UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIANA DE SALES DIAS

**Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento
da sífilis congênita no âmbito da Atenção Primária à Saúde.**

SÃO PAULO

2019

MARIANA DE SALES DIAS

Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Versão corrigida

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Dias, Mariana de Sales

Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da Atenção Primária à Saúde./ Mariana de Sales Dias. São Paulo, 2019.

42 p.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata.

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde.

1. Sífilis Congênita 2. Atenção Primária à Saúde 3. Prática Clínica Baseada em Evidências 4. Enfermagem

Nome: Mariana de Sales Dias

Título: Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Co-orientador: Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À Deus, pelo dom da vida
À minha mãe, por me ensinar o valor do conhecimento
Ao meu pai, que lá no céu deve estar orgulhoso dessa conquista
À minha irmã Ana Paula, pelo carinho, companheirismo e cumplicidade
Ao meu marido, João Paulo pelo apoio incondicional em todos os momentos
E ao meu bebê Gabriel, que está chegando para tornar nossos dias ainda mais felizes.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela saúde e sabedoria concedidas para realizar esse sonho.

À minha querida, Prof.^a Dr.^a. Lúcia Izumi Yasuko Nichiatta, pela dedicação que me ofertou durante o percurso. Agradeço por ter me apresentado à vida acadêmica e por tornar a caminhada mais leve, ao compartilhar ensinamentos e me incentivar a buscar novos conhecimentos. Foi um privilégio ter ao meu lado uma pessoa tão especial.

À Prof.^a Dr.^a Cassia Baldini Soares, à Prof.^a Dr.^a Tereza Setsuko Toma e ao Prof. Dr.^o Valdir Monteiro Pinto pela disponibilidade e valiosas contribuições apresentadas no Exame de Qualificação.

À todos os docentes e profissionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por contribuírem na minha jornada.

À Maritsa Carla de Bortoli, Emiliana Maria Grando Gaiotto e Márcia Regina Cunha pelo apoio na busca de evidências científicas e na construção desta pesquisa.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional pela amizade que construímos: Amanda Gomes, Cícero Lozekam, Priscila Meireles, Rosecléia Borges, Tamires Melli.

À minha família, em especial minha mãe e minha irmã, que entenderam alguns momentos de ausência nos prazerosos encontros em Minas, em prol dos estudos.

Ao meu marido João Paulo, pela paciência, cumplicidade e incentivo constante. Agradeço por ter me ajudado a superar as adversidades e enfrentar todos os desafios. Você me fez acreditar que seria possível, essa conquista é nossa. Te amo!

A todos que não foram citados, mas fazem parte desta trajetória. Muito obrigada!

Dias, M.S. Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da Atenção Primária à Saúde. (Dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: a sífilis congênita (SC) é uma doença de transmissão vertical de elevada magnitude para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo. Porém, seu enfrentamento ainda é um desafio para a Atenção Primária à Saúde. Questiona-se quais são as evidências científicas que devem ser tomadas em consideração quando se formulam políticas para o enfrentamento da SC. **Objetivos:** identificar revisões sistemáticas sobre enfrentamento da SC; averiguar opções para a redução da SC a partir da análise de evidências científicas; descrever a equidade das opções e realizar levantamento de possíveis barreiras à implementação; discutir as fragilidades e potencialidades da APS no enfrentamento à SC. **Método:** estudo de revisão de literatura que utilizou a ferramenta SUPPORT (SUPORTE a Ensaios e Revisões relevantes para as Políticas), sugerida pela Rede de Políticas Informadas por Evidências - EVIPNet, criada pela Organização Mundial de Saúde. Foram etapas do estudo: 1) Exploração do problema por meio de uma reunião com especialistas e pessoas-chave da área para discutir e delimitar questões relacionadas à ocorrência da sífilis congênita; 2) Busca de evidências relacionadas ao enfrentamento da SC em revisões sistemáticas realizada por duas pesquisadoras em datas diferentes, nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde BVS, Cochrane, Embase, Health Evidence, Health Systems Evidence, Nice Evidence, Pubmed, Scopus; 3) Extração de dados relevantes das revisões sistemáticas selecionadas e avaliação da qualidade metodológica dos estudos com a aplicação do instrumento AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews); 4) Identificação das opções e dos aspectos relevantes para enfrentar a SC; 5) Levantamento e descrição das considerações sobre a implementação e sobre a equidade das opções e; 6) Produção de uma síntese de evidências para políticas de saúde de enfrentamento da SC no âmbito da APS. **Resultados:** na reunião com especialistas e pessoas-chave da área, reafirmou-se a alta relevância do tema e a prioridade do enfrentamento da SC no contexto local, necessitando de uma abordagem política e da busca de evidências. A busca de revisões sistemáticas encontrou um total de 310 artigos e, após leitura dos títulos e sumários, reduziu-se para 34 estudos, dos quais, após leitura completa, selecionaram-se 20 artigos. Foram elaboradas quatro opções: 1) Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceiros sexuais; 2) Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes e parceiros sexuais com teste de triagem positivo para sífilis; 3) Elaborar estratégias para notificar parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de IST; 4) Realizar campanhas de saúde para informar as formas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência. Todas as opções descritas na síntese têm potencial para enfrentamento da sífilis no âmbito da atenção primária à saúde, porém, elas não apresentam o mesmo nível de efetividade e requerem consideração sobre riscos e benefícios, bem como quanto a barreiras e facilitadores na implementação. **Produto:** conjunto de opções para o enfrentamento da SC no âmbito da APS a partir da identificação de evidências científicas.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita. Atenção Primária à Saúde. Prática Clínica Baseada em Evidências. Enfermagem.

Dias, M.S. Synthesis of Evidence for Health Policies: reduce congenital syphilis in primary health care. (Dissertation). São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2019.

SUMMARY

Introduction: Congenital syphilis (CS) is a high-magnitude vertical transmission disease for which there are simple and inexpensive diagnostic and therapeutic resources. However, their confrontation is still a challenge for Primary Health Care. It is questioned what are the scientific evidences that inform options for the confrontation of CS. **Objectives:** to identify systematic reviews on SC coping; to investigate options for the reduction of CS from the analysis of scientific evidence; describe the fairness of the options and carry out a survey of possible barriers to implementation; to discuss the weaknesses and potentialities of PHC in confronting SC. **Method:** a literature review study using the SUPPORT tool (SUPPORT to Essays and Reviews Relevant to Policies), suggested by the Evidence Informed Policy Network - EVIPNet, created by the World Health Organization. The following stages of the study were: 1) Exploration of the problem through a meeting with experts and key individuals in the area to discuss and delineate issues related to the occurrence of congenital syphilis; 2) Search for evidence related to the coping of CS in systematic reviews conducted by two researchers at different dates, in the databases Biblioteca Virtual de Saúde BVS, Cochrane, Embase, Health Evidence, Health Evidence Evidence, Nice Evidence, Pubmed, Scopus; 3) Extraction of relevant data from the selected systematic reviews and evaluation of the methodological quality of the studies with the application of the AMSTAR instrument (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews); 4) Identification of the options and aspects relevant to face CS; 5) Survey and description of considerations on the implementation and equity of the options and; 6) Production of a synthesis of evidence for health policies facing CS in the context of PHC. **Results:** in the meeting with experts and key people in the area, the high relevance of the topic and the priority of the CS confrontation in the local context were reaffirmed, requiring a political approach and the search for evidence. The search for systematic reviews found a total of 310 articles and, after reading the titles and summaries, was reduced to 34 studies, of which, after complete reading, 20 articles were selected. Four options were elaborated: 1) Expand the offer of screening test for all pregnant women and sexual partners; 2) To perform benzathine penicillin treatment for pregnant women and sexual partners with positive screening test for syphilis; 3) Develop strategies to notify sexual partners of patients with IST diagnosis; 4) Carry out health campaigns to inform the ways of preventing congenital syphilis; promote educational interventions on condom use, IST prevention, and teenage pregnancy. All of the options described in the synthesis have the potential to cope with syphilis in primary health care, but they do not present the same level of effectiveness and require consideration of risks and benefits as well as barriers and facilitators in implementation. **Product:** set of options for coping with SC in the scope of PHC from the identification of scientific evidence.

KEY WORDS: Congenital syphilis. Primary Health Care. Clinical Practice Based on Evidence. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática PRISMA.....	43
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Tratamento da sífilis congênita, de acordo com a situação clínico-laboratorial da mãe.....	20
Quadro 2- Conteúdo extraído da reunião com trabalhadores e pesquisadores envolvidos com a temática da sífilis congênita.....	41
Quadro 3- Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas.....	45
Quadro 4- Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas.....	49
Quadro 5- Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas.....	52
Quadro 6- Achados relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas.....	55
Quadro 7- Considerações sobre a implementação da opção 1.....	61
Quadro 8- Considerações sobre a implementação da opção 2.....	63
Quadro 9- Considerações sobre a implementação da opção 3.....	66
Quadro 10- Considerações sobre a implementação da opção 4.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil, no período de 2010 a 2017.....	22
---	----

LISTA DE SIGLAS

Abrasco- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Aids- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMSTAR- a Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

APS- Atenção Primária à Saúde

BVS- Biblioteca Virtual de Saúde

Bireme- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Conasems- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Covisa- Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Decit- Departamento de Ciência e Tecnologia

EVIPNet- Rede para Políticas Informadas por Evidências

Fiocruz- Fundação Oswaldo Cruz

HI- High Income Countries

IM- Intramuscular

IS- Instituto de Saúde

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

LI- Low Income Countries

LMI- Low Middle Income Countries

MS- Ministério da Saúde

NEv- Núcleo de Evidências

OMS- Organização Mundial da Saúde

Opas- Organização Pan-Americana da Saúde

SC- Sífilis Congênita

SCTIE- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SP- São Paulo

SUPPORT- SUPporting Policy relevant Reviews and Trials

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UI- Unidades internacionais

UMI- Upper Middle Income Countries

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS CONGÊNITA	17
1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNDO, NO BRASIL E NA CIDADE DE SÃO PAULO	21
1.3 AÇÕES PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NO MUNDO, NO BRASIL E NA CIDADE DE SÃO PAULO	23
1.4 OS DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	25
2. OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL.....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3. METODOLOGIA	30
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
3.2 APOIAR A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS	30
3.3 IDENTIFICAR NECESSIDADES DE EVIDÊNCIAS EM PESQUISA	33
3.4 IDENTIFICAR E AVALIAR EVIDÊNCIAS	34
3.4.1 Busca de evidências científicas.....	34
3.4.2 Extração de Dados.....	35
3.4.3 Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.....	36
3.5 CAMINHO DAS EVIDÊNCIAS DE PESQUISA ÀS DECISÕES	37
3.6 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA	38
4. OPÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O QUE INFORMAM AS EVIDÊNCIAS	40
4.1 DIÁLOGO DELIBERATIVO PARA ESCLARECER O PROBLEMA	40
4.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA	42
4.3 QUADROS DE OPÇÕES.....	44
4.3.1 Opção 1. Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceiros sexuais	44

4.3.2 Opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes e parceiros sexuais com teste de triagem positivo para sífilis.....	48
4.3.3 Opção 3. Elaborar estratégias para notificar parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de IST	52
4.3.4 Opção 4. Realizar campanhas de saúde para informar as formas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.	55
4.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS OPÇÕES RELACIONADAS COM EQUIDADE...	57
4.4.1 Opção 1. Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceiros sexuais	58
4.4.2 Opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes e parceiros sexuais com teste de triagem positivo para sífilis.....	58
4.4.3 Opção 3. Elaborar estratégias para notificar parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de IST	59
4.4.4 Opção 4. Realizar campanhas de saúde para informar as formas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.	60
4.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES	61
5. CONCLUSÃO	71
6. REFERÊNCIAS.....	74
7. APÊNDICE	82
8. ANEXOS.....	98

APRESENTAÇÃO

Trabalho como enfermeira supervisora em uma unidade básica de saúde (UBS) desde 2014, serviço este que conta com seis equipes de Estratégia de Saúde da Família. Coordeno o serviço de vigilância epidemiológica da UBS e, a partir da análise dos dados locais de incidência dos agravos de notificação compulsória, notei um aumento expressivo do número de detecção de sífilis em gestantes, acompanhado de um aumento da taxa de incidência de Sífilis Congênita (SC).

Tenho a oportunidade de compartilhar saberes e práticas de cuidado com diversos profissionais que trabalham no cuidado às gestantes com sífilis e seus parceiros, nas diferentes instâncias do município de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde, Comitê de Transmissão Vertical, Unidade de Vigilância Epidemiológica da Supervisão Técnica de Saúde M' Boi Mirim e Enfermeiros Supervisores das unidades básicas do Jardim Ângela e Capão Redondo). Nas trocas de experiência com estes profissionais, percebemos que o controle da sífilis nas gestantes e parceiros não está sendo efetivo e que, apesar dos esforços empreendidos, a incidência da doença tem aumentado em todo o território e como consequência há também o aumento da transmissão vertical. Assim, temos questionado como atingir a meta de eliminação da SC.

Acredito que o enfermeiro na estratégia de saúde da família tem papel fundamental na prevenção da transmissão vertical da sífilis, visto que se trata de uma complicação perinatal evitável, em virtude de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo, de baixo custo. Esse profissional tem conhecimentos específicos de epidemiologia, controle de doenças e agravos à saúde, coordenação de cuidados e aconselhamento.

O ingresso no curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), que ocorreu em 2017, estimulou-me a aprofundar o estudo nesta temática, questionando quais são as opções para políticas públicas com base em evidências científicas para o enfrentamento da SC. O presente projeto faz parte da linha de pesquisa “cuidado em atenção primária em saúde” e trará evidências científicas para o enfrentamento da SC nesse nível de atenção.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O objeto do estudo são as evidências científicas sobre as políticas de saúde que visam reduzir a ocorrência de sífilis congênita (SC) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Para abordá-lo, apresenta-se na introdução uma breve caracterização clínica de sífilis congênita, os aspectos epidemiológicos e as ações de redução da transmissão vertical de sífilis no mundo, no Brasil, na cidade de São Paulo e os desafios da APS no enfrentamento da sífilis congênita.

1.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de caráter sistêmico, curável, exclusiva do ser humano, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa. A infecção é dividida nas seguintes fases: estágio primário (10 a 90 dias após o contato), caracterizado pelo surgimento do cancro duro, uma úlcera indolor no local do contato; estágio secundário (seis semanas a seis meses após o contato), em que pode ocorrer febre, cefaleia, mal-estar, linfadenopatia, erupções cutâneas no tronco e região palmoplantar; estágio latente precoce (nos primeiros dois anos da infecção) e latente tardio (após dois anos de infecção), nos quais a infecção é assintomática; e estágio terciário, no qual indivíduos infectados desenvolvem complicações tardias que podem afetar os sistemas cardiovascular e neurológico após muitos anos da infecção inicial (Avelleira e Bottino, 2006).

No Boletim da Organização Mundial da Saúde de 2004, Berman define a sífilis congênita como o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada para o feto, em razão da passagem dessa bactéria por via transplacentária. Também pode ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto se houver a presença de lesão ativa (Berman, 2004).

Existem dois tipos principais de testes sorológicos para triagem e diagnóstico da sífilis: o teste não treponêmico e o teste treponêmico. O primeiro torna-se reativo na sífilis primária, cerca de quatro a sete dias após o surgimento das lesões. É relativamente barato, fácil de realizar, sensível e quantitativo, portanto, pode ser acompanhado ao longo do tempo para monitorar a resposta ao tratamento. Uma desvantagem dos testes não treponêmicos é que os falso-positivos, muitas vezes de natureza transitória, podem ser causados por infecções virais agudas como hepatite, sarampo e doenças autoimunes. O diagnóstico de sífilis deve ser

confirmado em pessoas com teste não treponêmico positivo por meio de testes treponêmicos. O teste treponêmico é específico e confirma a infecção, torna-se reagente em média 15 dias após a infecção. Na maioria das pessoas, os testes treponêmicos permanecem positivos indefinidamente, independentemente do tratamento da doença (Walker, 2001).

A Portaria nº 3.242/2011 do Ministério da Saúde define as metodologias utilizadas no diagnóstico laboratorial da sífilis, admitindo que deve ser realizado por duas modalidades de ensaio, com a utilização de teste treponêmico e não treponêmico, independentemente da sequência de realização. Esta portaria permite que a investigação comece com o uso de testes de triagem rápida para sífilis, que são testes treponêmicos em que a execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em no máximo 30 minutos. Além disso, não necessitam de estrutura laboratorial complexa (Brasil, 2011).

O estudo de Nascimento e colaboradores discute a implementação do teste rápido em um município do sul do Brasil e salienta que começar a investigação da sífilis com o uso de testes rápidos é uma estratégia para aumentar a captação de gestantes infectadas a tempo de se prevenir a sífilis congênita (Nascimento *et al.*, 2018).

É recomendado no Brasil que toda gestante deve ser testada para sífilis pelo menos três vezes: na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (a partir da 28ª semana de gestação) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores. A parceria sexual também deve ser testada para sífilis e outras IST (Brasil, 2018a).

O neonato de uma gestante que teve sífilis não é considerado, a princípio, infectado ou caso de sífilis congênita, se o tratamento materno antes da gestação ou durante tiver sido adequado e devidamente documentado no acompanhamento pré-natal. Estudo realizado em Porto Alegre lembra que a ausência ou inadequação de pré-natal é o principal fator de risco para sífilis congênita. E chama a atenção de que, quando isso acontece o neonato será investigado e tratado, e a puérpera também deve iniciar o tratamento durante a estadia na maternidade (Hebmuller *et al.*, 2015).

Caracteriza-se como sífilis congênita precoce aquela que se manifesta antes dos 2 primeiros anos de vida e como sífilis congênita tardia aquela que se manifesta após os 2 anos. O diagnóstico tanto de sífilis congênita precoce como tardia é realizado por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna, da avaliação clínico-laboratorial e de estudos de imagem na criança (Brasil, 2016).

A sífilis congênita precoce caracteriza-se por: baixo peso ao nascer, anemia, icterícia, desconforto respiratório, choro débil, rinorreia sanguinolenta, linfadenopatia, trombocitopenia,

esplenomegalia e neurossífilis em 40% a 60% dos casos. Já a sífilis congênita tardia aparece após os 2 anos de idade e seus principais sinais são: ceratite intersticial, articulações de Clunton, envolvimento ósseo, surdez por lesão do oitavo par craniano e neurossífilis (Brasil, 2018a).

A penicilina benzatina foi reconhecida pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2016, como um medicamento essencial para controle da transmissão vertical de sífilis. 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.

Para os casos de sífilis materna primária, secundária ou latente recente, com menos de dois anos de evolução, o Ministério da Saúde recomenda aplicação intramuscular de penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Já nos casos de sífilis latente tardia, latente com duração ignorada e sífilis terciária, é recomendado administrar penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal, por três semanas, dose total de 7,2 milhões UI. As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes sorológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2,4 milhões UI). No caso de teste sorológico reagente para sífilis, devem-se seguir as mesmas recomendações de tratamento de sífilis materna de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina (Brasil, 2018).

Cabe mencionar que, embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores. Isso em decorrência do curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação; e provavelmente pelo desconhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a magnitude desse agravo e os danos que ele pode causar à saúde da mulher e da criança (Domingues *et al.*, 2013).

Para o tratamento do recém-nascido (RN) exposto a sífilis, conforme descrito no Quadro 1, será levada em consideração a situação clínico-laboratorial da mãe.

Quadro 1- Tratamento de crianças expostas a sífilis, de acordo com a situação clínico-laboratorial da mãe.

A – Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar(a), além de outros exames, quando houver indicação clínica	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
A1 – Presença de alterações clínicas e/ ou imunológicas e/ ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A2 – Presença de alteração líquórica	Penicilina cristalina(b) , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ ou líquóricas, e teste não treponêmico não reagente no sangue periférico	Penicilina G benzatina(c) , na dose única de 50.000 UI/kg, IM O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema: Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
B – Para todos os RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico (ex.: VDRL) em amostra de sangue periférico do RN Se reagente e com título maior em duas diluições quando comparado ao título materno e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
B1 – Presença de alterações clínicas e/ ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alterações líquóricas	Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
B2 – Presença de alteração líquórica	Penicilina cristalina(b) , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico do RN	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
C1 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial	Na impossibilidade de garantir o seguimento(d), deve-se proceder ao tratamento do RN com o esquema: Penicilina G benzatina , IM, na dose única de 50.000 UI/kg
C2 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações líquóricas	LCR normal e exames alterados Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
	LCR alterado Penicilina cristalina(b) , na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
	LCR normal e exames normais Penicilina G benzatina(c) , na dose única de 50.000 UI/kg, IM O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

(a) Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis.

(b) Níveis líquóricos treponêmicos de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína, justificando-se o uso da penicilina cristalina. No entanto, em situações extremas, a penicilina procaína pode ser considerada uma alternativa à penicilina cristalina.

(c) O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em crianças assintomáticas, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.

(d) O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais e sintomas clínicos.

1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNDO, NO BRASIL E NA CIDADE DE SÃO PAULO

A Organização Mundial da Saúde relatou uma redução global de aproximadamente 750 mil para 660 mil casos de sífilis congênita no período de 2012 a 2016, embora a prevalência de sífilis materna tenha permanecido estável, 0,70% para 0,69%. Cabe alertar que a incidência do agravo ainda é muito alta, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais. Além disso, a sífilis congênita é considerada a segunda principal causa de morte fetal evitável no mundo, precedida apenas pela malária (WHO, 2019; Korenromp *et al.*, 2019).

Um estudo descreve fatores associados aos desfechos adversos da sífilis congênita no mundo, sendo entre eles: 21% dos casos em gestantes que não receberam atendimento pré-natal; 57% em gestantes que compareceram ao atendimento pré-natal, mas não foram rastreadas; 16% em gestantes que foram rastreadas, mas não foram tratadas; e 6% em mulheres rastreadas e tratadas (devido a falhas no tratamento ou reinfecção durante a gravidez). A maior incidência mundial de sífilis congênita ocorreu na região africana, o que representou aproximadamente 61% do total de casos em 2016. Os pesquisadores sugerem que, para alcançar a eliminação global da sífilis congênita, é necessário melhorar o acesso ao rastreio e tratamento precoce de sífilis; monitorar as mulheres e crianças diagnosticadas com a doença; reduzir a prevalência de sífilis nos parceiros sexuais por meio de triagem e tratamento (Korenromp *et al.*, 2019).

No Brasil, a notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída por meio da Portaria nº 542, de dezembro de 1986; a notificação compulsória de sífilis em gestante foi estabelecida pela Portaria nº 33, de julho de 2005. Na última década, observou-se um aumento dessas notificações que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e à ampliação da utilização de testes rápidos (Brasil, 2018). A tabela 1 detalha as taxas de incidência de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, no período de 2010 a 2017.

Gráfico 1. Taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos) no Brasil.

Fonte: Boletim Epidemiológico Ministério da Saúde 2018

É possível que, nos próximos anos, ocorra um incremento no número de notificações, em decorrência de uma nota informativa do Ministério da Saúde, publicada em setembro de 2017, que alterou os critérios de definição de caso para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita. Diante da necessidade de diminuir o número de subnotificações em gestantes, todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério serão notificadas como caso de sífilis em gestantes e não como sífilis adquirida. E, para fins de vigilância epidemiológica, não será considerado critério de definição de caso de sífilis congênita o tratamento da parceria sexual da mãe (Brasil, 2017).

A cidade de São Paulo está entre as capitais brasileiras com a maior taxa de detecção de sífilis em gestante (22,9 por mil nascidos vivos em 2017). No entanto, no caso da sífilis congênita, a taxa de incidência (6,4 por mil nascidos vivos em 2017) é menor que a média nacional (8,2 por mil nascidos vivos) (Brasil, 2018). Apesar disso, um importante estudo de abrangência nacional argumenta que um número baixo de casos de sífilis congênita não indica necessariamente um bom programa de controle da transmissão vertical, uma vez que casos de sífilis congênita podem estar ocorrendo, mas não estar sendo notificados. Já um número elevado de casos de SC possivelmente indica oportunidades perdidas de intervenção por falhas no processo de notificação, diagnóstico, tratamento adequado das gestantes e seus parceiros (Domingues, Leal, 2016).

Questiona-se quais seriam os motivos para o aumento da taxa de detecção da sífilis materna e sífilis congênita. Nesse quesito, o estudo de Domingues e Leal (2016) relata que os

fatores que podem ter contribuído para a transmissão vertical da sífilis foram: início tardio da assistência pré-natal, menor número de consultas, realização de quantidade inadequada de sorologias para sífilis, falhas no registro do cartão de pré-natal, maior proporção de partos prematuros por história pregressa de gestação anterior com sífilis, prevalência de coinfeção pelo HIV e prevalência de fumo na gravidez atual. Conclui-se ainda que as mulheres com maior vulnerabilidade socioeconômica são aquelas que mais se beneficiariam de um cuidado no pré-natal adequado, porém apresentaram os piores indicadores dessa assistência (Domingues e Leal, 2016).

1.3 AÇÕES PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NO MUNDO, NO BRASIL E NA CIDADE DE SÃO PAULO

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a iniciativa global para eliminar a transmissão vertical da sífilis e do HIV. Essa estratégia se baseia em quatro pilares: garantir um compromisso político sustentado; aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-neonatal; monitorar e tratar as grávidas e os seus parceiros; estabelecer sistemas de vigilância, desenvolver indicadores e fortalecer os sistemas de monitoramento e avaliação (WHO, 2007).

Na região da América Latina e do Caribe, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), incluindo o Brasil, aprovaram, em 2010, a estratégia e o plano de ação para a eliminação da transmissão vertical da sífilis e HIV, em consonância com a iniciativa proposta pela OMS (OPAS, 2014).

Em 2014, a OMS desenvolveu orientações e critérios globais para a validação da eliminação da transmissão vertical da sífilis: SC será considerada eliminada quando atingir a taxa de incidência de 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos. Para atingir a meta proposta, foram feitas também as seguintes recomendações de processo: 95% ou mais de cobertura de assistência pré-natal (pelo menos uma consulta); 95% ou mais das mulheres grávidas em assistência pré-natal testadas para sífilis; a partir de 95% das mulheres com resultado positivo para sífilis tratadas adequadamente (WHO, 2014).

Entre as estratégias para enfrentamento da sífilis congênita adotadas pelo Brasil está a implantação de testes rápidos de HIV e de sífilis, no âmbito da atenção primária à saúde, para promover um diagnóstico precoce desses agravos nas gestantes, um início oportuno do tratamento, com vistas à eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Essa

ação ocorreu a partir da criação da Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste numa rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011a).

O Ministério da Saúde também recomenda a instituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical nos estados, regiões de saúde, capitais e/ou municípios que apresentarem elevado número de casos de sífilis congênita, com o objetivo de identificar as possíveis falhas que ocasionam a transmissão vertical da sífilis e propor medidas de correção na prevenção, assistência e vigilância do agravo (Brasil, 2016).

Pesquisadora experiente na temática, Matida (2011) reafirmou a recomendação para o Estado de São Paulo, sugerindo que todo caso de sífilis congênita e Aids em crianças diagnosticado e notificado fosse investigado, a fim de detectar as oportunidades perdidas que a gestante, seu parceiro sexual e a criança sofreram. A identificação dessas oportunidades perdidas pode orientar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações para o controle desses agravos (Matida, 2011).

A eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo pode ser alcançada se esses agravos forem prevenidos, diagnosticados e tratados precocemente durante o período de pré-natal. No Brasil, embora essas intervenções estejam preconizadas, há dificuldades da rede em prover acolhimento, aconselhamento e diagnóstico laboratorial da infecção. Além disso, a cobertura de mulheres testadas no pré-natal é insuficiente e a qualidade do atendimento pré-natal ainda está aquém do desejável (Matida, 2011).

Reconhecem-se como principais desafios a serem vencidos para atingir a meta de eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV: a prevenção das IST e das condições de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres, como o uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, gravidez na adolescência, viver em situação de rua ou privadas de liberdade (São Paulo, 2015).

Algumas ações de enfrentamento da SC em São Paulo são: capacitações sobre teste rápido para Sífilis e HIV, com implantação desses testes na atenção primária à saúde; capacitações para o manejo da sífilis em gestante e sífilis, com oficinas para médicos, enfermeiros e profissionais da vigilância epidemiológica; pré-natal do homem, estratégia que visa assegurar triagem, tratamento e garantia de assistência ao parceiro da gestante com sífilis; ampliação dos comitês de investigação da transmissão vertical para discussão de casos identificados e recomendações para correção de possíveis falhas; ações integradas para

ampliação do acesso e fortalecimento da rede de apoio às gestantes usuárias de crack e outras drogas (Cervantes *et al.*, 2015).

Reafirma-se que a sífilis congênita é uma doença prevenível e, como mencionado pela pesquisadora Matida, para enfrentar esse problema, é fundamental o envolvimento das áreas técnicas da APS, programas de saúde da mulher, de saúde da criança, de saúde do adolescente e de IST/AIDS, além da sociedade civil em todos os níveis de atuação, bem como a inclusão do tema na agenda dos gestores (Matida, 2011).

1.4 OS DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, desenvolvidas por meio do trabalho em equipe e orientadas pelos princípios do SUS (Brasil, 2012).

Segundo Starfield, a APS constitui a porta de entrada preferencial do serviço de saúde, promove o vínculo da pessoa atendida, é responsável por todos os problemas de saúde, além de organizar, coordenar e/ou integrar o cuidado, articulando-se com os demais níveis de complexidade (Starfield, 2002).

No Brasil, tem-se investido na ampliação da atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família como uma ampla rede para avançar na prevenção e no controle da sífilis e demais agravos à saúde (Araújo *et al.*, 2012).

Estudo realizado em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro afirma que, para promover o enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, é necessário: captação precoce das gestantes para o início da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional; garantia do diagnóstico da doença durante a gestação no menor prazo possível, permitindo o tratamento antes da 24ª à 28ª semana gestacional; manejo clínico adequado da gestante e seu(s) parceiro(s), incluindo o aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção. Acredita-se que essas estratégias são potencialidades da APS no enfrentamento da sífilis congênita e podem contribuir para a redução da vulnerabilidade das mulheres e seus parceiros às IST (Domingues *et al.*, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a prevenção da ocorrência de sífilis congênita, oferecendo diagnóstico e tratamento gratuitos para a população, com destaque para as políticas públicas direcionadas às gestantes e suas parcerias sexuais. No entanto, existe um

crescente número de casos de sífilis congênita, óbitos fetais, abortos e diversas sequelas irreversíveis para os recém-nascidos, decorrentes dessa infecção evitável (Lazarini e Barbosa, 2017). Um estudo conduzido em Campinas identificou oportunidades perdidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, que retardaram a realização do diagnóstico de sífilis congênita. Sabe-se que a ocorrência de tantos casos de SC evidencia graves falhas no pré-natal, mesmo nas regiões metropolitanas, onde existe maior acesso e, supostamente, melhor qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Essas falhas foram atribuídas às limitações da APS nos seguintes aspectos: cobertura e qualidade insuficiente do pré-natal; captação, diagnóstico e tratamento inadequado da gestante e parceiro; ausência de monitoramento do tratamento da gestante e parceiros (Andrade *et al.*, 2018).

A melhoria da qualidade dos serviços de APS apresenta-se como um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). A ocorrência de agravos de saúde evitáveis por ações no âmbito da APS – aqueles que quando prevenidos ou diagnosticados e tratados adequadamente podem reduzir o risco de complicações, internações hospitalares e óbitos – expressa a ocorrência de falhas no desempenho da assistência prestada pelos serviços e, nesse sentido, constitui um importante indicador de qualidade, acessibilidade e resolubilidade da APS (Alfradique *et al.*, 2009; Avelino *et al.*, 2015).

Embora existam políticas públicas para a eliminação da sífilis congênita, elas não parecem ser uma rotina na maioria dos serviços de saúde. Para tornar realidade a erradicação da sífilis congênita no Brasil, são necessárias capacitação profissional, sensibilização e padronização das condutas dos profissionais de saúde. Além disso, os centros de atenção primária à saúde devem passar por um processo de supervisão que ofereça apoio para a implementação das diretrizes recomendadas e para a promoção de cuidados com base na privacidade, no respeito e na confidencialidade das informações (Rocha *et al.*, 2019).

Portanto, são inúmeros os desafios. O presente estudo questiona quais são as evidências científicas a serem tomadas em consideração quando se formulam políticas sobre intervenções exitosas para o enfrentamento da SC.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Sintetizar evidências relativas às políticas públicas para o enfrentamento da SC no âmbito da APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar evidências científicas sobre ações para o enfrentamento da SC;
2. Averiguar opções para a redução da SC a partir da análise de evidências científicas;
3. Descrever a equidade das opções e realizar levantamento de possíveis barreiras para implementação das opções;
4. Discutir as fragilidades e potencialidades da APS no enfrentamento à sífilis congênita.

3. METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, que tem como produto uma síntese de evidências científicas para políticas de saúde sobre estratégias e ações para a redução dos casos de sífilis congênita no âmbito da atenção primária à saúde.

As revisões sistemáticas são sínteses de evidências de pesquisa que abordam uma questão claramente formulada, usando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente as pesquisas relevantes e para coletar e analisar dados dos estudos (Lavis *et al.*, 2009).

A síntese de evidências para políticas é a apresentação da informação em um formato adequado ao tomador de decisões. Considerando os contextos locais, evidências científicas são extraídas de revisões sistemáticas e apresentadas ao gestor, trazendo informações relevantes como formas de atuação diante de um problema (Toma *et al.*, 2017).

As discussões sobre a prática fundamentada em evidências e a formulação de políticas com base em evidências podem gerar um debate sobre o que exatamente vem a ser a evidência. Normalmente, considera-se que a evidência está relacionada a fatos (reais ou declarados) que têm por objetivo ser usados como embasamento para uma conclusão (Lomas, 2005).

As evidências poderão ser utilizadas para melhorar as práticas de gestão no sistema de saúde; aprimorar a escolha baseada na relação de custo/benefício e custo/efetividade; aumentar a abrangência e o aprofundamento das políticas públicas endereçadas a problemas de saúde relevantes; reduzir obstáculos na utilização do conhecimento científico na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde; aumentar e melhorar a disseminação social do conhecimento produzido pelas pesquisas científicas, em especial no campo da saúde pública (Brasil, EVIPNet, 2015).

3.2 APOIAR A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS

Uma das iniciativas de promoção e implementação de estratégias de tradução do conhecimento e intercâmbio entre produtores e usuários de evidências científicas é o relatório mundial de saúde da OMS de 2012, cujo tema é *No Health without Research*, que defende um

investimento intenso em pesquisa científica e seu uso em políticas de saúde. Devem ser estabelecidos e fortalecidos os mecanismos de transferência de conhecimento para apoiar a saúde pública, com sistemas e políticas de saúde fundamentados em evidências. Estratégia esta, que já é utilizada no Canadá através do programa *Health Evidence*, em que as melhores evidências científicas são usadas para sustentar os alicerces dos programas e serviços de saúde pública, transformando pesquisa em ação (Pang, 2011).

A grande desigualdade socioeconômica ainda existente no Brasil e as disparidades regionais tornam a apreciação e uso de evidências científicas um grande desafio para os tomadores de decisão, nas diferentes esferas de atuação (federal, estadual e municipal). Para que o uso de evidências científicas seja realizado de forma eficiente, a realidade local deverá ser levada em consideração. Nem todas as estratégias para o enfrentamento de determinados problemas, serão eficientes em todos os contextos. Além disso, a percepção dos usuários e trabalhadores da saúde e a resistência a determinadas políticas podem gerar barreiras à implementação das opções, mesmo aquelas com forte rigor científico e metodológico (Brasil, EVIPNet, 2015).

Políticas e serviços de saúde informados por evidências são uma tendência mundial na busca de melhores resultados com recursos limitados, principalmente nos países em desenvolvimento, onde a estruturação e a expansão de sistemas e serviços de saúde ainda se fazem necessárias (Barreto, Souza, 2013).

Para promover o uso sistemático e transparente das evidências da pesquisa em saúde na elaboração de políticas, foi criada pela Organização Mundial da Saúde, em 2005, a Rede para Políticas Informadas por Evidências/Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet). Presente em 36 países de baixa e média renda, promove parcerias entre os gestores da política, a sociedade civil e os pesquisadores, para permitir o desenvolvimento e a implementação de políticas usando as melhores evidências de pesquisa disponíveis. Desde a sua criação, a EVIPNet foi pioneira em uma abordagem para colocar evidências no cerne da formulação de políticas, o que está se tornando uma norma aceita. (WHO Evipnet, 2016).

No Brasil, visando estimular o uso de evidências no SUS, o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), em 2007, apresentou à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e à Organização Mundial de Saúde (OMS) uma proposta de adesão do Brasil à EVIPNet Américas. Isso se deu com o intuito de que o país participasse da rede colaborativa mundial (EVIPNet Global) para formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas informadas por evidências científicas (Dias *et al.*, 2014).

Diferentes instituições são parceiras da iniciativa EVIPNet Brasil, entre elas se destacam o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), além das secretarias estaduais e municipais de saúde, universidades e organizações não governamentais (Brasil EVIPNet, 2015).

No Estado de São Paulo, foi criado em agosto de 2014 o Núcleo de Evidências (NEv) do Instituto de Saúde (IS), parceiro do Evipnet Brasil, que conta com uma equipe de pesquisadores, sendo sua coordenação vinculada ao Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP. Com esta iniciativa, o Instituto de Saúde visa proporcionar o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação, implantação de políticas, gestão dos serviços e sistemas de saúde no âmbito do SUS-SP (Gaiotto, 2015).

No presente estudo, para a elaboração da síntese de evidências, utilizou-se a ferramenta SUPPORT (Supporting policy relevant reviews and trials - Suporte a ensaios e revisões relevantes para as Políticas), empregada pela Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet). A ferramenta SUPPORT pressupõe: apoiar a elaboração de políticas informadas por evidências; identificar as necessidades de evidências em pesquisa; descobrir e avaliar evidências; caminhar das evidências de pesquisa às decisões (Lavis, 2009).

A ferramenta SUPPORT tem o objetivo de reduzir o abismo entre evidências científicas e as práticas nos serviços e nas políticas de saúde. Isso ocorre por meio da tradução do conhecimento, um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde, oferecer produtos de saúde mais efetivos e fortalecer o sistema de saúde (Vettore e Lamarca, 2011), sendo o foco da presente investigação a tradução do conhecimento e elaboração de uma síntese de evidências científicas para políticas de saúde com opções para a redução da ocorrência de sífilis congênita no âmbito da APS.

3.3 IDENTIFICAR NECESSIDADES DE EVIDÊNCIAS EM PESQUISA

Os formuladores de políticas e aqueles que os apoiam, muitas vezes, deparam-se com situações em que precisam decidir qual é a melhor maneira de definir um problema. Podem ter identificado um problema através de um processo explícito de definição de prioridades; lido sobre um problema em um relatório de uma agência nacional de estatísticas ou de um pesquisador independente; tido que responder a uma pergunta difícil sobre um problema, feita no congresso ou por alguém que vive em sua seção eleitoral; encontrado um problema que foi destaque na primeira página de um jornal diário; identificado um problema graças à sua experiência pessoal com um sistema de saúde (Lavis, 2009).

Nesta dissertação, a definição do problema ocorreu a partir da experiência pessoal/profissional. Como enfermeira supervisora de vigilância epidemiológica de uma unidade básica de saúde desde 2014, tenho oportunidade de acessar dados locais de incidência dos agravos de notificação compulsória. A partir da análise desses dados, notei, ao longo dos anos, um aumento expressivo do número de detecção de sífilis em gestante, acompanhado da elevação da taxa de incidência de sífilis congênita.

Ao comparar os dados locais com as taxas de incidência municipal, estadual e nacional, no site do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretária de Vigilância em Saúde, percebi que a sífilis congênita é uma doença de transmissão vertical, com elevada magnitude, que vem aumentando em todo o país e também no mundo. Logo, vislumbrei a necessidade de estudar opções e estratégias para reduzir a incidência do agravo. Os indicadores coletados para determinar a magnitude do problema são dados epidemiológicos, revisões sistemáticas e pesquisas qualitativas sobre sífilis em gestante e sífilis congênita, já que permitem acesso à percepção de diferentes grupos envolvidos na situação. A elaboração de uma síntese de evidências para informar políticas de saúde é necessária para esclarecer quais serviços e programas podem ser oferecidos ou incluídos, como prestar tais serviços, os arranjos financeiros, arranjos de gestão e como implantar mudanças. O problema pode ser descrito enfocando as opções, inclusive políticas, para o enfrentamento do agravo.

As razões que levam formuladores de políticas a desejar a solução de determinado problema e quais decisões poderão ser tomadas para se atingir o resultado almejado também são importantes na construção do problema que será objeto da síntese de evidências. Independentemente da estratégia utilizada para a delimitação do problema, conflitos e debates estarão presentes e são processos importantes na formulação de políticas (Lavis *et al.*, 2012).

A Ferramenta SUPPORT prevê encontros entre especialistas e pessoas-chave da área, como gestores e formuladores de políticas, com o objetivo de apoiar a elaboração de políticas baseadas em evidências científicas.

Seguindo a metodologia proposta pela ferramenta SUPPORT, em agosto de 2018, foi realizada pela pesquisadora um diálogo deliberativo para esclarecer o problema e estabelecer políticas informadas por evidências direcionadas ao enfrentamento da sífilis congênita, na qual participaram representantes da divisão de vigilância epidemiológica da Covisa; representantes da supervisão técnica de saúde e supervisão de vigilância epidemiológica da região de M'Boi Mirim; profissionais de saúde que atuam na área de pesquisa, no atendimento ao pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis e reabilitação das crianças com sífilis congênita; profissionais do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde.

A pauta da reunião foi composta por breve apresentação da pesquisadora e dos convidados, com a descrição do interesse pelo tema, dos dados epidemiológicos da sífilis em gestante e sífilis congênita no município de São Paulo, com foco na região do M'Boi Mirim (área de atuação profissional da pesquisadora), descrição da metodologia do estudo, explanação sucinta sobre a Rede EVIPnet e exemplos de sínteses de evidências produzidas utilizando a mesma metodologia.

O objetivo da reunião foi discutir e delimitar os problemas relacionados à sífilis congênita.

3.4 IDENTIFICAR E AVALIAR EVIDÊNCIAS

Para identificar e avaliar evidências científicas sobre opções para o enfrentamento da sífilis congênita, que subsidiem políticas públicas, seguiram-se estes passos: Busca de evidências por meio de revisões sistemáticas; Extração de dados e; Avaliação da qualidade da evidência.

3.4.1 Busca de evidências científicas

A busca de evidências científicas foi realizada para identificar revisões sistemáticas sobre sífilis congênita e opções para reduzir o agravo. As revisões sistemáticas são vistas como uma das principais fontes de informação para a formulação de políticas, especialmente com relação à assistência na descrição dos impactos das opções. Elas também ajudam a compreender os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema, como e por que as opções

funcionam e os pontos de vistas e experiências das partes interessadas com relação a opções específicas (Lavis, 2009).

Foram acessadas as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde, Cochrane Library, Embase, Health Evidence, Health Systems Evidence, Nice Evidence, Pubmed, Scopus. Os descritores utilizados foram “sífilis”, “sífilis congênita”, “transmissão vertical de doença infecciosa”, "gestante", em português e inglês.

Foram critérios de inclusão: tipo de Estudo – revisão sistemática e overview; Idioma – português, inglês e espanhol; artigos com pelo menos uma destas palavras-chave: Gestante, Sífilis ou Infecção Sexualmente Transmissível. E como critérios de exclusão: estudos que não fossem revisão sistemática e overview, artigos que não tratassem dos assuntos Sífilis ou Infecção Sexualmente transmissível.

Após a definição das estratégias de busca, as revisões sistemáticas foram identificadas, contando com duas pesquisadoras que o fizeram de forma independente, em datas diferentes, caracterizadas como MSD e EMGG. Nessa fase, ambas identificaram os mesmos estudos.

Foi elaborada uma planilha em Excel com os artigos encontrados. Após exclusão das duplicidades, seguiu-se a leitura dos títulos pelas duas pesquisadoras e foram excluídas revisões que não abordavam o tema. As mesmas pesquisadoras, de forma independente, realizaram leitura dos resumos das revisões para consenso entre os artigos selecionados para a leitura na íntegra. No caso de dúvida, um terceiro pesquisador (P3) foi consultado, para estabelecer o critério de desempate. A partir da leitura completa, foram elencados revisões sistemáticas para extração de dados.

3.4.2 Extração de Dados

A extração foi realizada pela pesquisadora MSD e conferida pela pesquisadora EMGG. Após a efetivação dessa etapa, as pesquisadoras discutiram eventuais discordâncias e, a partir de consenso, foram selecionadas as revisões sistemáticas para a elaboração das opções.

Para realizar a extração de dados, elaborou-se uma planilha em Excel com o conjunto das informações detalhadas das revisões sistemáticas identificadas. Cada linha do quadro correspondeu a uma revisão sistemática e cada coluna representou o item que foi analisado no estudo.

Na planilha da extração de dados, foram descritos os seguintes itens: identificação da revisão sistemática, respectivamente pelo título, autores e link para acesso; os objetivos do estudo; a intervenção analisada e elementos da opção; os focos primário e secundário do estudo;

os principais elementos do estudo (quantidade de estudos, tipos de estudo, tipos de intervenção, características da população, número de participantes); os principais achados das revisões sistemáticas (contexto da revisão, resultados primários e secundários, conclusão, benefícios, danos potenciais, custo efetividade, incertezas e viés, implementação ou teste em algum lugar); as considerações sobre implementação (percepções e experiências de pacientes; indivíduos; tomadores de decisão; trabalhadores em saúde; organização de serviços de saúde; sistemas de saúde); considerações sobre equidade (descrição de dados, considerações ou levantamentos sobre questões de equidade ou possíveis fatores de iniquidade); lacunas de conhecimento; a proporção de estudos que incluíram a população-alvo; a proporção de estudos com foco no problema; a proporção de estudos realizados em países de baixa renda (Low Income Countries - LI), Média baixa renda (Low Middle Income - LMI), Média alta renda (Upper Middle Income - UMI), alta renda (High Income - HI); o último ano de busca dos estudos incluídos e a referência segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

3.4.3 Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos

Compôs a análise e foi inserida na planilha de extração uma avaliação quanto à qualidade metodológica da evidência, por meio do instrumento AMSTAR (A Measurement Tool to Assess the methodological quality of systematic Reviews (Shea *et al.*, 2007).

Na AMSTAR (Anexo 1), avalia-se a qualidade metodológica a partir dos itens: projeto da revisão sistemática a priori, seleção de estudos e extração de dados em duplicata, realização de pesquisa bibliográfica abrangente, uso da situação de publicação como critério de inclusão, disponibilidade de lista de estudos incluídos e excluídos, características dos estudos incluídos, avaliação documentada da qualidade desses estudos, uso adequado da qualidade científica na formulação de conclusões, uso de métodos apropriados para combinar os achados dos estudos, avaliação do viés de publicação e documentação de potenciais conflitos de interesse (Shea *et al.*, 2007).

A AMSTAR é composta por 11 itens que são apresentados sob a forma de perguntas, sendo possível as seguintes respostas: “Sim” (descrição completa do item), “Não” (não descrito), “Não é possível responder” (não há informações suficientes para responder à pergunta) ou “Não se aplica”. A pontuação total da AMSTAR é calculada somando um ponto para cada “Sim” e nenhum ponto para todas as outras respostas, resultando em pontuações resumidas de 0-11, de tal forma que: escores de 1 a 4 correspondem à baixa qualidade, escores

de 5 a 8 correspondem a estudos de qualidade moderada, e escores de 9 a 11 correspondem à alta qualidade (Shea *et al.*, 2007).

A avaliação da qualidade metodológica das evidências por meio da AMSTAR também foi realizada de forma independente pelas duas pesquisadoras. Após a realização desta etapa, as pesquisadoras entraram num consenso sobre quais revisões sistemáticas seriam utilizadas na elaboração das opções. Importante considerar que o AMSTAR serve às revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções clínicas, de tal forma, notas baixas não significam, necessariamente, uma revisão de má qualidade, uma vez que se buscam revisões sistemáticas que informaram políticas. O contrário também, ou seja, altas notas obtidas podem não estar refletindo boa evidência para política. Portanto, independentemente do resultado – baixa ou moderada qualidade da revisão, optou-se pela inclusão, considerando sua importância no conjunto das revisões.

3.5 CAMINHO DAS EVIDÊNCIAS DE PESQUISA ÀS DECISÕES

Gestores e formuladores de políticas de saúde dispõem de pouco tempo para a leitura de relatórios acadêmicos, a fim de subsidiar suas tomadas de decisão. Nesse sentido, sínteses que fornecem informações globais sobre evidências de revisões sistemáticas, informações locais sobre problemas prioritários e opções para lidar com esses problemas são muito úteis para facilitar o uso de evidências na formulação de políticas de saúde (WHO, 2018).

Para que a síntese de evidências possa apoiar as políticas baseadas em evidências, é essencial: tratar de um problema de alta prioridade e descrever o contexto relevante do problema em questão; descrever o problema, os custos, as consequências e principais considerações da implementação de opções para tratar o problema; empregar métodos transparentes e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar as evidências sintetizadas da pesquisa; levar em consideração a qualidade, aplicabilidade local e equidade ao discutir as evidências sintetizadas da pesquisa (Lavis *et al.*, 2009).

Lavis e Colaboradores sugerem que a estrutura da Síntese de Evidências deve empregar um formato gradual de entrada no assunto, por exemplo, com uma página de mensagens-chave, seguida de três páginas de resumo executivo, para depois apresentar um relatório completo com 25 páginas. As opções para abordagem política, identificadas no processo de busca de evidências, devem conter a descrição de: benefícios, danos e custos de cada opção, percepções e experiências das partes interessadas. A linguagem deve ser adequada ao público interessado, sem perder a objetividade nas informações fornecidas. Os autores também recomendam que o

documento seja submetido a revisão de um pesquisador e um representante do público interessado (Lavis *et al.*, 2012).

Nesse estudo, foi produzida uma síntese de evidências sobre o enfrentamento da sífilis congênita, que enfocou a prevenção e o tratamento da sífilis em gestante e identificou opções informadas por evidências científicas para obter redução de complicações decorrentes da transmissão vertical da doença.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A ferramenta SUPPORT prevê a fase de diálogo deliberativo e a implementação das opções propostas numa Síntese de Evidências. No presente estudo, seguiu-se até a elaboração da síntese, sem esta fase do diálogo deliberativo, dado o limite imposto pelo prazo da dissertação. O projeto inicial, com o diálogo deliberativo, obteve a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, conforme Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação do estudo está disponível na Plataforma Brasil através de consulta ao CAAE 88268018.6.3001.0086. O diálogo deliberativo deverá ser realizado numa fase posterior à produção da síntese de evidências.

4. OPÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O QUE INFORMAM AS EVIDÊNCIAS

4.1 DIÁLOGO DELIBERATIVO PARA ESCLARECER O PROBLEMA

Na chuva de idéias entre os componentes do diálogo deliberativo para esclarecer o problema e estabelecer políticas informadas por evidências direcionadas ao enfrentamento da sífilis congênita, ocorreu um consenso sobre qual deveria ser o foco da síntese, assim como houve a previsão de possíveis barreiras e de como superá-las.

O quadro 2 traz o conteúdo extraído da reunião com trabalhadores e pesquisadores envolvidos com a temática da sífilis congênita. A partir das discussões e diferentes pontos de vista sobre a problemática, o grupo trouxe contribuições para reafirmar que o tema tem alta relevância, é prioridade no contexto local e necessita de uma abordagem política baseada em evidências científicas que busquem apoiá-la.

Quadro 2- Conteúdo extraído da reunião com trabalhadores e pesquisadores envolvidos com a temática da sífilis congênita.

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA COVISA	
Refere que o aumento dos índices de sífilis congênita pode estar associado à dificuldade de realização do pré-natal em gestantes usuárias de crack, adolescentes e imigrantes, pois algumas delas não comparecem às consultas e abandonam o pré-natal.	
Aponta a falta de tempo e dificuldade de abordagem dos profissionais da atenção primária para realizar ações de planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.	
Relata que a capacitação para atendimento à sífilis é insuficiente nos profissionais que atuam na atenção primária, pois alguns não sabem fazer diagnóstico e notificação da doença.	
Descreve a rotatividade e a falta de vínculo do profissional da atenção primária com a instituição de saúde como um possível fator causador do aumento dos índices de sífilis, já que muitas vezes o profissional que foi capacitado deixa a instituição de saúde. Assim será necessário dispendir recursos humanos e materiais para treinar o novo profissional, o que costuma demorar para acontecer. O novo profissional passa um tempo atendendo consultas sem o conhecimento sobre notificação e tratamento de sífilis.	
Refere que a dificuldade de parceria com as demais secretarias e a falta de intersetorialidade podem ocasionar o aumento dos casos de sífilis. Por exemplo: ações de prevenção de IST em escolas poderiam ser executadas com o apoio da Secretaria de Educação, ações de busca ativa de gestantes usuárias de crack que não frequentam o pré-natal poderiam ser apoiadas pela Secretaria de Assistência Social.	
SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE	
Refere dificuldade de fazer o profissional da atenção primária entender qual a importância da realização do teste rápido na abertura do pré-natal ou em qualquer momento da gestação, pois o profissional acredita que será apenas mais uma tarefa e não haverá impacto no controle da sífilis.	
Relata que o número de profissionais da atenção primária é insuficiente para realizar todas as demandas.	
Aponta questões de vulnerabilidade social, dificuldade de entendimento do diagnóstico de sífilis e das consequências da sífilis congênita pelo paciente.	
Descreve a falta de uma campanha em nível ministerial voltada para sífilis, com grande abrangência nos meios de comunicação e uma linguagem acessível para sensibilizar a população.	
Fala sobre a ausência de incentivo por parte do profissional da atenção primária às gestantes com sífilis para o autocuidado.	
SUPERVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	
Afirma que a comunicação em rede não acontece, pois, quando a gestante inicia o tratamento para sífilis em uma unidade básica de saúde e muda de endereço, mesmo que seja para um bairro vizinho, ela não é encontrada e algumas vezes abandona o pré-natal. Só se sabe do novo endereço quando o hospital informa o nascimento do RN com sífilis congênita.	
A puérpera é esquecida quando nasce a criança. Não é ofertado sorologia de controle, planejamento familiar e orientações sobre saúde sexual e reprodutiva. Por isso, muitas vezes, a mulher tem novamente sífilis numa próxima gestação.	
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Acreditam que o subfinanciamento do SUS para a prática e para a pesquisa pode estar ligado ao aumento do número de casos de sífilis, já que o foco dos atendimentos na atenção primária está voltado para produtividade e metas, deixando de lado a qualidade.	
Descrevem situações em que a comunicação intersetorial foi deficiente, resultando em casos de sífilis congênita.	
Referem que a liberalização de costumes e a maneira como a sociedade vai lidar com os problemas de saúde dificulta a abordagem e sensibilização sobre prevenção de IST pelos profissionais da atenção primária.	
Apontam a vulnerabilidade social como uma possível causa do aumento de IST.	
Relatam que o programa de saúde na escola é deficiente, devido à sobrecarga do profissional de saúde, já que “tudo o que não dá certo nas demais secretarias, a saúde dá um jeito”.	
NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS DO INSTITUTO DE SAÚDE	
Afirmam que a pobreza e a exclusão social podem ocasionar o aumento do número de casos de sífilis, já que esses fatores muitas vezes distanciam a população dos serviços de saúde.	

Fonte: Elaboração Própria

4.2 BUSCA DE EVIDÊNCIAS

Após a realização do diálogo deliberativo para esclarecer o problema, foram acessadas nos meses de setembro e outubro de 2018 as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cochrane Library, Embase, Health Evidence, Health Systems Evidence, Nice Evidence, Pubmed, Scopus.

As estratégias de busca utilizadas e a quantidade de artigos encontrados respectivamente foram:

- Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Syphilis OR Sífilis OR lues, Filtro Revisão Sistemática: 16 artigos; "transmissão vertical de doença infecciosa" AND "gestante", Filtro Revisão Sistemática: 1 artigo; (syphilis OR sífilis OR lues) AND (instance:"regional") AND (type_of_study("overview")): 12 artigos.
- Cochrane Library: Syphilis, Filters Systematic Reviews: 15 artigos.
- Embase: Syphilis AND Pregnancy, Filters Systematic Reviews: 45 artigos.
- Health Evidence: Syphilis, Filters Systematic Reviews: 22 artigos.
- Health Systems Evidence: Syphilis, Filters Systematic Reviews: 19 artigos.
- Nice Evidence: syphilis AND "pregnancy", Filters Systematic Reviews: 32 artigos; "congenital syphilis" AND "pregnancy", Filters Systematic Reviews: 6 artigos.
- Pubmed: "syphilis" and "Infectious Disease Transmission, Vertical", Filters Systematic Reviews: 8 artigos; "syphilis" AND "pregnancy", Filters Systematic Reviews: 58 artigos.
- Scopus: syphilis AND "pregnancy", Filters Systematic Reviews: 76 artigos.

Na Figura 1 encontra-se a seleção dos estudos encontrados segundo fluxograma PRISMA.

Figura 1 – Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática.

A partir da análise do problema e da identificação de evidências científicas disponíveis em revisões sistemáticas, foram verificadas opções para abordar a SC no âmbito da APS. Vale destacar que nenhuma das revisões encontradas fez referência direta ao termo Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, na elaboração sobre equidade e implementação das opções, foram agregadas considerações que tratam deste ponto de atenção. As opções de política não apresentam o mesmo nível de efetividade e exigem consideração sobre riscos e benefícios, bem como quanto a barreiras e facilitadores na implementação.

Essa síntese de evidências identificou quatro opções para a redução da SC: 1) Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceiros sexuais; 2) Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes e parceiros sexuais com teste de triagem positivo para sífilis; 3) Elaborar estratégias para notificar parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de IST; 4) Realizar ações intersetoriais por meio de campanhas de saúde sobre prevenção da transmissão vertical da sífilis, promoção do uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.

O objetivo desta seção é apresentar o que se sabe acerca das opções, com a descrição dos benefícios, danos potenciais, custo-efetividade, incertezas, principais elementos da opção (se ela já foi implementada em algum lugar) e as percepções das partes interessadas.

4.3 QUADROS DE OPÇÕES

4.3.1 Opção 1. Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceiros sexuais

É importante oferecer testes rápidos de triagem dupla para sífilis e HIV, utilizando o mesmo cartucho, para todas as gestantes e parceiros, tanto na primeira consulta de pré-natal quanto no terceiro trimestre, visando oportunizar tratamento imediato e prevenir complicações decorrentes da transmissão vertical da sífilis, bem como a coinfeção pelo HIV.

Quadro 3- Achados relevantes para a Opção 1, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma revisão sistemática (Shahrook <i>et al.</i>, 2014) descreveu que realizar o rastreamento para sífilis nas clínicas de atendimento de pré-natal resultou em: menor incidência de sífilis congênita; maior proporção de mulheres testadas para sífilis tanto na primeira consulta quanto na consulta no terceiro trimestre; maiores taxas de tratamento adequado da gestante e do seu parceiro; mais casos de sífilis detectados no primeiro e terceiro trimestres gestacionais.</p> <p>A avaliação da sensibilidade e especificidade dos testes rápidos mostrou que, em configurações limitadas de recursos, o benefício da triagem usando testes rápidos supera em muito o risco de uma pequena proporção de casos perdidos em decorrência de resultados falso-negativos ou ao tratamento excessivo devido à infecção passada (Jafari <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Uma revisão sistemática (Rogozínska <i>et al.</i>, 2017) avaliou a sensibilidade e a especificidade de quatro testes realizados nas clínicas de atendimento de pré-natal, com o intuito de estabelecer critérios de elegibilidade. Entre todos os testes avaliados, os testes Determine™ e SD BioLine Syphilis 3.0 apresentaram a maior sensibilidade, respectivamente 0,83 e 0,86, e apresentaram alta especificidade, respectivamente 0,96 e 0,99. O cartão <i>Qualitative Rapid Plasma Reagin</i>, comumente usado na prática clínica, teve uma sensibilidade de 0,70 e especificidade de 0,97.</p> <p>Uma abrangente revisão sistemática (Harriet <i>et al.</i>, 2016) trouxe estudos para avaliar a acurácia diagnóstica de testes rápidos duplos para sífilis e HIV, utilizando o mesmo cartucho, conduzidos em países de baixa renda (LI), média baixa renda (LMI), média alta renda (UMI) e alta renda (HI). Todos os estudos mostraram uma sensibilidade e especificidade muito altas para o HIV; e uma sensibilidade e especificidade mais baixas, porém adequadas para a sífilis.</p>

(Continua)

(Continuação)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Os clientes citaram o tempo para o resultado, o custo e a exigência de um único dedo como características importantes da dupla testagem. A triagem para sífilis, seguida de tratamento com penicilina injetável no início da gestação, trata efetivamente a gestante, previne a sífilis congênita e reduz o risco de coinfeção pelo HIV (Swartzendruber <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Uma outra revisão sistemática (Swartzendruber <i>et al.</i>, 2015) relata que a estratégia simultânea de testagem rápida de HIV e sífilis encurtou significativamente o tempo entre o teste e a obtenção dos resultados.</p> <p>Intervenções para melhorar a cobertura e os efeitos dos programas de rastreamento para a sífilis no atendimento pré-natal podem reduzir a incidência de óbito fetal e morte perinatal atribuível à sífilis em 50% (Hawkes <i>et al.</i>, 2011); e podem reduzir não apenas a ocorrência de natimortos, mas também da carga da doença resultante da SC (Di Mario <i>et al.</i>, 2007).</p>
Danos potenciais	Não foram relatados riscos ou danos potenciais relacionados com a opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Uma revisão sistemática (Rogozínska <i>et al.</i>, 2017) aborda o custo/efetividade dos testes rápidos de triagem. Refere que o custo médio dos testes é de US\$ 0,91 e US\$ 1,05. No entanto, sua confiabilidade depende da proporção de mulheres com infecção previamente tratada que ainda podem ser testadas como positivas e, conseqüentemente, tratadas desnecessariamente. Ressalta que os testes podem fornecer um resultado falso-positivo em várias treponematoses não venéreas. Porém há um maior benefício no tratamento excessivo de todos os pacientes com resultados falso-positivos em oposição à alternativa.</p> <p>Não foram encontrados outros estudos que avaliaram o custo ou custo-efetividade desta opção.</p>

(Continua)

(Continuação)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>O teste de sífilis realizado no atendimento de pré-natal mostrou alguns resultados promissores para detecção e tratamento precoce da doença. Porém, os autores afirmam que mais estudos são necessários a fim de determinar a eficácia das estratégias adotadas para melhorar os resultados adversos associados à sífilis em gestantes e recém-nascidos, especialmente em regiões de alto risco (Shahrook <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Uma revisão sistemática (Harriet <i>et al.</i>, 2016) afirmou ter algumas limitações, pois podem ter faltado alguns estudos em andamento, para os quais os resultados ainda não estavam disponíveis. Apenas um número limitado de estudos de avaliação da acurácia diagnóstica foi publicado para cada teste rápido duplo. O melhor desempenho diagnóstico foi observado para o teste SD BIOLINE HIV/Syphilis Duo, porém mais estudos de avaliação estavam disponíveis para este teste, em comparação com os outros dois incluídos na metanálise. Mais evidências são necessárias para informar o desempenho do Teste de Anticorpo Múltiplo Rápido TP/HIV MedMira e do Ensaio de HIV/Sífilis Chembio DPP. Também são necessários mais estudos a fim de avaliar a sensibilidade do componente de sífilis dos testes diagnósticos.</p> <p>Os testes rápidos de triagem para sífilis não podem ser usados para distinguir entre infecção ativa e passada, pois os anticorpos para <i>Treponema pallidum</i> persistem mesmo se o paciente for tratado com sucesso (Jafari <i>et al.</i>, 2013).</p>
Principais elementos da opção (se já foi implementada/ testada em outro lugar)	<p>A maior parte dos estudos incluídos nas revisões sistemáticas que avaliaram a triagem pré-natal para reduzir a incidência de sífilis congênita foram realizados em países de baixa renda, média baixa renda, média alta renda (Shahrook <i>et al.</i>, 2014; Jafari <i>et al.</i>, 2013; Rogozińska <i>et al.</i>, 2017; Harriet <i>et al.</i>, 2016; Swartzendruber <i>et al.</i>, 2015; Hawkes <i>et al.</i>, 2011; e Di Mario <i>et al.</i>, 2007).</p>

(Continua)

(Conclusão)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Principais elementos da opção (se já foi implementada/ testada em outro lugar)	Os principais elementos identificados nesta opção estão relacionados a realizar triagem para sífilis no local de atendimento do pré-natal, no primeiro e terceiro trimestres (Shahrook <i>et al.</i> , 2014); implementar teste rápido duplo para triagem de sífilis e HIV (Harriet <i>et al.</i> , 2016; Swartzendruber <i>et al.</i> , 2015); e reduzir a morte fetal e natimortalidade, bem como a transmissão vertical de sífilis, por meio da triagem e tratamento da doença no início da gestação (Hawkes <i>et al.</i> , 2011; Di Mario <i>et al.</i> , 2007).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	O único estudo que incluiu a percepção dos sujeitos afetados foi a revisão de Swartzendruber e colaboradores, 2015, na qual as gestantes relataram estar muito satisfeitas com o teste rápido, pois reduziu o tempo de espera e forneceu resultado no mesmo dia. As mulheres participantes do referido estudo relataram preferir punção digital à punção venosa. Algumas delas declararam não estar totalmente informadas sobre os testes e não se sentir capazes de pedir mais informações aos enfermeiros.

Fonte: Elaboração própria

4.3.2 Opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes e parceiros sexuais com teste de triagem positivo para sífilis.

Devem-se tratar as gestantes com diagnóstico de sífilis com Penicilina Benzatina, se possível no primeiro trimestre da gravidez, preferencialmente antes da 24ª semana. Oportunizar também o tratamento dos parceiros sexuais, para prevenir a reinfecção da gestante e a transmissão da sífilis congênita.

Quadro 4- Achados relevantes para a Opção 2, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma revisão sistemática mostrou que o tratamento para sífilis na gestação com penicilina está associado a uma redução de 82% na natimortalidade, uma redução de 64% no parto prematuro e uma redução de 80% nos óbitos neonatais (Blencowe <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Complementando essa informação, outra revisão sistemática (Blencowe <i>et al.</i>, 2011) traz evidência de que pelo menos 2,4 milhões UI de penicilina benzatina aplicada até 28 dias antes do parto são eficazes no tratamento da sífilis em gestantes para prevenir a SC, com maior efeito quando administradas no início da gravidez (antes de 24 a 28 semanas).</p> <p>O momento das intervenções de cuidados pré-natais (triagem e tratamento) fazem uma diferença significativa no risco de ter um resultado adverso devido à sífilis. As mulheres que procuraram atendimento nos dois primeiros trimestres de sua gravidez e receberam a intervenção apropriada apresentaram maior probabilidade de ter um bebê saudável, em comparação com as mulheres rastreadas e tratadas no terceiro trimestre (Hawkes <i>et al.</i>, 2013).</p>
Danos potenciais	<p>Outros antibióticos, como tetraciclina orais e macrolídeos (por exemplo, eritromicina, azitromicina) têm sido usados para tratar a sífilis em adultos, mas não são recomendados para as gestantes devido à sua toxicidade no feto (tetraciclina) ou porque não atravessam a barreira placentária (macrolídeos). A ceftriaxona parenteral tem sido usada para tratar a sífilis em pacientes alérgicos à penicilina, mas como nenhum estudo controlado avaliou sua eficácia entre mulheres grávidas na prevenção da transmissão vertical da sífilis, esse tratamento não é recomendado na gravidez (Blencowe <i>et al.</i>, 2011).</p>

(Continua)

(Continuação)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Danos potenciais	<p>Embora o risco de morte e de reações adversas graves devido à penicilina benzatina pareça ser muito baixo, são necessárias pesquisas para determinar e monitorar especificamente a incidência de reações adversas em mulheres grávidas, incluindo uma compreensão mais clara das taxas de reações leves, moderadas e reações adversas graves (Galvão <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Uma revisão sistemática (Galvão <i>et al.</i>, 2013) teve como objetivo estimar o risco de reações adversas graves à penicilina benzatina em gestantes para prevenir a sífilis congênita. Nos estudos dessa revisão, não foram relatadas reações adversas graves entre as mulheres grávidas incluídas. Na população geral, entre 2.028.982 pacientes tratados, quatro morreram de uma reação adversa. O risco conjunto de morte foi praticamente zero.</p>
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Uma revisão sistemática (Blencowe <i>et al.</i>, 2011) relatou que o custo econômico de triagem e o tratamento de casos de sífilis na gravidez na Tanzânia foi estimado em US\$ 1,44 por mulher examinada, US\$ 20 por mulher tratada e US\$ 186 por caso de natimorto ou baixo peso ao nascer evitado. O estudo sugeriu que a triagem e o tratamento nas clínicas de atendimento de pré-natal sejam a estratégia mais eficaz, menos onerosa e que a tradução desses resultados em programas rotineiros efetivos foi demonstrada. O rastreamento de parceria sexual da gestante a fim de reduzir o risco de reinfeção é custo efetivo, porém raramente é realizado.</p>
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Uma revisão sistemática (Blencowe <i>et al.</i>, 2011) relatou que o custo econômico de triagem e o tratamento de casos de sífilis na gravidez na Tanzânia foi estimado em US\$ 1,44 por mulher examinada, US\$ 20 por mulher tratada e US\$ 186 por caso de natimorto ou baixo peso ao nascer evitado.</p>

(Continua)

(Continuação)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	O estudo sugeriu que a triagem e o tratamento nas clínicas de atendimento de pré-natal sejam a estratégia mais eficaz, menos onerosa e que a tradução desses resultados em programas rotineiros efetivos foi demonstrada. O rastreamento de parceria sexual da gestante a fim de reduzir o risco de reinfecção é custo efetivo, porém raramente é realizado.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Nenhum dos estudos incluídos na metanálise (Bhutta <i>et al.</i>, 2011) fez qualquer tentativa de controlar as diferenças sistemáticas entre mulheres tratadas e não tratadas. Por exemplo, mulheres que não frequentam a clínica de atendimento de pré-natal e/ou que não cumprem regimes complexos de tratamento com penicilina podem diferir nos seus perfis de risco para natimortalidade, parto prematuro e morte neonatal de mulheres infectadas totalmente complacentes.</p> <p>Poucos estudos incluídos na revisão sistemática (Blencowe <i>et al.</i>, 2011) foram ajustados para potenciais fatores de confusão e, assim, a qualidade geral da evidência foi considerada baixa. No entanto, o diagnóstico oportuno e o tratamento com penicilina benzatina reduzem substancialmente o risco de morte fetal, a morbidade e mortalidade neonatal. Logo, deve ser fortemente recomendada em áreas onde a sífilis é prevalente, mesmo que venha acompanhada de um rótulo de “evidência de baixa qualidade”. Os autores ressaltam que ensaios clínicos randomizados do efeito da penicilina em comparação com nenhum tratamento não seria ético.</p> <p>Mais estudos são necessários para avaliar os casos de falha do tratamento com os regimes atualmente recomendados e isso deve incluir uma avaliação do papel da infecção pelo HIV em casos de falha no tratamento da sífilis pré-natal (Walker, 2001).</p>

(Continua)

(Conclusão)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	A penicilina é eficaz no tratamento da sífilis em gestantes em termos de curar a infecção na mulher e também prevenir a SC. A transmissão vertical da sífilis foi prevenida em 95% a 98% dos casos por meio do tratamento com penicilina (Walker, 2001).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Não foi reportado nenhum aspecto da percepção dos sujeitos afetados pelos elementos da opção.

Fonte: Elaboração própria

4.3.3 Opção 3. Elaborar estratégias para notificar parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de IST

Devem-se notificar parceiros de pacientes com diagnóstico de infecção sexualmente transmissível, incluindo a sífilis, visando prevenir a reinfecção, disseminação e possíveis complicações da doença, como é o caso da sífilis congênita.

Quadro 5- Achados relevantes para a Opção 3, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	A notificação de parceiro é um processo em que os parceiros sexuais de pacientes que receberam um diagnóstico de IST serão informados sobre: sua exposição à infecção, a necessidade de receber tratamento e como prevenir-se de futuras infecções. Essa estratégia visa reduzir o risco de complicações e disseminação da doença (Ferreira <i>et al.</i> , 2013). A escolha do paciente influencia as estratégias de notificação do parceiro.

(Continua)

(Continuação)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	O encaminhamento por contrato induziu o tratamento de mais parceiros do que o encaminhamento para o provedor (MD 2,2, 95% CI 1,95 a 2,45), mas o número de parceiros recebendo tratamento foi o mesmo em ambos os grupos (Ferreira <i>et al.</i> , 2013).
Danos potenciais	A estratégia de notificação do parceiro requer que o paciente revele seu diagnóstico de IST ao parceiro e o encoraje a considerar o rastreamento ou tratamento. Essa divulgação pode levar a benefícios como o tratamento bem-sucedido do parceiro, o apoio emocional e a proteção da saúde de outras pessoas. Porém, também pode levar a estigma, rejeição, abuso físico e discriminação (Ferreira <i>et al.</i> , 2013).
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custos ou custo-efetividade da opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>A revisão sistemática (Ferreira <i>et al.</i>, 2013) não identifica uma única estratégia ótima para notificação dos parceiros de pacientes com diagnósticos de IST. A maioria dos estudos foi feita em países desenvolvidos, não se sabe se as intervenções realizadas em países de alta renda são aplicáveis a contextos com recursos limitados. Não há evidências suficientes para determinar os componentes mais eficazes de uma estratégia de notificação dos parceiros.</p> <p>Existem poucos estudos para permitir conclusões consistentes sobre os efeitos relativos das estratégias para notificar pacientes para diferentes IST. Mais ensaios clínicos randomizados de alta qualidade das estratégias de notificação de parceiros para HIV e sífilis, usando desfechos biológicos, são necessários.</p>

(Continua)

(Conclusão)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>Uma revisão sistemática (Ferreira <i>et al.</i>, 2013) abrange quatro estratégias principais de notificação do parceiro: a) Encaminhamento pelo paciente: o paciente diz a seus parceiros sexuais que eles precisam ser tratados; b) Terapia de parceiros acelerada: o paciente entrega medicação ou uma receita de medicação aos parceiros sem a necessidade de um exame médico do parceiro; c) Encaminhamento do provedor: o pessoal do serviço de saúde entra em contato com os parceiros e os notifica, após o consentimento do paciente; d) Encaminhamento por contrato: o paciente é encorajado a notificar os parceiros, mas o pessoal do serviço de saúde entrará em contato com eles se não visitarem o serviço de saúde até uma determinada data acordada com o paciente.</p> <p>Um estudo incluído na revisão sistemática (Ferreira <i>et al.</i>, 2013) foi realizado entre pacientes com sífilis, para comparar a notificação do parceiro por contrato (O pessoal do serviço de saúde encoraja o paciente a notificar seus parceiros, com o entendimento de que o pessoal do serviço de saúde notificará os parceiros que não visitarem o serviço de saúde até uma data acordada) versus a referência de provedor (pessoal do serviço de saúde entra em contato com o parceiro e o notifica, com consentimento do paciente).</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhum dos estudos reportou a percepção dos sujeitos afetados pela implementação de elementos da opção

Fonte: Elaboração própria

4.3.4 Opção 4. Realizar campanhas de saúde para informar as formas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.

Devem-se promover campanhas de saúde na mídia para informar a população sobre as formas de prevenção da transmissão vertical de sífilis, com definição de indicadores em longo prazo; incentivar do uso de preservativos; realizar intervenções escolares para prevenção de IST e gravidez na adolescência.

Quadro 6- Achados relevantes para a Opção 4, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Intervenções baseadas em incentivos que se concentram em manter os jovens na escola secundária podem reduzir a gravidez na adolescência, mas testes adicionais são necessários para confirmar isso. (Mason-Jones <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Das muitas estratégias para reduzir as infecções sexualmente transmissíveis em todo o mundo, a promoção do uso de preservativos continua a ser a pedra angular (Moreno <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>O único estudo que se mostrou promissor na redução da prevalência do vírus herpes simples foi a intervenção de transferência monetária condicional; enquanto as duas únicas intervenções experimentais que reduziram a gravidez foram as intervenções baseadas em incentivos para manter a frequência escolar. Cada vez mais se percebe que os determinantes estruturais da saúde são questões importantes a serem abordadas para melhorar os resultados sexuais e reprodutivos dos adolescentes. Os pesquisadores questionam que é necessário reconhecer isso ao projetar intervenções de alta qualidade. (Mason-Jones <i>et al.</i>, 2016).</p>

(Continua)

(Continuação)

Danos potenciais	<p>Ao analisar as campanhas de saúde de combate à sífilis, uma revisão sistemática (Saraceni <i>et al.</i>, 2005) relata que não foi encontrada preocupação com a sustentabilidade da intervenção, não foram descritos indicadores ou condições traçadoras para uma formalização de estratégias e contabilização de resultados ou impacto de longo prazo.</p> <p>Determinantes sociais, como a falta de empoderamento das mulheres, o escasso diálogo entre o casal, a violência doméstica e o preconceito relacionado ao uso do preservativo, podem aumentar o risco de práticas sexuais inseguras (Moreno <i>et al.</i>, 2014).</p>
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Não foram identificados estudos que avaliaram custos ou custo-efetividade da opção.</p>
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>A revisão sistemática sobre a avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita (Saraceni <i>et al.</i>, 2005) aponta que existe um espaço a ser preenchido no campo da avaliação de campanhas de saúde, principalmente no que se refere à construção metodológica.</p> <p>Há pouca evidência de que programas baseados exclusivamente em currículos educacionais sejam eficazes na melhoria dos resultados de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes (Mason-Jones <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>O impacto positivo do preservativo pode ser limitado pelo seu uso inconsistente ou baixo. Sabe-se que vários fatores estão associados ao não uso do preservativo durante a relação sexual, incluindo percepção de prazer reduzido, desconforto, desconfiança do parceiro, uso de outros métodos contraceptivos (Moreno <i>et al.</i>, 2014).</p>

(Continua)

(Conclusão)

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Alguns dos ensaios incluídos na revisão sistemática (Mason-Jones <i>et al.</i> , 2016) são grandes, complexos, bem desenhados e bem conduzidos e os participantes foram acompanhados de médio a longo prazo.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Vários estudos descreveram uma tendência de indivíduos com múltiplos parceiros sexuais e encontros sexuais ocasionais frequentes relatarem números mais altos de uso de preservativos comparados a outros grupos. A população em geral tende a apresentar menor prevalência de uso de preservativo por motivos como o uso de outros métodos contraceptivos e uma percepção negativa de preservativos, que simbolizam a promiscuidade e a infidelidade. As intervenções de promoção do uso do preservativo podem ter um impacto diferente em grupos populacionais distintos (Moreno <i>et al.</i> , 2014).

Fonte: Elaboração própria

4.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS OPÇÕES RELACIONADAS COM EQUIDADE

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS que norteia as políticas de saúde. Seu sentido remete ao entendimento de que há necessidades de grupos específicos e que é possível realizar práticas que reconheçam as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades dos grupos sociais, considerando o direito à saúde. No caso das opções para o enfrentamento da SC, significa que as decisões sobre a implementação destas devem levar em consideração se essas opções poderão ou não influenciar negativamente as desigualdades entre os grupos sociais (Barros, Sousa, 2016).

4.4.1 Opção 1. Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceiros sexuais

A opção se destina a ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce da sífilis a gestantes e parceiros, no âmbito da APS, uma vez que a realização do teste rápido não requer tecnologias muito complexas, proporciona resultados em tempo hábil, podendo contribuir para agilizar a adoção das medidas necessárias para a prevenção da transmissão vertical.

Os testes rápidos de triagem para sífilis não podem ser usados para distinguir infecção ativa e passada. Porém, em locais com recursos limitados, onde a maioria da população não tem acesso a um laboratório, aqueles que apresentam testagem positiva são tratados imediatamente para interromper a transmissão potencial da sífilis para um parceiro sexual ou para o feto no caso de mulheres grávidas. Esta prática é aceita, já que o risco de tratamento excessivo devido a resultado falso-positivo é mais aceitável do que o risco de não tratamento da sífilis (Jafari *et al.*, 2013).

A sífilis materna, a falta de cuidado de pré-natal apropriado e a desvantagem socioeconômica destacam-se como principais fatores de risco para a ocorrência de natimortos nos países em desenvolvimento. O fortalecimento dos serviços de saúde, incluindo serviços de atenção no pré-natal que realizem triagem para a sífilis, ajudaria a aliviar os problemas de saúde relacionados à natimortalidade desses países (Di Mario *et al.*, 2007).

4.4.2 Opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes e parceiros sexuais com teste de triagem positivo para sífilis.

Esta é uma opção que apesar de amplamente recomendada, enfrentou barreiras decorrentes do desabastecimento da penicilina benzatina para gestantes que receberam diagnóstico de sífilis no âmbito da APS, com sérias consequências na ocorrência de SC. As empresas produtoras do medicamento no Brasil alegavam haver problemas na aquisição da matéria-prima em maio e junho de 2014, entretanto, havia a expectativa que a produção fosse regularizada a partir de julho do mesmo ano (Brasil, 2015), o que não ocorreu, persistindo a falta em 2016 e 2017, conforme os relatos das dificuldades na aquisição, amplamente divulgados pela mídia e discutidos pelos gestores do SUS, órgãos reguladores e conselhos de saúde (Cardoso *et al.*, 2017).

O processo produtivo nacional de fármacos precisa superar a dependência da importação de princípios ativos atualmente oriundos, principalmente, da Índia e da China, como é o caso da penicilina (Pinto, Barreiro, 2013). Esta dependência nacional do mercado externo para a produção de medicamentos expõe a cadeia de abastecimento farmacêutico a uma situação de fragilidade (Reis, Perini, 2008). Porém, no caso da penicilina, outra questão pode estar contribuindo para desestimular a produção nacional do fármaco, bem como provocar sua escassez cíclica em nível internacional, que é o fato de ela estar há anos no mercado e ter seu valor mercadológico reduzido. A indústria farmacêutica, que está sempre em busca de lançamentos para manter-se competitiva e continuar auferindo altos lucros, não tem interesse em manter a produção desse antibiótico (Cardoso *et al.*, 2017).

A eficácia de vários regimes de antibióticos para o tratamento da sífilis primária e secundária em mulheres grávidas deve ser avaliada usando ensaios clínicos randomizados, que os comparam com as recomendações existentes. Isso deve incluir o tratamento com antibióticos orais, o que poderia ser particularmente relevante em países pobres em recursos, onde a disponibilidade de agulhas e seringas seguras não pode ser garantida. (Walker, 2001)

4.4.3 Opção 3. Elaborar estratégias para notificar parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de IST

Esta opção apresenta estratégias para notificar parceiros sexuais e pode apoiar o enfrentamento da SC, visto que reduz a probabilidade de reinfecção pela gestante. No entanto, a partir de dados de um estudo (Gomez *et al.*, 2013) em que foi realizada uma análise sobre os motivos que levam os homens a procurarem menos os serviços de saúde quando comparados às mulheres, infere-se que a dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de IST pode estar relacionada ao imaginário social que vê o homem como ser invulnerável, contribuindo para que ele se cuide menos e se exponha às situações de risco.

Questiona-se como a construção de políticas voltadas à saúde dos homens podem influenciar na adesão e tratamento dos parceiros sexuais das gestantes. Na tentativa de atrair os homens para os serviços de APS foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Uma das estratégias preconizadas por esta política é o pré-natal do parceiro, que estimula a presença do homem nas consultas relacionadas à gestação; realiza a oferta de exames de rotina e testes rápidos aos parceiros; incentiva a paternidade consciente por meio de ações educativas (Brasil, 2009). Entretanto, para se obter uma melhor cobertura do tratamento

aos parceiros sexuais de gestantes com sífilis, é necessário capacitar adequadamente os profissionais de saúde para atender às demandas subjetivas que surgem do diagnóstico (Rocha, 2019).

Apesar de sua excelente custo-efetividade, as ações de prevenção da SC demandam abordagens complexas por envolverem questões relativas ao comportamento sexual. Isso significa que o enfrentamento da SC não depende apenas de conhecimentos biomédicos, recursos humanos e materiais, pois envolve intervenções não somente sobre aspectos biológicos, mas também comportamentais e socioculturais (Araújo, 2012).

Uma revisão sistemática (Ferreira *et al.*, 2013) relata que, apesar de a notificação do parceiro ser praticada como uma medida para controlar as IST, há necessidade de mais avaliações de intervenções que combinem capacitação de profissionais de saúde e educação de pacientes para países em desenvolvimento. Muitas avaliações não foram conduzidas como ensaios clínicos randomizados e muitas foram realizadas em países desenvolvidos.

4.4.4 Opção 4. Realizar campanhas de saúde para informar as formas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.

Estudo demonstra que no ano subsequente à uma campanha de eliminação da sífilis congênita no Rio de Janeiro, houve redução de 29% no número de óbitos por sífilis congênita. Entretanto, observou-se retorno à situação anterior nos anos seguintes (Domingues *et al.*, 2013). Logo, para que essa opção seja implementada é necessário levar em consideração o estabelecimento de metas de curto, médio e longo prazo, para o planejamento de campanhas de saúde e demais estratégias de enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da APS.

Os incentivos para promover a frequência escolar podem reduzir o número de gestações na adolescência. Ao mesmo tempo, não se sabe se recursos monetários fornecidos mensalmente pelos governos ou uniformes escolares gratuitos reduzem o número de jovens infectados por IST (Mason-Jones *et al.*, 2014).

Na maioria dos países de baixa e média renda, o custo é uma barreira para a compra de preservativos. Mesmo quando o custo não é um problema, a não disponibilidade de preservativos geralmente resulta em práticas sexuais desprotegidas. Em certas sociedades, o cenário em que os preservativos são fornecidos, comercializados e comprados pode dificultar sua aquisição por possíveis consumidores. Além disso, em muitas sociedades, os valores morais

e os fatores étnicos e religiosos desempenham um papel importante nos comportamentos de saúde e nas políticas de promoção da saúde (Moreno *et al.*, 2014).

4.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

Para implementar as opções deve-se considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as fragilidades e potencialidades da APS à implementação das opções, especialmente as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

Quadro 6. Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Opção 1- Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceria sexual
Paciente/indivíduos tomadores de decisão	<p>As gestantes que realizaram o teste rápido duplo preferiram a punção digital à punção venosa, relataram satisfação, pois o procedimento reduziu o tempo de espera, forneceu resultados e tratamento no mesmo dia. Os pesquisadores apontaram como barreira à implementação o fato de algumas mulheres relatarem não estar totalmente informadas sobre os testes e não se sentir capazes de pedir mais informações aos enfermeiros. (Swartzendruber <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>É importante avaliar os obstáculos e desafios do rastreamento que as gestantes enfrentam tanto no nível individual quanto no sistema de saúde. Muitas delas permanecem sem rastreio e, portanto, sem tratamento por falta de conhecimento ou consciência sobre a infecção por sífilis e os testes de triagem; barreiras de acesso às clínicas pré-natais; e má qualidade dos serviços de pré-natal. (Shahrook <i>et al.</i>, 2014).</p>
Trabalhadores de Saúde	Trabalhadores de saúde treinados e aptos a realizar o teste rápido são indispensáveis à implementação dessa opção.

(Continua)

(Continuação)

Níveis	Opção 1- Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceria sexual
Trabalhadores de Saúde	Os fatores facilitadores para a implementação do teste rápido são: exigência de menos tempo e número de pessoal, satisfação dos profissionais de saúde pela possibilidade de triagem e tratamento imediato. Mas também relatam barreiras como a falta de insumos para teste rápido, transferências de pessoal e rotatividade frequente, que foram um desafio de treinamento e afetaram negativamente a qualidade dos testes. (Swartzendruber <i>et al.</i> , 2015)
Organização de Serviços de Saúde	<p>Os serviços de saúde devem estar preparados para fornecer treinamento adicional de profissionais de saúde e executar procedimentos de gerenciamento de qualidade, para apoiar a implantação do teste rápido. Os programas de garantia de qualidade permitem a avaliação de: instalações, execução e interpretação dos resultados dos testes, identificação dos profissionais de saúde que precisam de treinamento. Os sistemas de referência para realização de teste rápido nas unidades de saúde e serviços baseados na comunidade aumentaram a cobertura de testes. (Swartzendruber <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Faz-se necessário considerar que a falta de infraestrutura, de recursos humanos, de definição do fluxo de trabalho no seguimento dos pacientes com resultados reagentes e aceitabilidade do teste podem ser barreiras à sua implementação na APS, conforme apontado em diferentes estudos brasileiros (Nascimento <i>et al.</i>, 2018; Lopes <i>et al.</i>, 2016; Macêdo <i>et al.</i>, 2008). O Ministério da Saúde recomenda que o serviço da APS, para ter condições apropriadas de realizar teste rápido, deve dispor, entre outros atributos, de uma sala reservada e com garantia de privacidade, além de geladeira, de preferência exclusiva, para armazenamento dos testes (Brasil, 2012). No entanto há estudos brasileiros que relatam que a inadequação do espaço físico é uma realidade de algumas unidades básicas de saúde, assim como a indisponibilidade de teste rápido, apesar de disporem de profissionais capacitados (Nascimento <i>et al.</i>, 2018).</p>

(Continua)

(Conclusão)

Níveis	Opção 1- Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceria sexual
Sistemas de Saúde	<p>Esforços estão sendo feitos pela OMS para melhorar a precisão das estimativas de sífilis materna, assim será possível avaliar o progresso nas iniciativas globais e regionais de eliminação da sífilis congênita, bem como realizar o planejamento estratégico (Ham <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Para ampliar a oferta de teste rápido e estimular o fortalecimento do sistema de saúde, é fundamental o apoio de autoridades nacionais e locais de saúde, preocupadas com a saúde materna e infantil, HIV e infecções sexualmente transmissíveis (Swartzendruber <i>et al.</i>, 2015).</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 7. Considerações sobre a implementação da opção 2

Níveis	Opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes com teste de triagem positivo para sífilis.
Paciente/indivíduos tomadores de decisão	<p>Na implementação dessa opção, é importante considerar a idade gestacional de tratamento, já que a resposta imunológica fetal à infecção ocorre na última parte do segundo trimestre de gravidez. A detecção e o tratamento da infecção da sífilis após 24 a 28 semanas de gestação pode ser tardia demais para evitar a ocorrência de algumas perdas fetais, natimortos ou partos prematuros.</p> <p>Para prevenir os resultados adversos da gravidez relacionados à sífilis, as mulheres devem acessar o atendimento de pré-natal suficientemente cedo, ser testadas, receber resultados prontamente, ser tratadas adequadamente e permanecerem não infectadas pelo resto da gravidez (Blencowe <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Mesmo em países de alta renda, casos de natimortalidade relacionada à sífilis congênita ainda ocorrem. Fatores que contribuem para isso incluem: o não comparecimento de gestantes ao atendimento de pré-natal ou o comparecimento apenas no terceiro trimestre; falta de material para teste e tratamento no local onde é realizado o pré-natal; não retorno das gestantes para resultados/tratamento; e infecção ou reinfecção durante a gravidez (Blencowe <i>et al.</i>, 2011).</p>

(Continua)

(Continuação)

Níveis	Opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes com teste de triagem positivo para sífilis.
Trabalhadores de Saúde	<p>Entre as múltiplas causas da incapacidade de eliminar a transmissão vertical de sífilis estão preocupações sobre a segurança das injeções de penicilina, principalmente em ambientes com recursos limitados e em pacientes com histórico de alergia à penicilina. Relatos informais sugerem que alguns profissionais de saúde da atenção primária podem não se sentir confortáveis em administrar penicilina injetável. (Galvão <i>et al.</i>, 2013)</p>
Organização de Serviços de Saúde	<p>Em todos os locais em que a penicilina benzatina é administrada, é essencial que os profissionais tenham treinamento e recursos adequados para fornecer injeções estéreis e tratamento da anafilaxia. Um componente desse treinamento deve incluir a avaliação rotineira de uma história de reações alérgicas a antibióticos, incluindo a penicilina. Uma história de alergia à penicilina parece ser uma boa medida de rastreamento para prever a probabilidade de uma reação séria. Aqueles com uma história positiva de alergia à penicilina podem ainda se beneficiar de testes de hipersensibilidade para excluir uma verdadeira alergia, se disponível (Galvão <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>No Brasil, embora existam recomendações para a aplicação da penicilina benzatina em gestantes e parceiros com diagnóstico de sífilis na APS (Brasil, 2011), ainda há um grande número de unidades de saúde que não realizam o tratamento no próprio local onde é realizado o pré-natal e a não abordagem dos parceiros mostra-se como um dos obstáculos a uma efetiva prevenção da sífilis congênita (Domingues <i>et al.</i>, 2013; Sanine <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Uma revisão sistemática (Gomez <i>et al.</i>, 2013) sugere que, a menos que o teste e o tratamento da sífilis na gravidez estejam disponíveis universalmente, mais da metade das gestações em mulheres com sífilis obterá um resultado adverso e afirma a necessidade de priorizar os esforços globais para eliminar a transmissão vertical da sífilis.</p>

(Continua)

(Continuação)

Níveis	Opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes com teste de triagem positivo para sífilis.
Organização de Serviços de Saúde	<p>Lembra aos responsáveis pela alocação de recursos que a eliminação da sífilis congênita é uma prioridade de saúde pública que permitirá o progresso imediato para o objetivo de desenvolvimento sustentável do milênio, de reduzir em dois terços a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos.</p> <p>A organização do processo de assistência no pré-natal compromete a efetividade do tratamento da sífilis durante a gestação, o que torna evidente a urgência de se repensar as práticas relacionadas às oportunidades de tratamento da sífilis, conferindo maior responsabilidade dos diversos pontos da rede, especialmente nas unidades de atenção primária à saúde (Sanine <i>et al</i>, 2016).</p>
Sistemas de Saúde	<p>Os sistemas de saúde devem garantir a alta qualidade do atendimento de pré-natal, reforçando que o teste e o tratamento precoce são os únicos meios eficazes de bloquear a transmissão vertical da sífilis. A educação em saúde para mulheres grávidas deve continuar a reforçar a mensagem de que a sífilis materna não tratada é um perigo para o feto, de que ela pode ser diagnosticada e tratada e de que as mulheres devem participar de um pré-natal que possa realizar a triagem de sífilis assim que suspeitarem de que estão grávidas (Qin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>As diretrizes atuais do CDC e da OMS recomendam uma dose única de penicilina para tratar sífilis precoce e três injeções de penicilina benzatina em intervalos semanais para infecções com duração maior que 1 ano ou de tempo indeterminado (Blencowe <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Estudos clínicos sugerem que uma única dose de penicilina trata o feto em pelo menos 95% dos casos; enquanto as doses subsequentes tratam a mãe (Blencowe <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Para implementar essa opção no âmbito da APS no Brasil uma primeira condição refere-se aos recursos disponíveis no serviço para tratar os casos de sífilis em gestantes na própria unidade de saúde (Nonato <i>et al.</i>, 2015).</p>

(Continua)

(Conclusão)

Níveis	Opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes com teste de triagem positivo para sífilis.
Sistemas de Saúde	Os recursos referem-se à existência de profissionais capacitados para realizar a aplicação da penicilina, disponibilidade do medicamento, além da presença de médico e/ou enfermeiro, tanto para prescrever quanto para dar o suporte técnico necessário em caso de reação adversa (Brasil 2015; Brasil, 2016).

Fonte: Elaboração própria

Quadro 8. Considerações sobre a implementação da opção 3

Níveis	Opção 3 - Elaborar estratégias eficazes para notificar IST e tratar parceiros
Paciente/indivíduos tomadores de decisão	<p>No nível do paciente-índice com uma IST curável, o objetivo de implementar essa opção é fornecer tratamento antibiótico concomitante ao(s) parceiro(s) sexual(is) para que a infecção possa ser erradicada e reinfecção evitada. Para o(s) parceiro(s) sexual(is), o objetivo é identificar e tratar a infecção que possa ter sido a fonte de infecção no paciente-índice, ou que possa ter sido adquirida do paciente-índice (Ferreira <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Porém para implementar essa opção, é necessário considerar que o diagnóstico de uma IST envolve algumas situações delicadas, como a possibilidade de infidelidade e o medo de comunicar o diagnóstico pelo risco de sofrer violência. A chance potencial de dano psicológico, físico e sexual em resposta à revelação também deve ser considerada. (Andrade, 2018). Esses fatos dificultam o tratamento dos parceiros de gestantes soropositivas para sífilis e podem constituir barreiras à implementação da opção no âmbito da APS.</p>
Trabalhadores de Saúde	É fundamental oferecer treinamento ao profissional de saúde para notificação dos parceiros e educação em saúde dos pacientes. Assim, o profissional de saúde e o paciente poderão decidir a intervenção mais efetiva para notificar o parceiro (Ferreira <i>et al.</i> , 2013).

(Continua)

(Conclusão)

Níveis	Opção 3 - Elaborar estratégias eficazes para notificar IST e tratar parceiros
Trabalhadores de Saúde	Como estratégias de notificação do parceiro, o profissional de saúde precisa, primeiro, extrair do paciente a informação de todos os parceiros sexuais de quem ele/ela pode ter adquirido a infecção, ou a quem ele/ela possa ter subsequentemente infectado. Deve também identificar os parceiros no período latente da infecção (geralmente três meses para a sífilis primária), bem como aqueles de quem a infecção foi adquirida. Ao identificar os parceiros após o início dos sintomas, verificará aqueles que provavelmente tenham sido infectados pelo caso-índice. O período para identificar parceiros difere entre países para diferentes ISTs (Ferreira <i>et al.</i> , 2013).
Organização de Serviços de Saúde	As intervenções de terapia expedita para o parceiro incluem todos os componentes descritos na revisão para alcançar os resultados esperados. As intervenções de terapia expedita para o parceiro (EPT) nos estudos dessa revisão incluíram fornecimento de preservativos, detalhes das clínicas de IST e informações escritas para pacientes e parceiros, além do tratamento com antibióticos. Porém, cabe lembrar que, em muitos países, o EPT não é legal e, portanto, não é uma opção disponível no momento (Ferreira <i>et al.</i> , 2013).
Sistemas de Saúde	<p>Implementar de maneira efetiva a notificação dos parceiros pode interromper as cadeias de transmissão e reduzir a disseminação das IST, o que é um objetivo dos sistemas de saúde pública (Ferreira <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que a notificação de parceiros sexuais de pessoas com IST, deve envolver diferentes estratégias, desde a notificação de um paciente índice até a busca ativa do parceiro deste paciente (Brasil, 2015).</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 9. Considerações sobre a implementação da opção 4

Níveis	Opção 4 - Realizar campanhas de saúde para informar as formas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.
Paciente/indivíduos tomadores de decisão	Cada vez mais se percebe que os determinantes estruturais da saúde, como a oferta de educação secundária ou treinamento continuado, são questões importantes a serem abordadas para melhorar os resultados sexuais e reprodutivos dos adolescentes, especialmente para as meninas (Mason-Jones <i>et al.</i> , 2014).
Trabalhadores de Saúde	É preciso que os profissionais de saúde comecem a considerar isso efetivamente ao projetarem intervenções de alta qualidade (Mason-Jones <i>et al.</i> , 2014). A capacitação dos profissionais de saúde é importante para promoção de serviços acessíveis aos adolescentes (Moreno <i>et al.</i> , 2014).
Organização de Serviços de Saúde	Na revisão sistemática de Moreno e colaboradores (2014), nenhum dos estudos implementou a promoção do uso de preservativo como uma intervenção única. Todos os ensaios promoveram treinamento de pessoal médico para prover serviços de saúde acessíveis a adolescentes e encorajar pais a dialogar sobre sexualidade. Portanto, esses resultados refletem a sinergia de promover o uso de preservativo junto com outras estratégias, em oposição a um resultado derivado apenas da promoção do uso de preservativo. No entanto, conclusões ainda podem ser inferidas com base nesses resultados (Moreno <i>et al.</i> , 2014).

(Continua)

(Conclusão)

Níveis	Opção 4 - Realizar campanhas de saúde para informar as formas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.
Sistemas de Saúde	<p>É necessário planejar campanhas de saúde com resultados de curto, médio e longo prazos esperados, medidos por indicadores claros e definidos por metas factíveis, que possibilitem o julgamento de valor, produzindo mudanças no cenário da saúde pública. O monitoramento e a consequente avaliação dos resultados podem levar a uma revisão dos programas e a modificações de rumo que se fizessem necessárias para trazer os ganhos esperados com os investimentos feitos (Saraceni <i>et al.</i>, 2005).</p> <p>As intervenções estruturais e comunitárias que visavam promover o uso de preservativo foram educação em saúde sexual nas escolas e comunidades, fornecida por professores e educadores profissionais; melhoria do conhecimento reprodutivo na comunidade, promovendo a comunicação entre pais e adolescentes e aumentando o apoio da comunidade à saúde reprodutiva dos adolescentes, abordagens participativas de aprendizagem, como dramas e dramatizações; treinamento de equipe médica com o objetivo de criar um ambiente clínico adequado ao cuidado da saúde reprodutiva dos adolescentes; marketing social de preservativos; e mudança de tarefa através dos líderes de opinião popular da comunidade, que são identificados como líderes naturais entre suas comunidades. Essas pessoas então transmitiram mensagens educacionais sobre o HIV e outras IST; distribuíram preservativos gratuitos; e realizaram projetos geradores de renda. Todas as intervenções selecionadas incorporaram ou promoveram o uso de preservativo como um mecanismo importante para prevenir a transmissão do HIV e IST (Moreno <i>et al.</i>, 2014).</p>

Fonte: Elaboração própria

CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

Foram elaboradas quatro opções para o enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da identificação de vinte revisões sistemáticas.

A opção 1 informa sobre a importância de oferecer testes rápidos de triagem dupla para sífilis e HIV, utilizando o mesmo cartucho, para todas as gestantes e parceiros, tanto na primeira consulta de pré-natal quanto no terceiro trimestre. Essa estratégia visa oportunizar tratamento imediato, prevenção de complicações decorrentes da transmissão vertical da doença e da coinfeção pelo HIV.

A opção 2 argumenta a necessidade do tratamento das gestantes com diagnóstico de sífilis com penicilina benzatina, se possível no primeiro trimestre da gravidez. Orienta também que o tratamento dos parceiros sexuais pode prevenir a reinfecção da gestante e a transmissão da sífilis congênita.

A opção 3 trata de estratégias para notificar parceiros de pacientes com diagnóstico de infecção sexualmente transmissível, incluindo a sífilis, visando prevenir a reinfecção, disseminação e possíveis complicações da doença, como é o caso da sífilis congênita.

A opção 4 aborda a promoção de campanhas de saúde na mídia para informar a população sobre as formas de prevenção da transmissão vertical de sífilis, com definição de indicadores em longo prazo; o incentivo ao uso de preservativos; a realização de intervenções escolares para prevenção de IST e gravidez na adolescência.

Existem políticas públicas para a eliminação da SC no Brasil, porém a maioria dos serviços de saúde apresenta fragilidades na implementação das diretrizes recomendadas. Assim, reconhece-se a relevância dessa síntese de evidências científicas em reafirmar as recomendações para enfrentar a SC. Foram agregados estudos primários para discutir as fragilidades e potencialidades da APS no enfrentamento à sífilis congênita, com a descrição da equidade e levantamento de possíveis barreiras para implementação das opções. Vale destacar que nenhuma das revisões sistemáticas encontradas para compor esse estudo fez referência direta ao termo Atenção Primária à Saúde, o que pode denotar uma lacuna de evidências para a abordagem da prevenção da sífilis congênita nesse ponto de atenção.

Uma limitação encontrada nesse estudo foi a ausência de revisões sistemáticas nas bases de dados pesquisadas que tratem do universo das relações sociais/familiares no contexto da sexualidade. Há diversos estudos que abordam a questão clínica da sífilis, com enfoque em diagnóstico e terapêutica. No entanto, sugere-se a produção de revisões sistemáticas que

extrapolem o lado biológico da doença e analisem fatores referentes ao contexto de vulnerabilidade dos indivíduos portadores de IST.

Espera-se que as evidências científicas apresentadas nesse estudo possam apoiar gestores e profissionais da APS no avanço da construção de políticas de saúde para enfrentamento da SC, e que futuramente um diálogo deliberativo possa subsidiar a implementação de algumas das opções abordadas na síntese.

6. REFERÊNCIAS

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública. 2009;25(6):1337-1349. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>

Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. Rev Paul Pediatr. 2018;36(3):376-381. Acess em 17/04/2019. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-05822018000300376&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Araújo CL, Shimizu, HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2012;46(3):479-86. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>

Avelino CCV, Goyatá SLT, Nogueira DA, Rodrigues LBB, Siqueira SMS. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. Ciên Saúde Colet. 2015; 20(4):1285-1293. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01285.pdf

Barreto JOM, Souza NM. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. Cien Saude Colet. 2013;18(1):25–34. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000100004&lng=pt&tlng=pt

Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>

Berman SM. Maternal syphilis: Pathophysiology and treatment. Bull World Health Organ. 2004;82(6):433–38.[cited 2018]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2622860/pdf/15356936.pdf>

Bhutta *et al.* Effectiveness of interventions to screen and manage infections during pregnancy on reducing stillbirths: a review. 2011. Available at: BMC Public Health. 2011 Apr 13;11 Suppl 3:S3. doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S3.

Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. 2011. Available at: BMC Public Health. 2011 Apr 13;11 Suppl 3:S9. doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S9.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.242, de 30 de Dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Portaria No - 1.459, de 24 de Junho de 2011a. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-693.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão [Internet]. EVIP Rede para Políticas Informadas por Evidências. 2015. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_led.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico da sífilis. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais – Brasília: 2016.

Brasil. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de Sífilis - Brasília: 2016a. Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/31/2016_030_Sifili-publicao2.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS2017-Brasília: 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de Sífilis - Brasília: 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais – Brasília: 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

Cardoso AST, Souza GS, Costa EA, Araújo PS, Lima YOR. Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população. 2017. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/8d4373c163b7217b193ffdc7c29135b3/1/>

Cervantes V, Souza RA, Pinto VM, Luppi CG, Chabu S, Gianna MC. Sífilis congênita no estado de São Paulo : “ O desafio continua ”. 2015.

Di Mario S, Say L, Lincetto O. Risk factors for stillbirth in developing countries: a systematic review of the literature. 2007. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592385>

Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2014;36(1):50–6. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-9892014000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nacer no Brasil. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>

Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Nutr.* 2013;47(1):147–57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019

Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. 2013. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002843.pub2/full>

Gaiotto EMG. Elaboração de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal no Município de Porto Feliz-SP. 2015;102.

Galvão TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, Pereira MG, Fescina R. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. 2013. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23437138>

Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. 2013. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23476094>

Ham DC, Lin C, Newman L, Wijesooriya NS, Kamb M. Improving global estimates of syphilis in pregnancy by diagnostic test type: A systematic review and meta-analysis. 2015. Available at: *Int J Gynaecol Obstet.* 2015 Jun;130 Suppl 1:S10-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.012. Epub 2015 Apr 25.

Harriet DG, Peeling RW, Kamb ML, Toskin I, Wi TE, Taylor MM. A systematic review and meta-analysis of studies evaluating the performance and operational characteristics of dual point-of-care tests for HIV and syphilis. 2016. Available at: <https://sti.bmj.com/content/93/S4/S3.long>

Hawkes S, Matin N, Broutet N, Low N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. 2011. Available at: *Lancet Infect Dis.* 2011 Sep;11(9):684-91. doi: 10.1016/S1473-3099(11)70104-9. Epub 2011 Jun 15.

Hawkes SJ, Gomez GB, Broutet N. Early antenatal care: does it make a difference to outcomes of pregnancy associated with syphilis? A systematic review and meta-analysis. 2013. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23468875>

Hebmuller MG, Fiori HH, Lago EG. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(9):2867–78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902867&lng=pt&tlng=pt

Jafari Y, Peeling RW, Shivkumar S, Claessens C, Joseph L, Pai NP. Are *Treponema pallidum* Specific Rapid and Point-of-Care Tests for Syphilis Accurate Enough for Screening in Resource Limited Settings? Evidence from a Meta-Analysis. 2013. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0054695>

Korenromp *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes - Estimates for 2016 and progress since 2012. Published: February 27, 2019. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211720>

Lauren A, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. 2015. Available at: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000500008

Lavis JN, Oxman AD, Lewin SAF. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista “Health Research Policy and Systems”. 2009.

Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Preparo e uso de resumo de políticas baseadas em evidências. In: Oxman A, Hanney S, editores. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista “Health Research Policy and Systems” [internet]. Ocean Translations, tradutora. [s.d.] [atualizado em 2012; acesso em: 16 mar 2019]. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PORT%20STP%2013%20KO%20NEW%2007.05.10.pdf>

Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Como usar evidências de pesquisa para esclarecer um problema? In: Oxman A, Hanney S, editores. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista “Health Research Policy and Systems” [internet]. Ocean Translations, tradutora. [s.d.] [atualizado em: 2012; acesso em: 16 mar 2019]. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PORT%20STP%204%20KO%20040510.pdf>

Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Grimshaw J, Lewin S, Fretheim A. Como usar evidências de pesquisa para estruturar opções com o objetivo de abordar um problema? In: Oxman A, Hanney S, editores. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista “Health Research Policy and Systems” [internet]. Ocean Translations, tradutora. [s.d.] [atualizado em: 2012; acesso em: 16 mar 2019]. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PORT%20STP%205%20KO%20040510.pdf>

Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2845. Access em 17/04/2019; Available at: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104_1169-rlae-25-02845.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>.

Lomas JCT. Conceptualizing and Combining Evidence For Health System Guidance. 2005;

Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelo LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 Fev [citado 2017 Out 25];69(1):62-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100062. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>

Macêdo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Ago [citado 2017 Out 25];25(8):1679-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800004>

Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. 2014. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27824221>

Matida LH. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. Rev Saude Publica. 2011;45(4):812–5.

Moreno R, Nababan HY, Ota E, Wariki WMV, Ezoe S, Gilmour S, Shibuya K. Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections. 2014. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003363.pub3/full>

Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, Cardoso EK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-8. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1723/916>

Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(4):681-694.

OPAS. Pan American Health Organization. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. 3ª edição. Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31365/9789275318126-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pang T, Terry RF, The PLoS Medicine Editors. Who/PLoS Collection “No Health Without Research”: A Call for Papers. PLoS Med. 2011;8(1):1–2.

Pinto AC, Barreiro EJ. Desafios da indústria farmacêutica brasileira. Química Nova, v. 36, n. 10, 2013.

Qin J, Yang T, Xiao S, Tan H, Feng T, Fu H. Reported estimates of adverse pregnancy outcomes among women with and without syphilis: a systematic review and meta-analysis. 2014. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25025232>

Reis AMM, PERINI E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, 2008.

Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, Leon RGP, Junior GBS, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. *BMC Health Services Research* (2019) 19:65. Available at: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-019-3910-y>

Rogozńska E, Kara-Newton L, Zamora JR, Khan KS. On-site test to detect syphilis in pregnancy: a systematic review of test accuracy studies. 2017. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28029229>

Sanine PR, Castanheira ERL, Nunes LO, Andrade MC, Nasser MA, Nemes MIB. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. *Boletim do Instituto de Saúde*. v 17 – n2 – Dezembro 2016 ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529.

São Paulo. Secretária do Estado de Saúde. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita no estado de São Paulo Vertical. *Boletim Epidemiológico Paul* [Internet]. 2015;12(134):31–3. Available at: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicao-2015/edicao_134_-_fevereiro_2.pdf

São Paulo. Secretaria do Estado de Saúde. Relatório Anual do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde. 2014;1–3.

Saraceni V, Leal M do C, Hartz ZM de A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2005;5(3):263–73. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300002&lng=pt&tlng=pt

Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. 2014. Available at: *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 29;(10):CD010385. doi: 10.1002/14651858.CD010385.pub2.

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, *et al*. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:1–7.

Starfield, Barbara. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
Swartzendruber A, Steiner RJ, Adler MR, Kamb ML, Newman LM. Introduction of rapid syphilis testing in antenatal care: A systematic review of the impact on HIV and syphilis testing uptake and coverage. 2015. Available at: *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Jun;130 Suppl 1:S15-21. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.008. Epub 2015 Apr 29.

Toma TS, Tesser TR, Setti C. Síntese de evidências para políticas de saúde. In: *Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências Avaliação de Tecnologias Informadas por Evidências*. 2017. p. 183–208.

Vettore M. O abismo entre o saber e o fazer: a experiência do município de Piripiri com o Núcleo de Evidências em Saúde no planejamento de política em saúde. 2011.

Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD001143. DOI: 10.1002/14651858.CD001143. [cited 2019]. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001143/full>

WHO. Health impact assessment, glossary of terms. World Health Organization. [Internet]. Who. [citado 1 de abril de 2018]. Available at: www.who.int/hia/about/glos/en/index1.

WHO. World Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Global guidance on criteria and processes for validation. Geneva: 2014 June.

WHO. World Health Organization. EVIPNet in action. Evidence Informed Policy Network. 2016.

WHO. World Health Organization. Sexual and reproductive health. WHO publishes new estimates on congenital syphilis. 2019. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis-estimates/en/>

WHO. World Health Organization. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. 2007;1–46. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf?ua=1

7. APÊNDICE

Apêndice A. Termo de consentimento livre e esclarecido

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional
em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde
MPAPS
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – CEP 05403-000
 Tel.: (11) 3061-7533 - e-mail: ppg.mpaps.ee@usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a sífilis congênita na cidade de São Paulo, Brasil”, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana de Sales Dias, a qual pretende discutir as fragilidades e potencialidades da Atenção Primária no enfrentamento à sífilis congênita na cidade de São Paulo. A sua participação na pesquisa é voluntária e consiste na sua presença e atuação em uma reunião, denominada Diálogo Deliberativo, onde serão comentadas as opções para a redução da sífilis congênita, com duração de 1 dia.

Se depois de consentir sua participação, o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, não acarretando em nenhum prejuízo ao exercício de sua atividade profissional, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. A pesquisadora pode ser encontrada no endereço: Rua Padre Bento Ibanez, 545, Jardim Prudência, São Paulo - SP, CEP 04649-030, Telefone (11) 96288-0878, ou pelo e-mail: marianasalesdias@usp.br. Há garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O TCLE deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, sendo que receberá uma das vias pelo pesquisador. Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP – Endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo-SP, CEP 05403-000, Telefone (11) 3061-8858, ou pelo e-mail: cepee@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Endereço: Rua General Jardim, 36 8º andar Vila Buarque, CEP 01223-010, Telefones: (11) 3397-2464/2465, ou pelo e-mail: smscep@gmail.com.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Este documento é emitido em duas vias, que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do Participante

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Apêndice B. Revisões sistemáticas sobre a opção 1. Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceiros sexuais.

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Low Middle Income Countries (LMI) e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Shahroo k <i>et al.</i> , 2014	Realizar triagem de sífilis para gestantes no local de atendimento do pré natal.	Avaliar a eficácia da triagem de sífilis pré-natal para melhorar a captação de testes de triagem e tratamento, e reduzir a mortalidade perinatal.	A revisão sistemática incluiu dois ensaios clínicos randomizados em cluster (três relatórios). Os ensaios avaliaram o teste de sífilis de acordo com os métodos de teste convencionais e em conjunto. Envolveram um total de 8493 mulheres grávidas. Os dados desses estudos não foram passíveis de meta-análise, pois a medida de eficácia foi avaliada de maneira não-comparável. A incidência de sífilis congênita foi menor nos grupos que receberam rastreamento no local. A proporção de mulheres testadas para sífilis foi maior nos grupos que receberam triagem no local tanto na primeira consulta pré-natal quanto na consulta no terceiro trimestre. O tratamento adequado e o tratamento do parceiro foram maiores com a triagem no local. Mais casos de sífilis foram detectados no primeiro e terceiro trimestres rastreamento do local. A triagem e o tratamento da sífilis são estimados como as intervenções de saúde pública mais econômicas disponíveis	9/11	2/2	Mongólia - LMI (1) ; África do Sul - UPMI (1)	2/2	2009
Hawkes <i>et al.</i> , 2011	Melhorar a cobertura dos programas de rastreamento para a sífilis de gestantes e parceiros nas clínicas de atendimento pré natal.	Revisar a literatura sistematicamente para determinar a eficácia das intervenções de triagem para prevenir a sífilis congênita e outros resultados adversos da gravidez.	Nesta revisão sistemática dez estudos preencheram os critérios de inclusão, incluindo dois ensaios randomizados. Apenas dois estudos tiveram como objetivo incentivar as mulheres a procurar atendimento no início da gravidez. Nove estudos incluíram a descentralização da triagem e tratamento. Os efeitos das intervenções na captação de testes para sífilis pré-natal e recebimento de pelo menos uma dose de penicilina foram variáveis e não puderam ser combinadas estatisticamente. Intervenções do estudo foram associadas com uma redução na morte perinatal e natimorto. A incidência de sífilis congênita foi reduzida em todos os quatro estudos que mediram esse desfecho com resultados heterogêneos. As informações nos relatórios do estudo foram insuficientes para identificar os possíveis danos da triagem, que podem incluir violência baseada em gênero quando as mulheres informam seus parceiros sobre um resultado positivo, falta de redução de comportamentos sexuais de risco em mulheres que são negativas ou eventos relacionados ao tratamento.	4/11	10/10	Mongólia - LMI (1); África do Sul - UPMI (3); Moçambique - LI (1); Haiti - LI (1); Quênia - LMI (1); Zâmbia - LMI (2); EUA -HI (1).	10/10	2008

(Continua)

(Continuação)

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Low Middle Income Countries (LMI) e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Harriet <i>et al.</i> , 2016	Implementar teste rápido duplo para triagem de sífilis e HIV nas clínicas de atendimento pré natal.	Revisar sistematicamente, avaliar criticamente e realizar uma meta-análise para avaliar as características operacionais dos testes de diagnóstico rápido duplo (RDTs) para HIV / sífilis e avaliar se são custo-efetivos, aceitáveis e fáceis de usar.	Revisão sistemática e meta-análise da literatura publicada para avaliar as características operacionais dos testes rápido de dupla triagem atualmente disponíveis para HIV e sífilis, incluindo acurácia diagnóstica, custo-efetividade, aceitabilidade e facilidade de interpretação dos testes. Foram incluídos 18 estudos para a meta-análise de acurácia diagnóstica para HIV e sífilis. Todos os estudos mostraram a sensibilidade e especificidade muito altas para o HIV e uma sensibilidade e especificidade mais baixas, porém adequadas, para a sífilis, com alguma variação entre os tipos de teste. A triagem dupla para HIV e sífilis foi mais custo-efetiva do que os testes rápidos únicos para HIV e sífilis e impediu resultados mais adversos da gravidez. Em 2015, o Teste SD BIOLINE HIV/Syphilis Duo foi aceito para a lista da OMS de diagnósticos in vitro pré-qualificados. Os testes duplos de diagnóstico rápido podem testar simultaneamente anticorpos para HIV e antígenos do <i>Treponema pallidum</i> , garantindo que ambos os testes possam ser conduzidos em uma única visita ao centro de saúde.	8/11	18/18	Quênia (1) - LMI; Peru (5) - UMI; EUA (3) - HI; Uganda (1) - LI; Gana - LMI, México - UPMI, República Popular Democrática do Laos -, Togo -, Quênia - LMI e Mianmar - LMI (1); Ir (1); Nanjing -, China -UMI, Zaria -, Nigéria - LMI e Ibadan -, Nigéria -LMI (1); Etiópia - LI(1); Haiti - LI(1); Nepal -LI (1); África do Sul -UMI (1); Malawi - LI(1).	18/18	2016
Ham <i>et al.</i> , 2015	Melhorar as estimativas de sífilis na gravidez, realizando teste treponêmico e não treponêmico.	Identificar fatores de correção mais precisos com base no tipo de teste relatado.	A revisão sistemática buscou identificar estudos que relatam resultados de soropositividade da sífilis materna para ambos os testes treponêmico e não treponêmico em todos os pacientes, para estimar a probabilidade de um único teste de sífilis não confirmada também ser positivo o tipo de teste alternativo, se tivesse sido realizado. Dos 516 estudos selecionados para elegibilidade, 29 preencheram os critérios e foram incluídos nas análises. Estimativas precisas são importantes para avaliar o progresso nas iniciativas globais e regionais de eliminação da sífilis congênita, bem como para o planejamento estratégico. Em ambientes com uma infra-estrutura de saúde pública mais forte, testes treponêmicos reativos não confirmados provavelmente representam infecções de sífilis previamente tratadas; em ambientes com infraestruturas de teste e tratamento frágeis, testes treponêmicos reativos não confirmados provavelmente representam sífilis não tratada.	2/11	29/29	Moçambique - LI (3); Tanzânia - LI (1), Argentina - UMI (1) ; Brasil - UMI (3); Bolívia - LMI (1); Espanha - HI (1); Áustria - HI (1); Índia - LMI (1); Zimbábue -LI (1); Costa do Marfim -LI (1); México -UMI (4); Nigéria -LMI (4); África do Sul - UMI (1); República Democrática do Congo - LI (1); Malaui - LI (1) ; Papua Nova Guiné - LMI (1); Burkina Faso - LI (1); EUA -HI (1); Mayote Oceano Índico (1).	29/29	2013

(Continua)

(Continuação)

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Swartze ndruber <i>et al.</i> , 2015	Conhecer os fatores influenciadores da implementação efetiva do teste rápido nas clínicas de atendimento pré-natal.	Realizar uma revisão sistemática do impacto da Teste sorológico rápido sobre a sífilis e triagem de HIV entre mulheres grávidas. Descrever os fatores identificados como influenciadores da implementação efetiva do Teste rápido .	Este estudo revisou sistematicamente a captação e a cobertura da sífilis e do HIV em gestantes após a introdução do teste rápido de triagem na assistência pré natal em países de baixa e média renda. Todos os seis artigos incluídos foram publicados a partir de 2011, refletindo que o teste rápido foi introduzido recentemente. Os estudos relataram dados de oito países da África, Ásia e América Latina. Assim, os achados do estudo podem ser relevantes para uma série de países de baixa e média renda. No entanto, esta revisão está sujeita a várias limitações. Devido ao número restrito de estudos elegíveis e às diferenças de relatórios, não foi possível realizar uma meta-análise.	2/9	6/6	Camboja - LMI (1); Índia - LMI (1); Peru - UMI (1); Quênia - LMI (1); China - UMI, Peru -UMI, Tanzânia - LI, Uganda - LI e Zâmbia -LMI (1); Uganda -LI e Zâmbia -LMI (1)	6/6	2014
Di Mario <i>et al.</i> , 2007	Reduzir fatores de risco para a natimortalidade.	Identificar fatores de risco para natimortalidade em países em desenvolvimento e medir seu impacto calculando a fração atribuível populacional (PAF) para cada fator de risco.	Os estudos incluídos nesta revisão sistemática foram: 13 estudos de coorte, 5 estudos de caso-controle analisados como estudos de coorte e 15 estudos de caso-controle. A definição de natimorto variou entre os estudos, definiram de acordo com a idade gestacional (variando de 20 a 28 semanas de gestação) ou com peso ao nascer (variando de 350 a mais de 1000 g). Porém 13 estudos não incluíram definição de natimorto. Outros 13 haviam excluído mulheres com gestações múltiplas da amostra do estudo, enquanto 7 haviam excluído natimorto com malformações congênitas. Três estudos relataram a realização de exame post mortem no feto e nenhum relatou realizar qualquer tipo de autópsia verbal. Dois estudos relataram a proporção de natimortos macerados, enquanto os outros não especificaram esse aspecto. Apesar da falta de estudos de boa qualidade sobre natimortos em países em desenvolvimento, esta revisão fornece indicações sobre importantes fatores de risco de natimortos nesses países. A sífilis materna, a falta de cuidados pré-natais apropriados para todas as mulheres e a desvantagem socioeconômica destacam-se como principais fatores de risco nos países em desenvolvimento. O fortalecimento dos serviços de saúde, incluindo os serviços de atenção pré-natal que compreendem a triagem para a sífilis, ajudaria a aliviar a carga de problemas de saúde de natimortos nos países em desenvolvimento.	4/11	33/33	Revisão cita os países, mas não relata quantos estudos ocorreram em cada país. Rússia - UMI; Guiné Bissau - LI; Tanzânia -LI; Bolívia - LMI; Argentina - UMI; Ruanda - LI; Etiópia -LI; Índia - LMI ; Zimbábue - LI; Moçambique -LI; Lituânia -HI ; China - UMI; Jamaica - UMI; Brasil -UMI; Taiwan - HI; Senegal -LI; Jordania - LMI; Camboja -LMI; Peru -UMI; Cuba -UMI; Arabia Saudita -HI; Tailândia -UMI; México - UMI; África Central -LI; Uruguai -HI; Egito-LMI.	33/33	2006

(Continua)

(Conclusão)

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Rogozin ska <i>et al.</i> , 2017	Realizar exames precisos no local de atendimento pré natal, para prevenção efetiva da transmissão vertical da sífilis.	Avaliar a precisão dos testes no local de atendimento do pré natal para detectar a infecção com <i>Treponema pallidum</i> em gestantes.	Esta revisão sistemática incluiu sete estudos (amostra combinada 17 546) relatando a precisão de quatro testes no local de atendimento pré natal que atenderam aos critérios de elegibilidade. Foram incluídos estudos que utilizaram o padrão de referência duplo (testes não treponêmicos e treponêmicos) para detectar a sífilis na gravidez. Testes imunocromatográficos como Determine™ e SD BioLine Syphilis 3.0 parecem ser opções aceitáveis em testes pré-natais para sífilis, especialmente em contextos com recursos limitados. A análise bivariada foi possível apenas para o cartão RPR, mas seus achados são enfraquecidos por uma heterogeneidade visível dos parâmetros de sensibilidade entre os estudos individuais. A maioria dos estudos incluídos não conseguiu descrever o método de recrutamento e os critérios de inclusão.	6/11	7/7	Brasil - UMI (1); Africa do Sul - UMI (2); Índia - LMI (1); Moçambique -LI (1); Bolívia -LMI (1); Senegal - LI (1).	7/7	2016
Jafari <i>et al.</i> , 2013	Facilitar a detecção rápida da sífilis, permitindo o início do tratamento no local de atendimento do pré natal, reduzindo oportunidades perdidas de detecção e intervenção oportuna para prevenir a transmissão vertical da sífilis.	Avaliar a sensibilidade e especificidade de testes rápidos.	Existem limitações ao uso de testes rápidos de sífilis que surgem das características inerentes dos testes. Os testes rápidos analisados nesta revisão sistemática são testes treponêmicos e, portanto, detectam anticorpos contra <i>Treponema pallidum</i> . Assim, os testes treponêmicos não podem ser usados para distinguir entre infecção ativa e passada, pois os anticorpos para <i>Treponema pallidum</i> persistem mesmo se o paciente for tratado com sucesso. Em locais com recursos limitados, esses testes demonstraram ser úteis na detecção de infecções em pacientes sem acesso anterior a testes ou em populações de risco marginalizadas de cuidados ou que provavelmente não retornam para resultados, e onde falhas no tratamento oportuno podem ter impactos adversos na doença progressão e transmissão	5/11	33/33	Dado não disponível	33/33	2012

Apêndice C. Revisões sistemáticas sobre a opção 2. Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes e parceiros sexuais com teste de triagem positivo para sífilis.

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Bhutta <i>et al.</i> , 2011	Realizar triagem para sífilis durante o pré natal e cumprimento do regime terapêutico de penicilina para as mulheres grávidas infectadas com sífilis.	Incluir toda a literatura relevante sobre intervenções que lidam com infecções durante a gravidez para avaliação dos efeitos sobre natimortos ou mortalidade perinatal.	Trata-se de uma meta-análise de efeitos aleatórios dos estudos observacionais de detecção e tratamento da sífilis durante a gravidez. Os estudos relatam uma redução de 80% na incidência de natimortos em gestantes com sífilis recebendo penicilina. Em algumas áreas da África subsaariana, cerca de 25% a 50% de todos os natimortos foram associados à sífilis. A sífilis também contribui para natimortos em outras áreas do mundo, incluindo Rússia, Ásia e América do Sul. Nenhum dos estudos incluídos nesta meta-análise fez qualquer tentativa de controlar as diferenças sistemáticas entre mulheres tratadas e não tratadas (confundimento). Por exemplo, mulheres que não frequentam a clínica pré-natal e/ou que não cumprem regimes complexos de tratamento com penicilina podem diferir nos seus perfis de risco para natimortalidade, parto prematuro e morte neonatal de mulheres infectadas totalmente complacentes.	6/11	8/25	Não há essa informação	25/25	2010
Blencow e <i>et al.</i> , 2011	Tratar mulheres grávidas com diagnóstico de sífilis, pelo menos 28 dias antes do parto, com pelo menos 2,4 milhões UI de Penicilina, para prevenir a sífilis congênita.	Estimar o efeito da detecção e tratamento da sífilis ativa na gravidez com pelo menos 2,4 MU de penicilina benzatina (ou equivalente) em natimortos relacionados à sífilis e mortalidade neonatal.	A revisão sistemática incluiu estudos observacionais e estudos de coorte. Relatou redução na incidência de sífilis congênita de 97% com detecção e tratamento de mulheres com sífilis ativa na gravidez com pelo menos 2,4 milhões UI de Penicilina. Os resultados da metanálise sugerem que o tratamento com penicilina está associado a uma redução de 82% na natimortalidade (8 estudos), uma redução de 64% no parto prematuro (7 estudos) e uma redução de 80% nos óbitos neonatais (5 estudos). Para evitar os resultados adversos da gravidez relacionados à sífilis, as mulheres devem acessar o atendimento pré natal suficientemente cedo, ser testadas, receber resultados prontamente, ser tratadas adequadamente e permanecerem não infectadas pelo resto da gravidez. Embora estimativas de efeito fossem grandes e consistentes entre os estudos, poucos dos estudos foram ajustados para potenciais fatores de confusão e, assim, a qualidade geral da evidência foi considerada baixa. Não está claro qual a proporção de casos de sífilis congênita atribuída à "falha do tratamento com penicilina", na verdade, ocorreu devido à reinfeção.	7/11	24/24	Não há essa informação	24/24	2009

(Continua)

(Continuação)

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Walker <i>et al.</i> , 2001	Realizar regime de tratamento antibiótico mais eficaz para tratar gestantes infectadas pela sífilis ou coinfectadas pelo HIV.	Identificar o regime de tratamento antibiótico mais eficaz (em termos de dose, duração do curso e modo de administração) da sífilis com e sem infecção concomitante do HIV para mulheres grávidas infectadas com sífilis.	Vinte e nove estudos preencheram os critérios para inclusão nesta revisão sistemática. No entanto, nenhum deles atendeu aos critérios pré-determinados para grupos comparativos e nenhum incluiu comparações entre grupos aleatoriamente distribuídos de mulheres grávidas. Em uma situação ideal, as políticas de tratamento para mulheres grávidas infectadas com sífilis devem se basear em pesquisas que comparam um grupo de intervenção e um grupo de controle de mulheres grávidas com sífilis que são aleatoriamente alocadas para tratamento por diferentes esquemas ou doses, ou ambos. antibióticos. No entanto, a eficácia da penicilina no tratamento da sífilis particularmente precoce em mulheres grávidas em termos de curar a infecção na mulher e também prevenir que um bebê nasça com sífilis congênita foi estabelecida drasticamente logo após a introdução da penicilina. A transmissão congênita foi prevenida em 98% dos pacientes que representam todos os estágios da sífilis; a transmissão congênita foi prevenida em 95% e 98% das mulheres com sífilis secundária e latente precoce, respectivamente.	10/11	29/29	URSS - UMI (1), USA - HI (23), África do Sul - UMI (1), Holanda -HI (1), Rússia -UMI (1), Tailândia - UMI (1), China -UMI (1)	29/29	2006
Gomez <i>et al.</i> , 2013	Identificar principais resultados adversos de sífilis na gravidez.	Realizar uma revisão sistemática e meta-análise de estimativas relatadas de resultados adversos da gravidez entre mulheres não tratadas com sífilis e mulheres sem sífilis.	A revisão sistemática incluiu seis estudos de caso-controle que descrevem os resultados da gravidez entre mulheres que supostamente têm sífilis (ou seja, mulheres que foram sororreativas para <i>Treponema pallidum</i> , independentemente do teste utilizado), bem como mulheres não infectadas (ou seja, controle). Em média, as estimativas combinadas de perda fetal ou natimortos, morte neonatal e prematuridade ou baixo peso ao nascer mostraram taxas significativamente mais altas entre os filhos de mulheres com sífilis do que entre os filhos de mulheres sem sífilis. O estudo sugere que, a menos que o teste e o tratamento da sífilis na gravidez estejam disponíveis universalmente, mais da metade das gestações em mulheres com sífilis resultará em um resultado adverso. Destaca a necessidade de priorizar os esforços globais para eliminar a transmissão vertical da sífilis e reitera que a eliminação da sífilis congênita é uma prioridade de saúde pública que permitirá o progresso imediato para reduzir em dois terços a taxa de mortalidade entre crianças menores de cinco anos (Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4).	3/11	6/6	Reino Unido -HI (1); EUA - HI (2); Zâmbia -LI (1); Malawi -LI (1); Tanzânia - LI (1).	6/6	2011

(Continua)

(Continuação)

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Galvão <i>et al.</i> , 2013	Tratar todas as gestantes portadoras de sífilis com Penicilina Benzatina e estimar risco de reações adversas.	Estimar o risco de reações adversas graves à penicilina benzatina em mulheres grávidas para prevenir a sífilis congênita.	Foram incluídos 13 estudos na revisão sistemática, representando 3.466.780 pacientes. Os estudos que incluíram mulheres grávidas foram realizados para demonstrar a eficácia da penicilina benzatina: não foram relatadas reações adversas graves entre as 1.244 mulheres grávidas incluídas. Na população geral, entre 2.028.982 pacientes tratados, 4 morreram de uma reação adversa. O risco conjunto de morte foi praticamente zero. Para a prática clínica e política de saúde pública, esses achados sugerem que o risco de reações adversas não supera os benefícios do uso da penicilina benzatina no tratamento da sífilis materna e na prevenção da sífilis congênita. Sugere-se a necessidade de pesquisas para determinar e monitorar especificamente a incidência de reações adversas em mulheres grávidas, incluindo uma compreensão mais clara das taxas de reações leves, moderadas e reações adversas graves. Além disso, os países devem considerar o monitoramento ativo da frequência de eventos adversos devido à administração de penicilina benzatina em mulheres grávidas por meio de sistemas de farmacovigilância.	7/11	13/13	EUA - HI (5); Tailândia - UMI (1); 11 países - Argentina -UMI, Chile - HI, China -UMI, Índia - LMI, Jamaica - UMI, Coreia - HI, Kuwait - HI, Nova Zelândia - HI, Taiwan -HI, Tailândia - UMI, Venezuela -UMI (1); Quênia -LMI (1); Reino Unido -HI (1); Tanzânia - LI (1), África do Sul -UMI (1); Guiana Francesa - UMI (1); China -UMI (1).	13/13	2012
Lauren <i>et al.</i> , 2015	Reduzir a porcentagem de natimortos em gestantes com sífilis.	Realizar uma revisão sistemática e metanálise das estimativas relatadas da associação entre sífilis gestacional (SG) e natimorto na região das Américas	Trata-se de uma revisão sistemática e meta-análise que pesquisou a relação entre a sífilis gestacional e natimortos. Incluiu 8 estudos, dos quais a maior proporção foi realizada nos Estados Unidos, seguido pela Argentina e Bolívia. Estudos variaram em termos de foco sobre a eficácia do tratamento da sífilis, o efeito da sífilis nos natimortos e se o tratamento da sífilis foi fornecido a todas as gestantes. A meta-análise mostrou que mulheres positivas para sífilis nas Américas têm uma probabilidade 6,8 vezes maior de ter uma gestação que resulte em natimorto em comparação com mulheres que não têm sífilis. Conclui-se que independentemente do nível de prevalência da sífilis, os programas de testagem e tratamento da sífilis estão entre as intervenções mais custo-efetivas disponíveis	7/11	8/8	EUA - HI (4); Argentina - UMI, Bolívia -LMI, Colômbia - UMI, Ecuador -UMI, El Salvador LMI, Guyana - UMI, Haiti -LI, Honduras - LMI, Nicaragua - LMI, Paraguai - UMI, Uruguai - HI (1); Jamaica - UMI (1); Argentina (Rosario) - UMI, Cuba (Havana) - UMI, Saudi Arabia - HI (Jeddah), Thailand (Kohn Kaen Province) -UMI(1); Bolívia (Cochabamba, El Alto, La Paz) - LMI (1).	8/8	2013

(Continua)

(Conclusão)

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Qin <i>et al.</i> , 2014	Realizar tratamento precoce da sífilis na gestante para prevenir resultados adversos.	Estimar a probabilidade de resultados adversos da gravidez entre mulheres com e sem sífilis, de acordo com os exames sorológicos, tratamento ou não durante a gravidez, idade gestacional no tratamento. Fornecer evidências científicas para a prevenção do aborto atribuível à transmissão vertical da sífilis.	Cinquenta e quatro literaturas envolvendo 11398 mulheres sífilíticas e 43342 mulheres não sífilíticas foram incluídas de 4187 registros inicialmente encontrados. Aproximadamente 52% das gestações em mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada resultam em alguns resultados adversos, com proporções estimadas: perda fetal precoce ou natimorto (21%), óbito neonatal (9%) , baixo peso ao nascer ou parto prematuro (6%) e infecção em um bebê nascido vivo (15%). A ocorrência de natimortos (21%), óbitos neonatais (9,3%), e prematuridade ou baixo peso ao nascer (5,8%) foram mais frequentes nas gestantes que não receberam tratamento do que nas gestantes que não tiveram diagnóstico de sífilis. Os pesquisadores concluíram que a alta qualidade do atendimento pré natal, destacando o teste e o tratamento precoces, são os únicos meios eficazes de bloquear a transmissão vertical da sífilis. A educação em saúde para mulheres grávidas deve continuar a reforçar a mensagem de que a sífilis materna não tratada é um perigo para o feto, que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada, e que as mulheres devem participar de um pré-natal que possa realizar a triagem de sífilis assim que suspeitem que estão grávidas. A atenção sistemática ao teste, tratamento, educação e rastreamento de contato na gravidez e subsequente retestes no final do trimestre de mulheres com alto risco diminuirão a ocorrência de natimortos.	6/11	54/54	China - UPMI (45), Reino Unido -HI (1), EUA -HI (3), Zâmbia - LMI (1), Malawi - LI (1), Quênia - LMI (1), Tanzânia - LI (1) e Rússia - UMI (1).	54/54	2013
Hawkes <i>et al.</i> , 2013	Realizar intervenções pré natais para prevenir a transmissão vertical de sífilis nos dois primeiros trimestres de gestação.	Revisar evidências sobre o momento ideal das intervenções pré-natais para prevenir a transmissão da sífilis de mãe para filho e seus resultados adversos associados.	Nesta revisão foram identificados cinco estudos que compararam as mulheres que procuram e recebem intervenções (triagem e tratamento para sífilis) no primeiro e segundo trimestres (grupo de referência) em comparação com as mulheres não vistas até o terceiro trimestre. A prevalência global de quaisquer resultados adversos da gravidez foi maior entre as mulheres observadas no terceiro trimestre em comparação com o grupo de referência para todos os estudos, resultando em uma razão de chances de 2,24 (para desfechos adversos entre as mulheres vistas mais tarde em suas gestações). O momento das intervenções de cuidados pré-natais fazem uma diferença significativa no risco de ter um resultado adverso devido à sífilis. As mulheres que procuraram atendimento nos dois primeiros trimestres de sua gravidez e receberam a intervenção apropriada apresentaram maior probabilidade de ter um bebê saudável, em comparação com as mulheres rastreadas e tratadas no terceiro trimestre.	4/11	5/5	EUA - HI (2); Tanzânia - LI (1); Guiana - UMI (1); China - UMI (1).	5/5	2010

Apêndice D. Revisões sistemáticas sobre a opção 3. Elaborar estratégias para notificar parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de IST

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Ferreira <i>et al.</i> , 2013	Elaborar estratégias de notificação do parceiro para reduzir a disseminação da sífilis e risco de complicações.	Avaliar os efeitos de diferentes estratégias de notificação de parceiros em pessoas com IST, incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).	Nesta revisão foram incluídos 26 estudos (17.578 participantes, 9015 mulheres e 8563 homens). Cinco ensaios foram conduzidos em países em desenvolvimento. Houve potencial para viés de seleção, devido aos métodos de alocação utilizados e de viés de desempenho, devido à falta de cegamento na maioria dos estudos incluídos. Sete ensaios tiveram atrito superior a 20%, aumentando o risco de viés. A maioria dos estudos foi baseada em clínicas de saúde pública. Um foi realizado em um grande centro médico acadêmico, três em clínica geral e um em um campus universitário. A revisão concluiu que existem poucos estudos para permitir conclusões consistentes sobre as estratégias de notificação de parceiros em pessoas com IST. Mais ensaios clínicos randomizados de alta qualidade das estratégias de notificação do parceiro, usando desfechos biológicos, são necessários.	10/10	26/26	EUA - HI (14); Reino Unido - HI (4); Dinamarca - HI (2); Austrália -HI (1); Malawi -LI (1); África do Sul - UMI (1); Uganda -LI (1); Zâmbia -LMI (1); Zimbábue -LI (1).	26/26	2012

Apêndice E. Revisões sistemáticas sobre a opção 4. Realizar campanhas de saúde para informar as formas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Saraceni <i>et al.</i> , 2005	Planejar avaliação de campanhas, encontrar metodologia clara e objetiva para tal fim, fornecer os resultados de campanhas expressos em termos de Intervenção: cobertura e/ou população atingida, descrever padrões de mudança epidemiológica que por ventura ocorram.	Levantar subsídios para a avaliação de campanhas de saúde, particularizando-se as metodologias utilizadas, tendo em vista a avaliação de campanhas dirigidas ao controle da sífilis congênita.	Foram incluídos 37 artigos nesta revisão, sendo 30 encontrados no Medline, sete no LILACS e nenhum na PAHO. Quinze artigos são referentes à sífilis congênita e avaliação e 22 artigos à campanhas de saúde e avaliação. Nos estudos não foi encontrada preocupação com a sustentabilidade da intervenção, não foram descritos indicadores ou condições traçadoras para uma formalização de estratégias e contabilização de resultados ou impacto de longo prazo. A revisão realizada mostrou que existe um espaço a ser preenchido no campo da avaliação de campanhas de saúde, principalmente no que se refere à construção metodológica. Campanhas podem ser instrumentos capazes de gerar modificações no estado de saúde de uma população. Com tal finalidade deveriam ser desenhadas e arquitetadas de modo a proporcionar os desdobramentos necessários para facilitar o acesso aos serviços e a conduzir à melhoria da saúde dos indivíduos. Para tanto, as campanhas deveriam fazer parte de atividades programáticas que seguissem um planejamento estratégico, com resultados de curto, médio e longo prazos esperados, medidos por indicadores claros e definidos por metas factíveis, que possibilitasse o julgamento de valor, produzindo mudanças no cenário da saúde pública. O monitoramento e a consequente avaliação dos resultados poderia levar a uma revisão dos programas e a modificações de rumo que se fizessem necessárias para trazer os ganhos esperados com os investimentos feitos.	3/11	15/37	Não há essa informação	37/37	2003
Mason-Jones <i>et al.</i> , 2014	Oferecer programas nas escolas de educação combinado com programas de incentivos para prevenir IST e gravidez na adolescência.	Avaliar os efeitos dos programas de saúde sexual e reprodutiva na escola sobre infecções sexualmente transmissíveis (como HIV, vírus do herpes simplex e sífilis) e gravidez entre adolescentes.	A revisão inclui ensaios clínicos randomizados, tanto aleatoriamente e randomizados em grupo, que avaliaram programas baseados na escola com o objetivo de melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Seis estudos avaliaram intervenções educacionais baseadas na escola. Dois ensaios avaliaram programas baseados em incentivos para promover a frequência escolar, que são os programas combinados de educação e incentivo monetário. O único teste que avaliou os uniformes escolares gratuitos também incluiu um grupo experimental no qual os participantes receberam uniformes e um programa de educação sexual e reprodutiva. A partir da revisão os pesquisadores concluíram que há uma necessidade contínua de fornecer serviços de saúde para adolescentes que incluam escolhas contraceptivas e preservativos e que os envolvam na concepção de serviços. As escolas podem ser um bom local para fornecer esses serviços. Porém há pouca evidência de que programas baseados exclusivamente em currículos educacionais sejam eficazes na melhoria dos resultados de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes. Intervenções baseadas em incentivos que se concentram em manter os jovens na escola secundária podem reduzir a gravidez na adolescência, mas testes adicionais são necessários para confirmar isso.	10/11	8/8	Malawi - LI, África do Sul - UMI, Tanzânia - LI, Zimbábue - LI e Quênia - LMI (5); Chile - HI (1) e Inglaterra - HI e Escócia - HI (2).	8/8	2016

(Continua)

(Conclusão)

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Moreno <i>et al.</i> , 2014	Realizar intervenções estruturais e comunitárias para promoção do uso do preservativo.	Avaliar os efeitos de intervenções estruturais e no nível da comunidade para aumentar o uso de preservativos em populações gerais e de alto risco para reduzir a incidência de transmissão de HIV e DST, comparando estratégias alternativas ou avaliando os efeitos de uma estratégia comparada a um controle.	A revisão incluiu nove ensaios para avaliação quantitativa. Os estudos foram conduzidos na Tanzânia, Zimbábue, África do Sul, Uganda, Quênia, Peru, China, Índia e Rússia, compreendendo 75.891 participantes, a maioria incluindo a população em geral. A principal intervenção foi a promoção e/ou distribuição de preservativos. Em geral, os grupos controle não receberam nenhuma intervenção ativa. O principal risco de viés foi dados de resultados incompletos. Constatou-se que a(s) intervenção(ões) teve um impacto significativo no aumento do uso do preservativo no último sexo e no conhecimento de que o preservativo pode prevenir a transmissão do HIV e outras IST. No entanto, o impacto positivo do preservativo pode ser limitado pelo seu uso inconsistente ou baixo. Sabe-se que vários fatores estão associados ao não uso do preservativo durante a relação sexual, incluindo percepção de prazer reduzido, desconforto, confiança do parceiro, uso de outros contraceptivos, medo de revelar o status de HIV para parceiros e crenças religiosas.	10/11	9/9	África Subsaariana -LI (7); Peru -UMI (1); China -UMI, Índia -LMI, Peru -UMI, Rússia -UMI e Zimbábue -LI (1).	9/9	2014

Apêndice F. Artigos excluídos após leitura de resumos ou artigos completos e justificativa da exclusão.

Título	Autor	Justificativa
Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy.	Menezes <i>et al.</i> (2009)	FOCOS DIVERSOS
Azithromycin versus penicillin G benzathine for early syphilis.	Bai <i>et al.</i> (2011)	FOCOS DIVERSOS
Genital ulcer disease treatment for reducing sexual acquisition of HIV.	Mutua <i>et al.</i> (2012)	OUTRO TEMA
Risk factors associated with late preterm births in the underdeveloped region of China: A cohort study and systematic review	Lu <i>et al.</i> (2008)	ESTUDO DE COORTE
Risk of early-onset neonatal infection with maternal infection or colonization : a global systematic review and meta-analysis	Grace <i>et al.</i> (2014)	OUTRO TEMA
The Global Epidemiology of Syphilis in the Past Century – A Systematic Review Based on Antenatal Syphilis Prevalence	Kenyon <i>et al.</i> (2016)	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
Accelerating worldwide syphilis screening through rapid testing: A systematic review	Tucker <i>et al.</i> (2010)	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
Barriers and enablers to integrating maternal and child health services to antenatal care in low and middle income countries.	de Jongh <i>et al.</i> (2016)	OUTRO TEMA
Is serological evidence of infection with syphilis a contraindication to kidney donation? Case report and review of the literature.	Gibel <i>et al.</i> (1987)	FOCOS DIVERSOS
It takes 2 : partner attributes associated with sexually transmitted infections among adolescents	Swartzendruber <i>et al.</i> (2013)	FOCOS DIVERSOS
Linkages Among Reproductive Health, Maternal Health, and Perinatal Outcomes	Bhutta <i>et al.</i> (2010)	OUTRO TEMA
Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement.	Wolff <i>et al.</i> (2009)	GUIDELINE
Prevalence of Curable Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women in Low- and Middle-Income Countries From 2010 to 2015: A Systematic Review.	Joseph <i>et al.</i> (2016)	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force	Lin <i>et al.</i> (2008)	GUIDELINE
Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review.	Aminu <i>et al.</i> (2014)	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature	Florence <i>et al.</i> (2011)	OUTRO TEMA
A systematic review and meta-analysis of studies evaluating the performance and operational characteristics of dual point-of-care tests for HIV and syphilis.	Peeling <i>et al.</i> (2017)	FOCOS DIVERSOS
A systematic review of pediatric sensorineural hearing loss in congenital syphilis.	Chau <i>et al.</i> (2009)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes	Mbuagbaw <i>et al.</i> (2015)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
Molecular typing of <i>Treponema pallidum</i> : a systematic review and meta-analysis	Rui-Rui <i>et al.</i> (2011)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
On the pathway to better birth outcomes? A systematic review of azithromycin and curable sexually transmitted infections	Chico <i>et al.</i> (2013)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
Sexually transmitted diseases in pregnancy	Goldenberg <i>et al.</i> (1997)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
A systematic review and meta-analysis of malaria and sexually transmitted and reproductive tract infections in pregnancy in sub-saharan africa: Opportunities for antenatal intervention	Chico <i>et al.</i> (2012)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: A systematic review and meta-analysis	Weiss <i>et al.</i> (2006)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
Penicillin is the drug of choice to treat all stages of syphilis despite a paucity of clinical trials data for the treatment of some stages, pregnant women and HIV-infected people	Tuddenham <i>et al.</i> (2015)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
Randomized controlled trials of antibiotics for neonatal infections: A systematic review	Kaguelidou <i>et al.</i> (2013)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA
Sensitivity, specificity and likelihood ratios of PCR in the diagnosis of syphilis: A systematic review and meta-analysis	Gayet-Ageron <i>et al.</i> (2013)	INTERVENÇÃO MUITO ESPECÍFICA

(Continua)

(Continuação)

Título	Autor	Justificativa
Behavioral interventions for improving condom use for dual protection.	Lopez <i>et al.</i> (2013)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Treatment of syphilis: a systematic review.	Clement <i>et al.</i> (2014)	PROTOCOLO DE REVISÃO
Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care.	Abalos <i>et al.</i> (2016)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Antibiotics for congenital syphilis	Walker <i>et al.</i> (2016)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Management of Adult Syphilis: Key Questions to Inform the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.	Ghanem <i>et al.</i> (2015)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
[A meta-analysis of HIV seroprevalence in pregnant women with syphilis and the impact of syphilis infection on mother-to-child HIV transmission].	Wang <i>et al.</i> (2016)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Are recommendations about routine antenatal care in Australia consistent and evidence-based?	Hunt <i>et al.</i> (2002)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Clinical interventions to reduce stillbirths in sub-Saharan Africa: a mathematical model to estimate the potential reduction of stillbirths associated with specific obstetric conditions	Goldenberg <i>et al.</i> (2018)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention	Schmid <i>et al.</i> (2004)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Fatal attraction: Sex, sexually transmitted infections and HIV-1	Chan <i>et al.</i> (2006)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): Evidence for effectiveness of interventions	Barros <i>et al.</i> (2010)	GUIDELINE
Global report on preterm birth and stillbirth (4 of 7): delivery of interventions.	Victora <i>et al.</i> (2010)	GUIDELINE
Maternal and congenital syphilis programmes: Case studies in Bolivia, Kenya and South Africa	Deperthes <i>et al.</i> (2004)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
National guideline for the management of early syphilis. Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases).	Guideline (1999)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
One to one interventions to reduce sexually transmitted infections and under the age of 18 conceptions: A systematic review of the economic evaluations	Barham <i>et al.</i> (2007)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Partner notification in the United States: an evidence-based review.	Macke <i>et al.</i> (1999)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Perinatal Treponema pallidum: evidence based guidelines to reduce mother to child transmission.	Freyne <i>et al.</i> (2014)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Treatment for syphilis in antenatal care: Compliance with the three dose standard treatment regimen	Mullick <i>et al.</i> (2005)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Congenital and perinatally-acquired infections in resource-constrained settings	Madrid <i>et al.</i> (2016)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Congenital Syphilis Prevention: Strategies, Evidence, and Future Directions.	Plotzker <i>et al.</i> (2018)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Congenital syphilis, a reemergent disease in Mexico: Its epidemiology during the last 2 decades	Reyna-Figueroa <i>et al.</i> (2011)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries.	Adam <i>et al.</i> (2005)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections	King <i>et al.</i> (2004)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
European guideline for the management of syphilis.	Goh <i>et al.</i> (2001)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Evidence of accessibility and utility of point-of-care diagnostics as an integral part of prevention of mother-to-child transmission services: systematic scoping review protocol.	Katoba <i>et al.</i> (2017)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Evidence-based prenatal care: part II. Third-trimester care and prevention of infectious diseases.	Kirkham <i>et al.</i> (2005)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA

(Continua)

(Conclusão)

Título	Autor	Justificativa
Guidelines for the prevention and control of congenital syphilis.	Guideline (1988)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Partner notification for sexually transmitted diseases: an overview of the evidence.	Oxman <i>et al.</i> (1994)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Perinatal infections: Prenatal screening	Bonanno <i>et al.</i> (2010)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Poor reporting of outcomes beyond accuracy in point-of-care tests for syphilis : a call for a framework	Jafari <i>et al.</i> (2014)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Randomized controlled trials of interventions to prevent sexually transmitted infections: Learning from the past to plan for the future	Catherine <i>et al.</i> (2010)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Review of current evidence and comparison of guidelines for effective syphilis treatment in Europe.	Parkes <i>et al.</i> (2004)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Revisión bibliográfica sobre la serología sistemática del embarazo normal / Systematic review of serology in normal pregnancy	Santos <i>et al.</i> (2014)	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes.	Villar <i>et al.</i> (1997)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Screening for syphilis infection in pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement.	Guideline (2004)	GUIDELINE
Screening for syphilis infection: recommendation statement.	Guideline (2004)	GUIDELINE
Screening for Syphilis: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.	Guideline (2009)	GUIDELINE
Syphilis transmission: a review of the current evidence.	Stoltey <i>et al.</i> (2015)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
[Syphilis. Guideline of the German Sexually Transmitted Diseases Society for diagnosis and therapy of syphilis].	Guideline (2006)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Syphilis: Should we change the treatment of choice?	Osborne <i>et al.</i> (2008)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Syphilis: Still a major cause of infant mortality	Chen <i>et al.</i> (2012)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
The introduction of syphilis point of care tests in resource limited settings	Marks <i>et al.</i> (2017)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
The sexually transmitted infections and HIV/AIDS Cochrane review groups	Gaitan-Duarte <i>et al.</i> (2014)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008.	Kingston <i>et al.</i> (2008)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Improving antenatal care to prevent adverse pregnancy outcomes caused by syphilis.	Chen <i>et al.</i> (2011)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Stillbirths: what difference can we make and at what cost?	Bhutta <i>et al.</i> (2011)	NÃO É REVISÃO SISTEMÁTICA
Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection.	Sangani <i>et al.</i> (2004)	OUTRO TEMA
Reações adversas não alérgicas à suspensão injetável de benzilpenicilina benzatina: uma revisão sistemática / Adverse reactions not allergic to the injectable suspension of benzatina benzilpenicilina: a systematic revision	Miranda <i>et al.</i> (2004)	OUTRO TEMA
The theoretical impact and cost-effectiveness of vaccines that protect against sexually transmitted infections and disease	Garnett (2014)	OUTRO TEMA

8. ANEXOS

Anexo 1 – Ferramenta AMSTAR

<p>1. Foi fornecido um projeto a priori?</p> <p>Os critérios de inclusão e exclusão devem ser estabelecidos antes da realização da pesquisa.</p> <p>[Nota: É necessário haver referência a um protocolo, aprovação ética ou objetivos da pesquisa pré-determinados / publicados a priori para marcar um "sim".]</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica
<p>2. Seleção de estudos e extração de dados foi realizada duplamente?</p> <p>A extração de dados deve ser realizada por pelo menos 2 pessoas de forma independente e deve ser definido um procedimento para resolver discordâncias.</p> <p>[Nota: É necessário que pelo menos 2 pessoas tenham feito seleção de estudos, 2 pessoas tenham feito extração de dados, e divergências resolvidas por consenso ou uma pessoa verificou o trabalho da outra.]</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica
<p>3. Foi realizada uma pesquisa/busca bibliográfica abrangente?</p> <p>Pelo menos duas fontes eletrônicas devem ser pesquisadas. O relatório deve incluir os anos e as bases de dados usadas (por exemplo, Central, EMBASE e MEDLINE). As palavras-chave e/ou os termos MeSH devem ser informados e, quando possível, a estratégia de busca deve ser fornecida. Todas as buscas devem ser complementadas por meio de consulta a conteúdos, revisões, livros-texto, cadastros especializados atualizados ou especialistas no campo de estudo específico e por meio de revisão das referências dos estudos encontrados.</p> <p>[Nota: Se foram utilizadas pelo menos 2 fontes + 1 estratégia suplementar, responda "sim" (Cochrane register / Central conta como 2 fontes; pesquisa em literatura cinzenta conta como literatura suplementar).]</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica
<p>4. A situação da publicação (por exemplo, literatura cinzenta) foi utilizado como um critério de inclusão?</p> <p>Os autores devem declarar que procuraram por estudos independentemente de sua situação de publicação. Os autores devem declarar se excluíram ou não quaisquer estudos (da revisão sistemática), com base em sua situação de publicação, idioma etc.</p> <p>[Nota: Se a revisão indica que houve uma busca por literatura cinzenta ou literatura não publicada, responder "sim". Banco de dados único, teses, anais de congressos e registros de estudos são considerados literatura cinzenta. Se a busca foi de uma fonte que contém literatura cinzenta e não cinzenta, deve-se especificar que eles estavam procurando literatura inédita.]</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica
<p>5. Foi fornecida uma lista de estudos (incluídos e excluídos)?</p> <p>Deve ser fornecida uma lista de estudos incluídos e excluídos.</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder

<p>[Nota: É aceitável que a lista dos estudos excluídos esteja apenas referenciada. Se houver um link eletrônico para acesso à lista, mas o link não está ativo, responda "não".]</p>	☐ Não se aplica
<p>6. Foram fornecidas as características dos estudos incluídos?</p> <p>Devem ser fornecidos de forma agregada (como uma tabela), dados sobre os participantes, as intervenções e os resultados dos estudos originais. Devem ser relatadas as diversas características em todos os estudos analisados, como idade, raça, sexo, dados socioeconômicos relevantes, estágio da doença, duração, gravidade ou comorbidades.</p> <p>[Nota: É aceitável se não foi apresentado no formato de tabela, desde que contemple as informações acima descritas.]</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica
<p>7. A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada?</p> <p>Devem ser fornecidos a priori os métodos de avaliação (por exemplo, para estudos de eficácia, caso os autores optem por incluir apenas ensaios clínicos randomizados, duplo-cego, controlados por placebo, ou alocação sigilosa como critérios de inclusão). Para outros tipos de estudos, é importante que existam itens alternativos.</p> <p>[Nota: Pode incluir o uso de uma ferramenta de avaliação de qualidade ou checklist (por exemplo, escala de Jadad, risco de viés, análise de sensibilidade, etc.), ou uma descrição de itens de qualidade, com algum tipo de resultado para cada estudo (é adequado informar escore "baixo" ou "alto", desde que claramente descritos os estudos que receberam esses escores. Não é aceitável um escore / intervalo resumo para todos os estudos em conjunto).]</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica
<p>8. A qualidade científica dos estudos incluídos foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões?</p> <p>O rigor metodológico e a qualidade científica dos estudos deverão ser considerados na análise e conclusões da revisão e explicitamente informados na formulação de Recomendações.</p> <p>[Nota: Se foi dito algo como "os resultados devem ser interpretados com cautela, devido à má qualidade dos estudos incluídos", não é possível responder "sim" para esta pergunta, se respondeu "não" para a pergunta 7.]</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica
<p>9. Os métodos foram usados para combinar os resultados de estudos adequados?</p> <p>Para os resultados agrupados deve ser feito um teste para garantir que os estudos podiam ser agrupados e para avaliar a sua homogeneidade (teste de qui-quadrado para homogeneidade, I^2). Se houver heterogeneidade, deverá ser usado um modelo de efeitos aleatórios e/ou a adequação clínica da combinação deverá também ser levada em consideração (isto é, combinar os resultados era apropriado?).</p> <p>[Nota: Responda "sim" se houve menção ou descreveu a heterogeneidade, ou seja, se os autores explicaram que os resultados não puderam ser agrupados por causa de heterogeneidade / variabilidade entre as intervenções.]</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica
<p>10. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?</p> <p>Uma avaliação de viés de publicação deve incluir uma combinação de ferramentas gráficas (por exemplo, um gráfico de funil e outros testes disponíveis) e/ou testes estatísticos (por exemplo, teste de regressão Egger, Hedges-Olken).</p>	☐ Sim ☐ Não ☐ Não é possível responder ☐ Não se aplica

[Nota: Se nenhum valor de teste ou gráfico de funil foi incluído, responda "não". Se houve menção que viés de publicação não pôde ser avaliado porque havia menos de 10 estudos, responda "sim".]	
<p>11. O conflito de interesses foi informado?</p> <p>Possíveis fontes de apoio devem ser claramente informadas, tanto na revisão sistemática quanto nos estudos incluídos.</p> <p>[Nota: Para obter um "sim", deve indicar fonte de financiamento ou apoio à revisão sistemática e para cada um dos estudos incluídos.]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>

Fonte: <https://amstar.ca/> tradução no capítulo 14 do livro Avaliação de Tecnologias de Saúde e Políticas Informadas por Evidências.