



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

DESAFIO DOS PROFISSIONAIS NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: ADESÃO DO PARCEIRO AO TRATAMENTO

1*Paula Danniele dos Santos Dias, 2Andressa Tavares Parente, 3Elisângela da Silva Ferreira, 4Luzia Ribeiro Santana, 5Débora Talitha Neri, 6Marcia Simão Carneiro, 7Angeline do Nascimento Parente, 8Franciane do Socorro Rodrigues Gomes, 9Vitor Hugo Pantoja Souza and 10Raquel Ferreira Cardoso

¹Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira, Fortaleza, Ceará, Brasil

²Enfermeira, Doutora em Ciências Ambientais. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, Pará, Brasil

³Enfermeira, Mestre em Epidemiologia em Biologia dos Agentes infecciosos e parasitários pela Universidade Federal do Pará, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém, Pará, Brasil

⁴Enfermeira. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, Pará, Brasil

⁵Enfermeira, Especialista em Obstetrícia. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará. Tutora em saúde da Faculdade Pitágoras. Belém, Pará, Brasil

⁶Enfermeira, Doutora em Educação. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém, Pará, Brasil

⁷Enfermeira, Universidade Federal do Pará – UFPA, Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, Belém, Pará, Brasil

⁸Enfermeira. Especialista em Obstetrícia e Neonatologia. Professora auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém, Pará, Brasil

⁹Enfermeiro, Especialista em Obstetrícia modalidade residência pela Universidade Federal do Pará e em Terapia Intensiva modalidade residência pela Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil

¹⁰Enfermeira, Especialista em Obstetrícia modalidade residência pela Universidade Federal do Pará e Residente em Estratégia Saúde da Família pela Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th July, 2019

Received in revised form

03rd August, 2019

Accepted 06th September, 2019

Published online 16th October, 2019

Key Words:

Sífilis, Cooperação do paciente, Parceiros Sexuais, Cuidado Pré-natal.

*Corresponding author:

ABSTRACT

O estudo teve por objetivo conhecer as dificuldades dos profissionais para o tratamento dos parceiros sexuais de gestante com sífilis. Método descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 10 profissionais, entre enfermeiros e médicos que atuam na assistência pré-natal em Unidades Municipais de Saúde e Unidades de Saúde da família do Município de Belém. Os dados foram explorados por meio da análise de conteúdo, com formação de três categorias: convocação e busca do parceiro, fatores que dificultam o tratamento, e estratégias para a realização do tratamento do parceiro. Foram evidenciadas diversas barreiras ao tratamento do parceiro relacionadas a organização do serviço, a atitude dos profissionais quanto a busca ativa e ao próprio parceiro. As ações de educação em saúde, individual ou coletiva, ainda se configuram como a melhor maneira de sensibilização dos clientes para a adesão do tratamento e prevenção da doença. Entendemos que a quebra do ciclo de transmissão da Sífilis só se efetivará quando a população modificar seu comportamento para práticas sexuais seguras. Preparar profissionais para o manejo e aconselhamento adequado da doença e sensibilizá-los para maior empenho na busca ativa é indispensável para facilitar a adesão dos parceiros ao tratamento.

Copyright © 2019, Paula Danniele dos Santos Dias et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Paula Danniele dos Santos Dias, Andressa Tavares Parente, Elisângela da Silva Ferreira, et al. 2019. "Desafio dos profissionais na prevenção da sífilis congênita: adesão do parceiro ao tratamento", *International Journal of Development Research*, 09, (10), 30327-30331.

INTRODUCTION

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria, *Treponema pallidum* e em gestantes, quando não tratada, pode resultar em sífilis congênita (SC) que é

responsável por altas taxas de morbimortalidade neonatal (BRASIL, 2016a). Apesar dos esforços empreendidos para sua eliminação, a SC ainda persiste como um problema de Saúde Pública no Brasil e outros países Latino Americanos (BRASIL, 2015; DOMINGUES *et al.*, 2013). Estima-se que

em todo o mundo, a sífilis acometa em torno de um milhão de parturientes por ano, ocasionando mais de 300 mil mortes fetais e neonatais. No Brasil, um aumento contínuo no número de casos de sífilis congênita em gestantes e adquirida, tem sido observado desde o ano de 2013 (BRASIL, 2017). Foram identificados, no período de 2005 a 2010, 39.789 casos de sífilis em gestante e 36.000 casos de sífilis congênita; além de um aumento nas taxas de SC em menores de 1 ano, passando a taxa de 2 casos/mil nascidos vivos em 2006; para 6,5 casos/mil nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2016b). No Brasil, foi observado que, entre os anos de 2010 a 2016 a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou de 3,5 para 12,4 e de incidência de SC de 2,4 para 6,8 por mil nascidos vivos. Foram notificados um total de 37.436 casos de sífilis em gestante, sendo 3.890 na região Norte, e de 20.474 casos de sífilis congênita, em menores de 1 ano de idade, dos quais 8,4% também residiam na Região Norte (BRASIL, 2017; 2016b). Quanto ao tratamento, considerando as gestantes que realizaram o pré-natal no ano de 2016, em 62,2% dos casos os parceiros não foram tratados, 22,6% dos casos a informação foi ignorada ou encontrava-se em branco e apenas 15,2% realizaram o tratamento (BRASIL, 2017). Quanto ao diagnóstico, a Região Norte em 2016 permaneceu como uma das regiões que menos diagnosticou gestantes no primeiro trimestre (22,9%) (BRASIL, 2016b).

O tratamento adequado da gestante concomitante ao tratamento do parceiro é fator determinante para prevenção da transmissão vertical da sífilis e é decisivo na quebra da cadeia de transmissão, devendo todas as parcerias sexuais serem comunicadas e tratadas (CONITEC, 2015). Nas maternidades de Belém do Pará é possível perceber uma parcela significativa de gestantes diagnosticadas com sífilis, no momento da internação para o parto, e que por meio de alguns questionamentos de rotina para a internação das mesmas, é constatado que o seu parceiro sexual não é tratado como preconizado. Nesse contexto, questionou-se: quais os desafios de enfermeiros e médicos para o tratamento do parceiro sexual das gestantes com sífilis? Para responder à questão de pesquisa, o estudo teve como objetivo conhecer as dificuldades dos profissionais que prestam assistência pré-natal, no tratamento do parceiro sexual das gestantes com sífilis.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo foi descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 10 profissionais, entre médicos e enfermeiros, em 3 Unidades Municipais de Saúde (UMS) e 5 Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas em 4 distritos administrativos da rede municipal de saúde da cidade de Belém, estado do Pará, Brasil, sendo eles: Distrito da Sacramenta (DASAC), Distrito do Entroncamento (DAENT), Distrito do Bengui (DABEN) e Distrito de Icoaraci (DAICO). Em função de sua extensão territorial o município de Belém, encontra-se dividido em oito distritos administrativos. Os distritos e unidades para realização da pesquisa foram selecionados aleatoriamente. Participaram da pesquisa profissionais que atenderam aos critérios de inclusão: atuavam há no mínimo seis meses nos locais do estudo, prestando assistência pré-natal às mulheres com diagnóstico de sífilis e que aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2017. A abordagem dos participantes foi realizada de forma individual, no seu ambiente de trabalho, com explicação do objetivo, a importância da pesquisa e os procedimentos operacionais da

coleta de dados. Após aceitarem participar da pesquisa, o TCLE foi apresentado em duas vias e após sua assinatura, a coleta de dados iniciou-se por meio de entrevista direcionada por um roteiro semi-estruturado, composto por duas partes; a primeira com perguntas a respeito do perfil profissional e a segunda parte composta por perguntas abertas, abordando sobre a convocação dos parceiros pelos profissionais e quais as barreiras encontradas por eles para o tratamento do parceiro. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para o Programa Microsoft Office Word.

Os dados foram tratados com base na análise de conteúdo de Bardin e obtidos por meio de três etapas, a seguir: pré-análise; exploração do material e interpretação dos dados. A pré-análise correspondeu a fase de organização do material, da qual surgiu as impressões iniciais do estudo, através de grifos. Na fase de exploração do material, as expressões e frases comuns, que dão sentido ao conteúdo das falas, foram colocadas em quadros, constituindo-se em unidade de contexto e unidades de registro que sustentaram a formação de 3 categorias: 1- convocação e busca ativa dos parceiros, 2- barreiras para o tratamento do parceiro e 3- estratégias para a realização do tratamento. A fase de interpretação dos dados constituiu-se em inferências e discussão das categorias formadas, com base no objetivo do estudo e referencial teórico adotado (FRANCO, 2008). A pesquisa foi realizada levando-se em consideração os pressupostos contidos na resolução 466/12/CONEP e submetida a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob o CAAE nº 77007817.9.0000.0018, parecer nº 2.305.223. Para manter anonimato, os participantes foram identificados pela letra “E” seguido por números arábicos.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados obtidos foi realizada a caracterização dos profissionais entrevistados e a estruturação em categorias. Os participantes da pesquisa foram identificados pela letra “E” seguida de números arábicos conforme sequência das entrevistas. Foram entrevistados 10 profissionais que prestam assistência pré-natal, dos quais 80% compõem o universo feminino; sendo 2 profissionais médicos (20%), e 8 enfermeiros (80%). O tempo de formação dos profissionais variou de 18 meses a 22 anos, com média de 9 anos. A atuação como pré-natalista entre os participantes foi de 1 a 22 anos, resultando em uma média de 8 anos. Apenas 3 profissionais referiram possuir especialização na área de obstetrícia. A partir das falas dos profissionais emergiram três categorias: 1-convocação e busca do parceiro, 2-fatores que dificultam o tratamento e 3-estratégias para instituição do tratamento do parceiro.

Categoria 1: Convocação e busca do parceiro: Nesta categoria, os profissionais relataram que emitem comunicado verbal por meio da própria gestante a fim de sensibilizar o parceiro quanto a sua presença na unidade de saúde e que encaminham os agentes comunitários de saúde (ACS) para busca ativa quando o parceiro não comparece a unidade. Somente um profissional referiu acionar ajuda de outros membros da equipe, que não o ACS para contato e busca de parceiros, enquanto que os demais ficam somente nas orientações com as gestantes, conforme relatado a seguir:

Sim! Pede para os ACS abordarem e trazerem...Primeiro conversa com a paciente, explica a importância do tratamento conjunto e pede pra trazer, se não vier, o ACS vai e faz a busca (E.4)

[...] convoco o parceiro através da gestante, verbalmente. (E.5)

Sim! Verbalmente. Eu ainda boto assim quando tem tempo, eu digo pro companheiro aparecer pra ser tratado também. É avisado o serviço social pra fazer o contato, a busca. (E.3)

Sim! Convocado através da gestante. Eu peço pra ele comparecer na unidade...verbal, a não ser que ele não venha a gente pede, faz por escrito pra convencer que ele precisa vim. (E.2)

Apenas um profissional informou que não faz a convocação do parceiro, referindo que tem como conduta à solicitação do exame e prescrição do tratamento por meio da gestante; além de não realizar busca ativa por meio de agentes comunitários de saúde, por falta de confiança quanto a manutenção da privacidade do casal.

Não! Solicito exames através da paciente e prescrevo o tratamento. (E.6)

Foi relatada por alguns profissionais, a realização da convocação dos parceiros previamente a primeira consulta com o objetivo de no primeiro contato já orientá-los quanto a necessidade de rastreamento de determinadas doenças e possíveis tratamentos.

Sim! [...] quando ela vem marcar com a auxiliar, já anota na carteira dela 'trazer o parceiro com cartão SUS mais carteira de vacinação [...] se ela tá com ele, na consulta dela, geralmente a gente pede para o parceiro vim [...] pedimos que eles acompanhem elas desde a primeira consulta. (E.8)

Sim! Eu peço que o ACS já avise a mulher para que na primeira consulta o parceiro esteja. (E.7)

Categoria 2: Fatores que dificultam o tratamento

Nas entrevistas, uma diversidade de fatores foram elencados como entraves ao tratamento, sejam relacionados ao serviço de saúde ou ao próprio paciente. O não comparecimento do parceiro no serviço de saúde, seja por questões laborais ou desinteresse, foi o fator comum mais observado como barreira ao tratamento, de acordo com os relatos:

[...] a grande maioria não vem, os parceiros não vêm, né?! Até por questões de trabalho [...] porque não se interessam mesmo [...] por estarem presos. (E.7)

As vezes o parceiro não vem, porque ele acha que ele não tem problema[...] (E.3)

[...] nós temos dificuldade de trazer o parceiro a unidade para tratá-lo. (E.6)

[...] negligência do paciente [...] aí a gente não tem como fazer porque nós não temos ACS (E.5)

[...]A nossa dificuldade é o parceiro comparecer, porque ou ele tá trabalhando ou ele não é um parceiro fixo dela [...]. (E.1)

Inúmeros fatores relacionados aos serviços de saúde acabam funcionando como barreiras ao tratamento de contatos sexuais. As descrições seguintes revelam as dificuldades enumeradas pelos profissionais:

[...] a gente não tem a medicação, a penicilina. Então, só quem disponibiliza é a Unidade Municipal de Saúde. (E.1)

[...] a falta do remédio na unidade também, que as vezes falta benzetacil que é o tratamento específico (E.3)

A única dificuldade que nós estamos tendo é a questão do obstetra, do médico obstetra pra fazer, pra assinar essa receita, pra iniciar imediatamente esse tratamento [...] na nossa unidade o farmacêutico não aceita que a gente assine nenhuma receita [...] o farmacêutico só aceita receita mediante a ficha de notificação. (E.2)

[...] colegas que acompanham o pré-natal, mas não implementam o tratamento: não convoca o parceiro [...] ela prescreveu a mulher mas não prescreveu o parceiro. (E.7)

Categoria 3: Estratégias para realização do tratamento do parceiro:

A partir dos relatos foi evidenciado que alguns entrevistados utilizam a própria gestante como veículo de informação para conscientização do parceiro, seja através de orientação à gestante, ou de solicitação de exame e prescrição do tratamento. Um estabelece horários para administração da medicação, compatíveis com a disponibilidade do parceiro.

Quando ele não pode vim pra consulta eu acabo solicitando o VDRL pra ele...e a própria gestante traz o resultado pra gente. (E.1) A gente faz horários alternativos, a gente faz uma parceria da farmácia e quem aplica...todo mundo se mobiliza." (E.7)

DISCUSSÃO

Em virtude da dificuldade de realizar uma abordagem direta aos contatos sexuais, devido à falta de acompanhamento dos parceiros nas consultas de pré-natal, evidenciou-se que a maioria dos profissionais acabam delegando à gestante a tarefa de comunicar o diagnóstico de sífilis ao seu parceiro. Essa estratégia pode colocar em risco o tratamento do casal, tendo em vista que o diagnóstico de uma IST pode gerar conflitos, sentimentos de vergonha, raiva, insegurança entre o casal, culminando com a quebra do vínculo afetivo (PISANI *et al.*, 2011). A comunicação do diagnóstico de sífilis deve ser de responsabilidade do profissional, devendo o mesmo adquirir informações do parceiro junto a mulher a fim de esgotar todas as possíveis formas de chegar até o parceiro para comunicação e aconselhamento. A sífilis repercute de forma negativa na vida conjugal da mulher, deixando-a receosa quanto as consequências da doença na sua relação com o parceiro (CAVALCANTE *et al.*, 2012). Em vista disso, Pisani *et al.* (2011) e Cavalcante *et al.* (2012) afirmam que o profissional deve assegurar ajuda na comunicação do diagnóstico, dispo de apoio emocional e orientações acerca da doença. O Ministério da Saúde, em seu protocolo clínico e diretrizes de IST, preconiza que todas as parcerias sexuais de indivíduos infectados devam ser convocadas e tratadas, devendo o profissional utilizar estratégias, de acordo com a disponibilidade do seu serviço, quando não houver comparecimento dos parceiros.

São preconizadas como métodos de comunicação de contatos sexuais: a comunicação por cartão, o qual deve conter todos os dados da parceria, código da Classificação Internacional das Doenças (CID) e mensagem de solicitação de comparecimento ao serviço de saúde; a correspondência, telefone ou outro meio eletrônico caso a parceria não atenda ao chamado em até 15 dias e a busca ativa. Independentemente do método de comunicação utilizado, qualquer informação e/ou identidade seja do contato ou da gestante, deve ser mantida em sigilo,

preservando-se a dignidade dos envolvidos; devendo a comunicação aos contatos pela gestante ser voluntária e sem prejuízo do acesso aos serviços de saúde (CONITEC, 2015). A solicitação de exames e prescrição de tratamento através da gestante pode parecer uma alternativa, porém não a mais segura para a gestante. Segundo Cavalcante *et al.* (2012) e Duarte (2007) após o diagnóstico de sífilis a mulher fica vulnerável a situações de desavenças, separação do seu cônjuge ou violência. A mudança de hábitos sexuais dos parceiros é determinante para a interrupção da transmissão da doença, portanto, a conscientização mediante educação em saúde para práticas sexuais seguras e importância do tratamento, ainda se configura como a melhor estratégia de prevenção da sífilis congênita.

Os enganos no manejo correto da sífilis revelam uma desorganização do processo de trabalho, implicando na perda de oportunidades de diagnóstico e intervenção precoce que facilitaria a prevenção da transmissão vertical da doença (LAZARINI; BARBOSA, 2017). O êxito da abordagem a pacientes com diagnóstico de sífilis requer capacitação e supervisão dos profissionais para melhor aplicação dos protocolos e manejo adequado dos casos de sífilis, em vista da prevenção da sífilis congênita (RODRIGUES *et al.*, 2011). Conforme protocolos dos programas de saúde pública ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal e em rotina aprovada pela instituição de saúde; compete ao enfermeiro, além da consulta de enfermagem e outras atividades, solicitar exames complementares e prescrever medicações (COFEN, 2017).

Tais atribuições estão respaldadas pela lei do exercício profissional dos enfermeiros, lei 7.798 de 25 de junho de 1986. Um estudo transversal realizado com 58 parturientes com Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) reagente (teste laboratorial mais conhecido e utilizado para diagnóstico e acompanhamento dos casos de sífilis), em 2008, observou que de 25 parceiros de gestantes com sífilis, que souberam do diagnóstico antes ou durante o pré-natal, apenas seis parceiros realizaram o tratamento adequado (CAMPOS *et al.*, 2012). Segundo Campos *et al.* (2012) a reduzida procura e a dificuldade de tratamento de parcerias sexuais, parece estar associada a construção das políticas de saúde em ter voltado os programas de saúde quase que exclusivamente à mulheres. Somente em 2009 por meio da portaria nº 1.944, de 27 de agosto, foi instituída a política nacional de atenção integral à saúde do homem. Além disso, os homens não se dedicam ao auto-cuidado, e ainda referem o trabalho como obstáculo à procura pelos serviços de saúde. Dessa forma, não reconhecendo suas necessidades de saúde, os homens atribuem o papel do cuidado às mulheres, alimentando a ideia de que não adoecem, e associando doença a fragilidade, característica essa, não intrínseca a sua condição de homem (CAMPOS *et al.*, 2012; SOUSA *et al.*, 2016). A recusa do paciente ao tratamento visa manter a discrição da sua condição de saúde, em decorrência do medo do julgamento e discriminação, caracterizando esse como um dos principais fatores relacionados a não adesão dos contatos sexuais ao tratamento (CAVALCANTE *et al.*, 2012). Em relação ao estabelecimento de horários alternativos para o tratamento, ao contornar barreiras para facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde, o profissional favorece a criação de vínculo e consequentemente confiança com o casal, a partir de uma relação embasada na responsabilidade de resolução dos

problemas (DUARTE, 2007). O funcionamento de Unidades Básicas de Saúde em horários alternativos, conforme necessidade da população está previsto na nova Política de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017.

Conclusão

O estudo evidenciou o desafio dos profissionais no tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis, apontando que a grande dificuldade para o tratamento é a ausência dos parceiros nos serviços de saúde, além da dificuldade no manejo dos casos e ausência ou ineficiência das ações de educação em saúde. Foi possível identificar a dificuldade dos parceiros em comparecer ao serviço para o tratamento e a mobilização de alguns profissionais e suas equipes, a fim de oportunizar o tratamento conforme disponibilidade do cliente. O não comparecimento dos homens nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica é “culturalmente” reconhecida, tendo em vista que os mesmos costumam procurar mais os serviços de pronto atendimento. Abordar, convocar e aconselhar parceiros quando não se tem vínculo e uma boa relação profissional/usuário, baseado no respeito e confiança, não é tarefa fácil. Dessa forma, a educação em saúde ainda se configura como a melhor estratégia de sensibilização dos clientes para adesão ao tratamento adequado. Preparar profissionais para o manejo e aconselhamento adequado da doença e sensibilizá-los para maior empenho na busca ativa é essencial para facilitar a adesão dos parceiros ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- Brasil. 2016b. Ministério da Saúde (MS). Boletim epidemiológico - sífilis 2016. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF. Ano-V, v. 47, n. 35, Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>.
- Brasil. 2017. Ministério da Saúde (MS). Boletim epidemiológico - sífilis 2017. Secretaria de vigilância em Saúde. v. 48, n. 36. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.
- Brasil. 2015. Ministério da saúde (MS). Boletim epidemiológico - sífilis 2015. Secretaria de vigilância em saúde – Departamento DST, Aids e hepatites virais, n.1. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/es/node/88>.
- Brasil. 2016a. Ministério da saúde (MS). Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>.
- Campos, A.L.A., Araújo, M.A.L., Melo, A.P., Andrade, R.F.V., Gonçalves, M.L.C. 2012. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rev Bras ginecol obstet, v. 34, n. 9, p. 397-402, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002.
- Cavalcante, A.E.S; Silva, M.A.M; Rodrigues, A.M.M; Netto, J.J.M; Moreira, A.C.A; Goyanna, N.F. 2012. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. DST j bras doenças sex trans, v. 24, n. 4, p. 239-245. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/4-Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Sifilis.pdf>.

- Cofen. Nota técnica Cofen/Ctln nº 03/2017. Administração da penicilina. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-TÉCNICA-COFEN-CTLN-Nº-03-2017.pdf>.
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC). Ministério da Saúde (MS). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf.
- Domingues, R.M.S.M; Lauria, L.M; Saraceni, V; Leal, M.C. 2013. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet*, v.18, n. 5, p.1341-1351, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/19.pdf>.
- Duarte, G. 2007. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Rev bras ginecol obstet*, v. 29, n. 4, p. 171-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400001.
- Franco, M.L.P.B. *Análise de conteúdo. Série pesquisa. 3º Edição.* Brasília: Líber Livro Editora; 2008.
- Lazarini, F.M; Barbosa, D.A. 2017. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. *Rev latino am enferm*, v. 25, p. e2845. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02845.pdf.
- Pisani, J.P; Zoboli, A.L.C.P; Fracoli, L.A. 2011. Privacidade e confidencialidade em casos de casais discordantes para sífilis. *Cogitare enferm*, v. 16, n. 2, p. 213-8. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/20845/14207>.
- Rodrigues, L.M.C; Martiniano, C.S; Chaves, A.E.P; Azevedo, E.B; Uchoa, S.A.C. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. *Cogitare enferm*, v. 16, n. 1, p.63-9. 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21113>.
- Sousa, A.R; Queiroz, A.M; Florencio, R.M.S; Portela, P.P; Fernandes, J.D. Pereira, A. 2016. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. *Rev baiana de enferm*, v. 30, n. 3, p.1-10. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29939>.
