcare. **Telemedicine and e-Health**, v. 17, n. 3, p. 189-195, 2011.

PETERS, M. D. J. et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. Methodology Paper. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**. University of Adelaide, Joanna Briggs Institute, 2015.

PINTO, V. M. et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. 2, p. 341-54, 2014.

RODRIGUES, Antônia Regynara Moreira et al. Practice of nurses in the monitoring of syphilis in primary care. **Journal of Nursing UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 4, p. 1247-1255, 2016.

ROJAS-HIGUERA, Ricardo; LONDOÑO-CARDONA, Juan G.; ARANGO-GÓMEZ, Fernando. Clinical practice in looking after breastfeeding women and the new-born in some hospitals in Bogotá, Colombia. **Revista de Salud Pública**, v. 8, n. 3, p. 223-234, 2006.

SALADO-RASMUSSEN, Kirsten et al. Risk of HIV or second syphilis infection in Danish men with newly acquired syphilis in the period 2000–2010. **Sex Transm Infect**, v. 89, n. 5, p. 372-376, 2013.

TU, David et al. Adoption of the chronic care model to improve HIV care. **Canadian Family Physician**, v. 59, n. 6, p. 650-657, 2013.

WANG, H. B. et al. Prevalence, incidence, and persistence of syphilis infection in female sex workers in a Chinese province. **Epidemiology & Infection**, v. 139, n. 9, p. 1401-1409, 2011.

ZHU, Liping et al. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 14, p. e45-e48, 2010.

