



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS
CONGÊNITA: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE NUM MUNICÍPIO
DO ESTADO DA BAHIA**

**SALVADOR
2024**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS
CONGÊNITA: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE NUM MUNICÍPIO
DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia (PPGSC-ISC/UFBA), na área de Concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Sônia Cristina Lima Chaves.

Coorientadora: Ana Paula dos Reis.

**SALVADOR
2024**

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B843a Bressy, Carla Taiana Cointeiro.

Ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita: um estudo de avaliabilidade num município do Estado da Bahia / Carla Taiana Cointeiro Bressy. – Salvador: C.T.C. Bressy, 2024.

91 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula dos Reis.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Sífilis Congênita. 2. Infecções Sexualmente Transmissíveis. 3. Diagnóstico Pré-Natal. 4. Parceiro. 5. Tratamento da Sífilis. I. Título.

CDU 616.98



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS
CONGÊNITA: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE NUM MUNICÍPIO
DO ESTADO DA BAHIA**

A Comissão Examinadora aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 16 de outubro de 2024

Banca Examinadora:

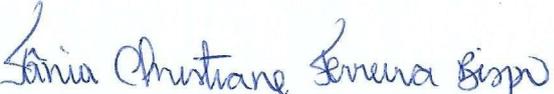
Ana Paula dos Reis (ISC/UFBA)
Coorientadora



Documento assinado digitalmente

ANA PAULA DOS REIS
Data: 20/10/2024 07:06:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Sônia Cristina Lima Chaves (FOUFBA)
Orientadora


Tania Christiane Ferreira Bispo (UNEB)
Examinadora Externa


Thais Regis Aranha Rossi (UNEB)
Examinadora Externa

Salvador

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e à espiritualidade, pela dádiva desta conquista tão sonhada, pois sozinhos nada seríamos.

A toda a minha família, que me apoia. Obrigada pelo amor que recebo de vocês.

À minha mãe, Maria Lúcia, exemplo de mulher de garra e otimismo. Obrigada por sempre acreditar em minha capacidade.

À minha filha, Beatriz, que pacientemente entendeu as ausências da mamãe, para que eu pudesse estudar e concluir mais uma etapa da minha vida profissional. Filha, meu amor maior, que esta conquista ecoe em sua formação. Saiba que nós mulheres somos e ocupamos todos os espaços que desejarmos!

Ao meu companheiro, Fábio, pois juntos aprendemos, enfrentamos os obstáculos da vida, crescemos e nos mantemos firmes e fortes.

Às amigas do peito, vocês sabem quem são, que não aguentavam mais ouvir sobre o mestrado. Obrigada pelo incentivo e paciência.

Às professoras e orientadoras, Sônia Chaves e Ana Paula dos Reis, agradeço pelos ensinamentos compartilhados, por me apoiarem e me direcionarem na elaboração desta dissertação.

À banca examinadora, Prof.^{as} Dr.^{as} Taís Aranha e Tânia Bispo, que carinhosamente se dispuseram a contribuir para o aprimoramento desta pesquisa.

À amiga, Sheila Bahia, pelo carinho e ajuda neste processo de amadurecimento da pesquisa, pelas palavras de incentivo e por ter me dado “colo” todas as vezes que precisei.

Aos amigos que o ISC me presenteou, em especial a Jonas Neto. Obrigada pelo apoio nos momentos de anseios e gratidão pelas alegrias compartilhadas.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari e da Secretaria Estadual de Saúde, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência do trabalho para cursar as disciplinas.

Por fim, agradeço a todos que direta e indiretamente contribuíram para esta conquista!

“O segredo do sucesso é a constância no propósito”

Benjamin Disraeli

BRESSY, Carla Taiana Cointeiro. Ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita: um estudo de avaliabilidade num município do Estado da Bahia. Universidade Federal da Bahia. 2024. Orientadora: Sônia Cristina Lima Chaves. Coorientadora: Ana Paula dos Reis. 91 f. il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2024.

RESUMO

Problemática: a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível que pode ser transmitida por relações sexuais sem uso do preservativo ou de uma mulher para o feto. Assim, a sífilis congênita (SC) ocorre em consequência da disseminação hematogênica da bactéria na gestante infectada que, não tratada ou tratada inadequadamente, infecta o seu concepto, por via transplacentária, em qualquer fase da gravidez ou fase clínica da doença. Embora o diagnóstico e o tratamento sejam de fácil acesso e de baixo custo, esse agravo continua sendo um problema de saúde pública. Verifica-se que existem municípios baianos que ultrapassam a média dos indicadores epidemiológicos do estado, a exemplo de Camaçari. A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical indica que a qualidade da assistência ofertada ou elementos externos à assistência à saúde precisam ser conhecidos e considerados. A hipótese da insuficiente participação do homem no pré-natal, e consequente baixa adesão ao tratamento, parece ser fator que contribui para a manutenção desse cenário. Assim, buscou-se responder sobre qual abordagem deve ser feita aos parceiros de gestantes com sífilis no pré-natal, e se esta contribui (ou não) para a prevenção da sífilis congênita. **Objetivo:** assim este estudo realizou uma pré-avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis, com ênfase na abordagem ao parceiro sexual. **Metodologia:** estudo de avaliabilidade das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis com ênfase na abordagem ao parceiro sexual de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal, tendo como etapas: revisão de literatura e de documentos normativos sobre as ações de prevenção da transmissão vertical; a elaboração do modelo lógico do programa; entrevistas com usuários (gestantes e parceiros), profissionais e gestores. A análise dos dados foi categorizada por meio das narrativas, sob luz de Bardin, de acordo com a realidade apresentada. **Resultados:** a análise de conteúdo temático sobre a abordagem dos parceiros sexuais ocorre de forma pouco sistemática em Camaçari e tem na gestante o elo principal para essa adesão, mas pelas relações assimétricas de gênero, o medo e inseguranças na revelação do diagnóstico, podem ocorrer conflitos importantes na relação afetiva delas, no momento delicado da gravidez. Profissionais de saúde admitem a ausência de uma grande parcela dos parceiros no pré-natal e revelaram pouco investimento da gestão quanto às capacitações e campanhas alusivas ao tema. **Conclusão:** recomendam-se estratégias criativas na abordagem direta junto ao parceiro sexual, formação dos profissionais em tópicos envolvendo sexualidade, gênero e saúde e novos estudos que se dediquem às relações de poder e desigualdades entre gêneros e seus efeitos na saúde. As ações de planejamento e avaliação do programa, considerando a participação e tratamento do homem, parceiro de mulheres gestantes diagnosticadas no pré-natal, são fundamentais para a prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita.

Palavras-chave: sífilis congênita. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Diagnóstico Pré-natal. Parceiro. Tratamento da sífilis.

BRESSY, Carla Taiana Cointeiro. Actions to prevent vertical transmission of congenital syphilis: an evaluability study in a municipality in the state of Bahia. Federal University of Bahia. 2024. Supervisor: Sônia Cristina Lima Chaves. Co-supervisor: Ana Paula dos Reis. 91 f. il. Dissertation (Master's in Collective Health) — Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, 2024.

ABSTRACT

Background: Syphilis is a Sexually Transmitted Infection that can be transmitted through sexual intercourse without using a condom or from a woman to her fetus. Thus, Congenital Syphilis (CS) occurs as a result of the hematogenous dissemination of the bacteria in an infected pregnant woman who, untreated or inadequately treated, infects her fetus, transplacentally, at any stage of pregnancy or clinical phase of the disease. Although diagnosis and treatment are easily accessible and low-cost, this condition continues to be a public health problem. It appears that there are municipalities in Bahia that exceed the average of the State's epidemiological indicators, such as Camaçari. The persistence of high incidence of the disease and high rates of vertical transmission indicate that the quality of care offered or elements external to health care need to be known and considered. The hypothesis of insufficient participation of men in prenatal care, and consequent low adherence to treatment, seems to be a factor that contributes to the maintenance of this scenario. Thus, we sought to answer what approach should be made to the partners of pregnant women with syphilis in prenatal care, and whether it contributes (or not) to the prevention of congenital syphilis.

Objective: This study carried out a pre-assessment of actions to prevent vertical transmission of syphilis, with an emphasis on the approach to sexual partners. **Methodology:** This was an evaluability study of actions to prevent mother-to-child transmission of syphilis with emphasis on the approach to the sexual partner of women diagnosed with syphilis in prenatal care, with the following steps: review of literature and normative documents on actions to prevent mother-to-child transmission; the elaboration of the logical model of the program; interviews with users (pregnant women and partners), professionals and managers. The data analysis was categorized through the narratives, under Bardin's light, according to the reality presented. **Results:** The thematic content analysis on the approach to sexual partners occurs in an unsystematic way in Camaçari and has the pregnant woman as the main link for this adherence, but due to the asymmetrical gender relations, fear and insecurities in the disclosure of the diagnosis can occur important conflicts in their affective relationship, at the delicate moment of pregnancy. Health professionals admit the absence of a large portion of partners in prenatal care and revealed little investment by management in training and campaigns alluding to the theme. **Conclusion:** Creative strategies in the direct approach to the sexual partner, training of professionals in topics involving sexuality, gender and health, and new studies that are dedicated to power relations and inequalities between genders and their effects on health are recommended. The planning and evaluation actions of the program, considering the participation and treatment of men, the partner of pregnant women diagnosed in prenatal care, are fundamental for preventing vertical transmission of congenital syphilis.

Keywords: Congenital syphilis. Sexually Transmitted Infections. Prenatal Diagnosis. Partner. Treatment of Syphilis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Tipos de relacionamentos, sentimentos, ações e vulnerabilidades de mulheres heterossexuais com ISTs diante das parcerias sexuais, em estudos de Cavalcante <i>et al.</i> (2012), Araújo; Silveira (2007) e Costa (2005)	29
Figura 1	Fluxograma do estudo de Avaliabilidade para abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico da sífilis no pré-natal, no município de Camaçari-BA, em 2023-2024.....	39
Figura 2	Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal - Eixo Diagnóstico.....	44
Figura 3	Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal - Eixo Tratamento.....	45
Figura 4	Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal - Eixo Monitoramento.....	46
Quadro 2	Caracterização das mulheres e parceiros do programa de prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita que participaram das entrevistas.....	48
Figura 5	Modelo Lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal- Revisitado	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida
CIEDDS	Comitê Interministerial para Eliminação da Tuberculose e outras Doenças Determinadas Socialmente
EMTCT	Elimination of Mother-To-Child Transmission of HIV and Syphilis
GBD	Global Burden of Disease
GGGI	Índice Global de Desigualdade de Gênero
HBV	Vírus da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
NC	Notificação Compulsória
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PREP	Profilaxia Pré-Exposição
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SC	Sífilis Congênita
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	12
1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	ESTADO DA ARTE.....	20
3.1	PANORAMA DA SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM PAÍSES DO MUNDO...	21
3.2	PANORAMA DA SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM ESTADOS BRASILEIROS.....	24
4	FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	28
4.1	GÊNERO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS.....	28
4.2	O PAPEL DO PARCEIRO E OS DESAFIOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	31
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
5.1	SOBRE O MÉTODO.....	37
5.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6.1	MODELO LÓGICO PARA ABORDAGEM DO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS PRÉ-NATAL.....	43

6.1.1	Eixo Diagnóstico.....	43
6.1.2	Eixo Tratamento.....	44
6.1.3	Eixo Monitoramento.....	45
6.2	DIFICULDADES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NA PERSPECTIVA DAS MULHERES E SEUS PARCEIROS SEXUAIS.....	47
6.2.1	Perfil social e das relações afetiva e sexual.....	47
6.2.2	Manejo clínico da sífilis.....	50
6.2.2.1	Desafio do diagnóstico.....	50
6.2.2.2	Teste, trate e cure.....	52
6.2.2.3	Prevenção da sífilis.....	52
6.2.3	Participação do parceiro no tratamento da sífilis.....	55
6.2.3.1	A responsabilidade é somente da mulher?.....	56
6.3	DIFICULDADES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE.....	57
6.3.1	Perspectiva dos profissionais de saúde.....	57
6.3.2	Perspectiva dos gestores de saúde.....	60
6.4	ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS PARA A ADESÃO DOS PARCEIROS SEXUAIS DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS NO PRÉ-NATAL.....	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	67
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICE A - Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal.....	80

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para as mulheres.....	83
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para os parceiros sexuais.....	84
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para os profissionais de saúde e gestores das unidades de saúde.....	85
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
APÊNDICE F - Anuências das Instituições de Saúde.....	89
APÊNDICE G - Aprovação do CEP-ISC/UFBA.....	92

APRESENTAÇÃO

Há 18 anos, iniciei minha trajetória profissional como enfermeira, graduada pela Universidade do Estado da Bahia. Atuei em unidade de terapia intensiva nos primeiros três anos, após formatura em hospitais da rede privada, e concluí a Residência de Terapia Intensiva na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Quando fui aprovada em concursos públicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em 2007, e da Prefeitura Municipal de Camaçari, em 2008, afastei-me da terapia intensiva e passei a me dedicar, até os dias atuais, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2017, passei a atuar em um serviço especializado de assistência às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), em Camaçari, município da região metropolitana de Salvador, Bahia, e, no ano seguinte, passei a compor a equipe técnica do Programa Estadual de ISTs, na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP/SESAB). Responsável pelo monitoramento epidemiológico da sífilis na DIVEP, preocupei-me com a alta incidência da sífilis congênita no estado (7,4 casos/mil nascidos vivos)¹, em especial no município de Camaçari (9,6 casos/mil nascidos vivos)². Por se tratar de um agravo prevenível, curável, com diagnóstico e tratamento disponível na rede assistencial do SUS, interessei-me em entender quais fatores poderiam estar contribuindo para a manutenção desse quadro epidemiológico.

A avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis foi motivada também pela atuação como enfermeira e membro da Câmara Técnica de Prevenção da Transmissão Vertical da sífilis e demais ISTs de Camaçari. Assim, sempre me questioneei sobre a participação dos parceiros de gestantes no tratamento da sífilis, durante o pré-natal, como forma de reduzir a transmissão vertical do agravo.

Explorando a literatura, apesar de ter encontrado estudos diversos que apontaram a importância da adesão dos parceiros, poucas pesquisas exploraram de forma mais específica e aprofundada a abordagem do homem e os cuidados para evitar a sífilis congênita. Foi reforçado, desta forma, o meu interesse em compreender a participação do homem na prevenção da sífilis congênita, partindo para o presente estudo. Essa dissertação contribui com uma modesta produção de conhecimento sobre essa problemática. Boa leitura a todos!

1 INTRODUÇÃO

¹ Dados extraídos: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/sific.def> (ano referência 2022).

² Dados extraídos: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/nascimentos/> (ano referência 2022).

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode ser transmitida por relações sexuais sem uso do preservativo com uma pessoa já infectada ou da mulher para um feto e/ou recém-nascido durante a gestação e parto (Brasil, 2023).

A maioria das pessoas com sífilis apresenta longos períodos na fase assintomática, o que significa que não apresenta sinais e sintomas, e na fase sintomática, muitas vezes, não os percebe ou não os valoriza e, sem saber, transmite a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (Brasil, 2022).

A sífilis congênita (SC) ocorre em consequência da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada, não tratada ou tratada inadequadamente, que infecta o seu concepto, por via transplacentária, em qualquer fase da gravidez ou fase clínica da doença (WHO, 2017). Assim, evidencia-se a importância da triagem sorológica durante a gravidez, para intervenção imediata e acompanhamento adequado da mulher e de suas parcerias sexuais, com vistas a proteger o recém-nascido e o desenvolvimento futuro desta criança. A doença pode ser prevenida, sendo possível alcançar a eliminação da transmissão vertical por meio da implementação de estratégias de diagnóstico precoce e tratamento oportuno da sífilis nas gestantes e em seus parceiros (Lima *et al.*, 2022; Nunes *et al.*, 2018).

O diagnóstico da doença pode ser realizado através de um teste de triagem — teste treponêmico, usualmente o Teste Rápido (TR) para sífilis —, que se encontra disponível na rede de atenção à saúde do SUS, de forma gratuita e de fácil execução. Atualmente, é uma das principais formas de triagem para o diagnóstico da sífilis. Ao identificar a infecção na gestante, mesmo com apenas um teste de triagem reagente, é preciso iniciar rapidamente o tratamento para evitar a transmissão vertical (entre mãe e bebê). Em seguida, faz-se necessária a confirmação laboratorial, com testes não treponêmicos, usualmente utilizando-se o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) (Brasil, 2022).

Quando descoberta, é preciso realizar tratamento a fim de evitar o avanço dos sintomas na pessoa diagnosticada e, com isso, interromper a cadeia de transmissão sexual para as demais. O tratamento de escolha é a penicilina benzatina, disponível nas unidades básicas de saúde do SUS em todo o território brasileiro. O Ministério da Saúde (MS) orienta que, além da gestante, suas parcerias sexuais devem ser tratadas presumivelmente, independentemente do

status sorológico, a fim de evitar a reinfecção da gestante e, portanto, controlar a sífilis congênita (Brasil, 2022).

Embora o diagnóstico e o tratamento sejam de fácil acesso e de baixo custo, a sífilis congênita continua sendo um problema de saúde pública. A prevalência da sífilis congênita, tanto local como a nível mundial, segue elevada (3,3 casos por mil nascidos vivos), apesar das medidas preventivas já implantadas, tais como a descentralização do diagnóstico por meio dos testes rápidos, a disponibilização do tratamento gratuito e a elaboração de protocolos e diretrizes terapêuticas para o manejo da doença. Estudos mostram a associação entre sífilis e a infecção pelo vírus HIV, cuja incidência também segue elevada, e, muitas vezes por não ser realizado de forma adequada, o tratamento concomitante dos parceiros sexuais contribui para manter a cadeia de transmissão (Sonda *et al.*, 2013).

Em virtude da magnitude do agravo, o Brasil instituiu a Notificação Compulsória (NC) de sífilis congênita em 1986³ em todo o território nacional. A NC de sífilis em gestantes ocorreu em 2005⁴ e, por último, a de sífilis adquirida, em 2010⁵. Somente em 2020⁶, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados foi atualizada, mantendo a sífilis como agravo de notificação obrigatória.

Em 2014, o MS enfatizou a investigação dos casos de transmissão vertical da sífilis, HIV e hepatites virais com o lançamento do Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical (Brasil, 2014), para análise dos fatores que levaram ao desfecho da transmissão vertical desses agravos, com vistas a subsidiar recomendações de melhoria e ajustes na atenção à saúde de gestantes e conceito. Essa publicação constitui uma ferramenta norteadora para a investigação das vulnerabilidades individuais, dos serviços assistenciais e daquelas dificuldades relacionadas à gestão, que impactam diretamente o aumento dos casos (Nunes, 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Estados-Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da sífilis congênita, com o objetivo de reduzir a incidência de sífilis congênita para $\leq 0,5$ casos para mil nascidos vivos em 2015.

³ Portaria n.º 542, de 22 de dezembro de 1986: instituiu a sífilis congênita como agravo de notificação compulsória em território nacional.

⁴ Portaria n.º 33, de 14 de julho de 2005: instituiu a sífilis em gestantes como agravo de notificação compulsória em território nacional.

⁵ Portaria n.º 2.472, de 31 de agosto de 2010: instituiu a sífilis adquirida como agravo de notificação compulsória em território nacional.

⁶ Portaria n.º 264, de 17 de fevereiro de 2020, altera a Portaria de Consolidação n.º 4/GM/MS de 28 de setembro de 2017.

A partir de 2021, foi lançado o Guia de certificação e o selo de boas práticas de eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis, com o objetivo de subsidiar ações nos municípios com mais de 100 mil habitantes, para o alcance de metas de impacto (taxa de incidência de sífilis congênita) e indicadores de processo (cobertura mínima de quatro consultas no pré-natal, cobertura de gestantes com, pelo menos, um teste para sífilis no pré-natal e cobertura de gestantes tratadas adequadamente para sífilis) (Brasil, 2021).

Além disso, em abril de 2023, por meio do Decreto n.º 11.494, foi lançado o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), com a finalidade de promover ações que, entre outras, incluem doenças de eliminação da transmissão vertical, como: sífilis, hepatite B, Chagas e HIV (Brasil, 2023). Ainda no país, no período entre 2012 e 2022, apesar das iniciativas de prevenção da sífilis acima mencionadas, foram notificados no país 1.237.027 casos de sífilis adquirida, 537.401 casos de sífilis em gestantes, 238.387 casos de sífilis congênita e 2.153 óbitos por sífilis congênita. A taxa de incidência de sífilis congênita, entre 2017 e 2022, elevou-se em 19,1%, o que corresponde à taxa de incidência em 2022 de 10,3 casos por mil nascidos vivos (Brasil, 2023).

Diante do exposto, o nosso país não vem cumprindo a meta de eliminação da sífilis congênita. A epidemia continua e resulta em mortalidade neonatal e fetal significativa. Apesar de décadas de experiência epidemiológica e clínica com sífilis materna e congênita, ambas continuam a ser importantes problemas de saúde pública no Brasil e nas Américas (Cooper *et al.*, 2016).

Avaliando a situação no estado da Bahia, entre os anos de 2007 e 2017, foram identificados mais de 15 mil casos de sífilis gestacional e, aproximadamente, 8 mil casos de sífilis congênita, apresentando taxas de incidência de 15,09 casos de gestantes/mil nascidos vivos no ano de 2017 (Soares; Aquino, 2021). Em maio de 2017, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia lançou o Plano da Mãe Saudável, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis e de eliminação da sífilis congênita, em todo o estado até dezembro de 2021. Apesar de amplamente divulgado, os dados epidemiológicos revelam discreto decréscimo nas taxas de incidência da SC no estado até 2020, variando entre 7,3 casos/mil nascidos vivos (NV) em 2018; 7,4 casos/mil NV em 2019 e 6,9 casos/mil NV em 2020. Porém, em 2022, a Bahia volta a atingir a taxa de detecção de sífilis congênita de 7,3 casos/mil nascidos vivos (Bahia, 2023).

Segundo o Boletim Epidemiológico de sífilis na Bahia, entre 2014 e 2022, foram notificados 55.227 casos de sífilis adquirida, 31.920 casos de sífilis em gestantes e 11.785 casos de sífilis congênita. Nota-se aumento crescente da taxa de detecção da sífilis adquirida e sífilis em gestantes. No entanto, não se observa a redução dos casos de sífilis congênita, que mantém taxa de detecção variando de 5,1 a 7,8 casos por mil nascidos vivos (Bahia, 2023).

Com isso, partimos da hipótese de que o diagnóstico oportuno não tem sido capaz de reduzir a transmissão aos recém-nascidos, o que provavelmente decorre de problemas na abordagem das mulheres e seus parceiros, pelos profissionais de saúde. Ressalta-se, assim, a necessidade de efetivação de ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis em todo o estado, apesar das iniciativas internacionais e nacionais de eliminação da sífilis congênita já mencionadas.

Verifica-se ainda que existem municípios baianos que ultrapassam a média dos indicadores epidemiológicos do estado e que foram elencados no Plano da Mãe Saudável como prioritários nas ações de prevenção da transmissão vertical na Bahia. Dentre eles, destaca-se Camaçari, município foco deste estudo.

Trata-se de um município com aproximadamente 300 mil habitantes (IBGE, 2022). Em 2018, ocupou a 62^a posição quanto à incidência de SC no *ranking* entre os 326 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes (Neves, Santos e Priamo, 2018) e, no estado, destaca-se dentre os municípios baianos prioritários. A partir dessa classificação, o município de Camaçari foi eleito para participar do Projeto “Sífilis Não”, desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), entre 2018 e 2020. Associado a essa iniciativa, o município conseguiu realizar a integração entre a vigilância e atenção à saúde e fomento às investigações da transmissão vertical da sífilis.

Assim, em dezembro de 2019, o município instituiu a Câmara Técnica Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, HTLV, sífilis e hepatites B e C, de caráter eminentemente técnico, multiprofissional, com objetivo de analisar as circunstâncias da ocorrência de transmissão vertical dessas infecções sexualmente transmissíveis, a fim de subsidiar intervenções visando à eliminação desses agravos como problema de saúde pública (Bahia, 2019). Apesar dessas iniciativas, o cenário epidemiológico de Camaçari evidenciou aumento progressivo do número de casos de sífilis congênita.

Em 2021, o município foi contemplado mais uma vez com o projeto “Sífilis nos territórios baianos”, uma parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde. Por meio de cursos virtuais, vários profissionais foram capacitados para lidar com o problema, além do município ter recebido peças de educomunicação, como cartazes, folders e manuais de bolso, para a instrumentalização dos profissionais quanto ao manejo da sífilis em gestantes, congênita e adquirida. No entanto, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2019 a 2022, o município notificou 159 casos de sífilis congênita, atingindo taxa de incidência de 12,4 casos por mil nascidos vivos⁷, considerada extremamente elevada.

A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento considerável da cobertura de assistência pré-natal, indica que a qualidade da assistência ofertada pode ser insatisfatória ou, como hipótese, que há outros elementos externos à assistência à saúde que precisam ser mais bem conhecidos. A ocorrência de sífilis congênita pode estar associada ao manejo inadequado dos casos, com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento das mulheres no período gravídico; à ausência de aconselhamento dos profissionais às mulheres e seus parceiros sexuais; à falta de tratamento do parceiro e, por fim, ao tratamento incorreto dos casos diagnosticados (Domingues *et al.*, 2013).

Em estudo internacional envolvendo 153 países, Lee *et al.* (2021) analisaram o impacto da igualdade de gênero nas infecções transmitidas verticalmente (hepatite, HIV e sífilis). O indicador de equidade de gênero (GGGI) foi relacionado a diversos desfechos. O escore alto do GGGI, que significa uma diminuição no hiato de gênero, foi relacionado à melhora dos desfechos de infecção vertical, pois a compreensão acerca da equidade de gênero melhorou a cobertura do rastreamento da sífilis durante a gravidez e auxiliou na conscientização sobre a doença. Nesse sentido, a desigualdade de gênero pode ser considerada uma barreira para a educação de homens e mulheres, bem como para o acesso às unidades de saúde. Adicionalmente, a baixa renda do país foi significativamente associada à prevalência materna de sífilis, como também a baixa cobertura de rastreamento de sífilis, baixa cobertura de tratamento de sífilis e alta taxa de sífilis congênita.

A eliminação global da transmissão vertical da SC tem sido considerada prioritária, entre as ações dos Programas de Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis,

⁷ Dados obtidos na Superintendência de Proteção e Vigilância em Saúde (SUVISA) disponíveis em: saude.ba.gov.br. Acesso em: 3 nov. 2023.

desencadeando a certificação da eliminação do HIV e sífilis em países como Cuba e Tailândia. No entanto, nota-se um ressurgimento dos casos no mundo e, sobretudo, em países da América Latina. Lacunas na operacionalização da testagem rápida para sífilis e falta de tratamento adequado de mulheres e parceiros sexuais foram apontados na literatura como desafios a serem superados. Compreender as dificuldades na implementação dessas ações parece ser um norteador para a elaboração de estratégias efetivas de prevenção desse agravo.

Diante do exposto, este estudo parte do princípio de que a insuficiente participação do homem no pré-natal e sua pouca adesão ao tratamento da sífilis parecem ser fatores que contribuem para a manutenção da transmissão vertical da sífilis congênita. Dito isso, este estudo se desenvolveu a partir das seguintes perguntas norteadoras: Qual abordagem deve ser feita aos parceiros de gestantes com sífilis no pré-natal? Qual a percepção de homens e mulheres sobre o tratamento da sífilis?

Com isso, realizou-se um estudo de avaliabilidade das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis com ênfase na abordagem ao parceiro sexual de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal no município de Camaçari, localizado na região metropolitana de Salvador-Bahia. Para tanto, foi formulado um modelo lógico da abordagem dos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal; em seguida, as dificuldades de adesão ao tratamento da sífilis entre os parceiros de mulheres diagnosticadas com sífilis na perspectiva das mulheres, dos parceiros, dos profissionais e gestores foram compreendidas; e foram promovidas reflexões acerca de estratégias possíveis para a adesão dos parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal para o município de Camaçari-BA.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma melhor compreensão por parte dos gestores e profissionais de saúde dos fatores que desencadeiam a transmissão vertical da sífilis, com vistas a implantação de estratégias mais efetivas de adesão ao tratamento da sífilis pelos parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas durante a gestação; proporcionar informações relevantes aos usuários quanto à importância da prevenção da sífilis e sua responsabilidade em garantir adesão ao tratamento, para evitar o acometimento da doença ao recém-nascido; e, sobretudo, subsidiar ações de planejamento em saúde, fornecendo informações relevantes para a avaliação das ações de prevenção da sífilis congênita com foco na participação e adesão ao tratamento do homem, parceiro de mulheres gestantes diagnosticadas no pré-natal.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Realizar estudo de avaliabilidade das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis, com ênfase na abordagem ao parceiro sexual de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal no município de Camaçari, Bahia.

2.2 ESPECÍFICOS

- Construir o modelo lógico da abordagem dos parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal;
- Compreender as dificuldades de adesão ao tratamento da sífilis pelos parceiros na perspectiva das mulheres diagnosticadas com a doença, dos próprios parceiros, além dos profissionais e gestores de saúde;
- Analisar e propor estratégias possíveis para a adesão dos parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal para o município de Camaçari-BA.

3 ESTADO DA ARTE

Para adentrarmos na temática da sífilis e sua transmissão vertical, necessitamos percorrer um contexto histórico da doença e das medidas adotadas para sua contenção no mundo e no Brasil, a partir de estudos científicos, a fim de compreender a complexidade do problema, bem como a lacuna de pesquisa que o presente estudo pretende alcançar.

Importante causa global de perda fetal, natimorto, morte neonatal e infecção congênita, a taxa global de sífilis congênita, em 2020, foi de 425 casos por mil nascidos vivos, substancialmente superior à meta de eliminação da OMS (Moseley *et al.*, 2024). O controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ocupava um lugar de destaque na agenda mundial da saúde no final da década de 1980 e na década de 1990. Nas últimas décadas, a atenção prestada ao controle das ISTs parece ter diminuído. A OMS estima 374 milhões de novos casos de quatro infecções curáveis (clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase), somente em 2020. Além disso, de acordo com o estudo *Global Burden of Disease* (GBD) de 2019, as ISTs não relacionadas com o HIV foram associadas a 8,57 milhões de incapacidades, das quais 62,3% foram atribuídas à sífilis congênita (Wu; Low; Hawkes, 2024).

O Plano Global de Eliminação de transmissão vertical (EMTCT) fornece processos e critérios padronizados tanto para validá-lo quanto ao HIV, à sífilis e à HBV, quanto para reconhecer a alta carga das doenças nos países que fizeram progressos significativos no caminho para a eliminação. A OMS e a OPAS, em parceria com os estados membros, entre eles, o Brasil, orientam intervenções a serem adotadas em cada região a fim da redução do número de casos da sífilis, instituindo a meta de 0,5 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos (WHO, 2021).

Os pilares para a certificação da eliminação da transmissão vertical consistem em: garantir a defesa e o compromisso político sustentado para uma iniciativa de saúde bem-sucedida; ampliação de acesso e da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil; triagem e tratamento de todas as gestantes e parceiros; e estabelecimento da vigilância da sífilis por meio do monitoramento e avaliação dos sistemas de informação (Taylor *et al.*, 2017; Hossain, Broutet e Hawkes., 2007). Para tanto, cabe-nos refletir sobre o panorama da doença e as medidas adotadas em outros países do mundo e em países da América Latina, como também no Brasil e as principais iniciativas dos seus estados.

3.1 PANORAMA DA SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM PAÍSES DO MUNDO

Os sistemas de saúde organizados e voltados para a eliminação da sífilis congênita de Cuba e Tailândia receberam o selo de eliminação da transmissão vertical pela OMS e reforçaram a importância dada pelos governos locais na prevenção, e sobretudo no monitoramento epidemiológico dos casos e comunicação entre os serviços de saúde, para a tomada de decisões acerca do agravo. Algumas características comuns entre esses países, que podem ter contribuído para o sucesso em alcançar a eliminação da transmissão vertical da sífilis, foram apontadas (Ishikawa *et al.*, 2016).

Temos primeiramente que os governos de Cuba e Tailândia mantiveram um forte compromisso de prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis por um longo período de tempo — em Cuba, por exemplo, os esforços para prevenir a sífilis congênita começaram na década de 1970, e o teste pré-natal de HIV de rotina foi introduzido em 1987, enquanto na Tailândia, programas de prevenção da sífilis congênita foram implementados há mais de 30 anos, nos quais a fórmula infantil, para lactentes expostos ao HIV, foi introduzida em 1988 e o teste pré-natal de HIV em 1993 (Ishikawa *et al.*, 2016).

Entre outras características comuns, temos que: a testagem rotineira de HIV e sífilis para gestantes e seus parceiros é um elemento essencial dos pacotes de cuidados pré-natais de ambos os países; além disso, Cuba e Tailândia possuem sistemas de informação em saúde que fornecem dados oportunos e confiáveis, que são facilmente acessíveis aos gestores de programas e às instalações de saúde para acompanhamento e monitoramento do programa; os serviços de diagnóstico para HIV e sífilis são acessíveis e fornecidos gratuitamente; os laboratórios utilizam estratégias de testes e algoritmos recomendados pela OMS; e, por fim, a avaliação realizada com os representantes das organizações regionais da sociedade civil confirmou que ambos os países cumprem os princípios dos direitos humanos e da igualdade de gênero em sua prestação de serviços (Ishikawa *et al.*, 2016).

Como exemplo de país desenvolvido, no Japão, apesar da taxa de prevalência de infecção por sífilis durante a gravidez ter aumentado, em 2022, cerca de 3,3 vezes ($p < 0,01$), as diminuições na incidência de mortalidade perinatal e sífilis congênita não alcançaram significância estatística ($p = 0,43$ e $0,07$, respectivamente). Ou seja, apesar do aumento dos casos de sífilis na gestação, a SC não aumentou. Esse fato pode estar justificado devido ao

diagnóstico e tratamento precoces, na medida em que os obstetras japoneses se tornaram mais engajados no manejo da doença, exemplificando experiência exitosa (Hayata *et al.*, 2024).

No entanto, demais partes do mundo sinalizam o ressurgimento da sífilis e os desafios para combatê-la. Em Londres, o número de casos de sífilis primária e secundária em mulheres triplicou. Esse ressurgimento foi associado a uma série de focos localizados entre mulheres em idade fértil e tem sido associado ao nascimento de pelo menos um bebê com doença congênita documentado (Cross *et al.*, 2005).

Os EUA assistiram aumento do número de infecções sifilíticas incidentes em 2018 (todos os estágios) em torno de 146.000 casos, sendo 121.000 em homens e 25.000 em mulheres, e metade delas na faixa etária de 15 a 24 anos. Numa população de mais de 320 milhões de pessoas e numa estimativa de prevalência de 67,6 milhões de IST, aproximadamente 20% da população total do país foi acometida em determinado momento. Entre 2020 e 2021, houve um aumento nos casos de sífilis congênita, o que ocasionou 220 natimortos e óbitos infantis. Esforços foram direcionados para prevenção das ISTs em jovens, sobretudo entre jovens negros no extremo sul do país, bem como rastreamento e tratamento de heterossexuais e homens gays/bissexuais, como estratégia de reduzir os casos de sífilis no país (Kreisel *et al.*, 2021; Ratnayake, Gomes e Kissinger, 2024).

No Havaí, especificamente, observa-se, sobretudo na população da Micronésia, perda de oportunidade de tratamento adequado a gestantes, associada a fatores sociais coexistentes, como o uso de substâncias ilícitas, histórico de encarceramento da paciente ou parceiro e moradia instável. Tais fatores parecem ser preditivos para barreiras de acesso à assistência pré-natal e conseqüentemente garantia de tratamento em tempo hábil (Fukuda *et al.*, 2021).

Na Austrália, a notificação dos casos de sífilis segue significativamente elevada nos últimos dez anos, afetando desproporcionalmente os homens que fazem sexo com homens e heterossexuais nos grandes centros urbanos. Entre 2016 e 2022, 77% dos casos de sífilis congênita foram diagnosticados no final da gravidez, indicando a ausência do diagnóstico precoce e serviços de atenção pré-natal despreparados para o enfrentamento da transmissão vertical. Nos últimos anos, as taxas de notificação para os homens aumentaram perto de 50%,

mas nas mulheres mais de 200%. Com isso, a maioria dos estados e territórios australianos têm atualmente taxas de notificação de sífilis significativamente mais elevadas em comparação com dez anos atrás (Phua; White, 2024).

Na Índia, observou-se, entre 2019 e 2021, um ressurgimento dos casos de sífilis, apresentando aumento em torno de 15,04%, enquanto a incidência anual observada no ano de 2014 foi de 11,2%. Para além dos métodos diagnósticos, o país investe em estratégias para conter o avanço dessa epidemia promovendo educação sexual, reforço às práticas de sexo seguro, disponibilização de kits de diagnóstico rápido, campanhas direcionadas a grupos de alto risco, tais como homens que fazem sexo com outros homens (HSH), trabalhadores do sexo e pessoas vivendo com HIV (Kamat *et al.*, 2023).

Em Portugal, o elevado número de casos de sífilis congênita preocupa o sistema de saúde, totalizando 94 casos notificados no país, entre 1999 e 2000. Foi verificado um aumento da taxa de prevalência de risco de sífilis congênita variando de 3,7%, em 2001, para 7,4‰, em 2003. Considerando que a sífilis é uma doença que pode ser tratada eficazmente com penicilina, o país buscou implementar e incentivar a utilização de normas para o rastreio sistemático e terapêutica adequada da sífilis como parte dos cuidados pré-natal, para evitar que, no momento do parto, as mulheres infectadas estivessem sem diagnóstico e/ou terapêutica instituída (Jacinto *et al.*, 2007).

Na América Latina, em 2018, a prevalência de sífilis foi estimada em 2,6% entre gestantes. Usando dados do pré-natal, 2,8% dos participantes na Venezuela e 1,4% na Colômbia foram estimados como tendo infecção por sífilis em 2021 e 2019, respectivamente. Grandes lacunas permanecem na operacionalização da testagem e no atendimento, já que estimativas da OPAS sugerem que, em 2020, apenas 59% das gestantes na América Latina receberam o teste de sífilis. Na Colômbia, a cobertura de testes foi ligeiramente maior, com 74% das mulheres testadas para sífilis durante os serviços de pré-natal em 2019 e 75% dos diagnosticados com sífilis ativa receberam tratamento. Compreender a epidemiologia da sífilis entre mulheres e seus parceiros se faz necessário, uma vez que elas apresentam vulnerabilidades econômicas e sociais que podem limitar o acesso aos serviços de pré-natal e viverem situações de risco que podem aumentar a exposição à infecção por sífilis (Stevenson *et al.*, 2024).

À luz desta certificação da eliminação da transmissão vertical da sífilis, um estudo comparativo entre 14 países com baixa e alta incidência apontou que apenas o Brasil, Bolívia e Estados Unidos assumiram metas para alcance da eliminação da SC, conforme proposto pela OMS. O Brasil e a Bolívia também assumiram metas universais de triagem e exames sorológicos para a mulher durante o pré-natal, enquanto os Estados Unidos adotaram medidas para populações de alto risco. No entanto, alguns autores apontam que, apesar de signatário, o Brasil não tem contemplado o compromisso político e relações internacionais de apoio à causa, como parcerias com ONGs e organizações da sociedade civil. Não implantou programas de prevenção da saúde com foco na sífilis e demais infecções sexualmente transmissíveis, não garantiu a testagem para sífilis (*point of care*) e não desenvolveu sistemas fortes de avaliação e vigilância da sífilis (Hossain, Broutet e Hawke, 2007). Dito isso, veremos a situação atual da sífilis nos estados brasileiros.

3.2 PANORAMA DA SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM ESTADOS BRASILEIROS

No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias para o controle da sífilis, sobretudo a congênita. Além da obrigatoriedade da notificação compulsória da infecção, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza testes rápidos e o tratamento medicamentoso gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sabe-se que SC é um fator de risco para a mãe e para o recém-nascido, pois pode provocar abortos espontâneos, neonatal precoce, morte fetal e sequelas perinatais. Porém, no pré-natal, para evitar que a mulher e o feto sofram com essas possíveis consequências, é importante que a gestante procure esse atendimento no início da gestação e obtenha um tratamento rápido e de forma acolhedora (Silva *et al.*, 2022).

A introdução de testes rápidos de sífilis melhorou a cobertura da triagem pré-natal nos países em desenvolvimento, e o Brasil instituiu a realização dos testes rápidos da sífilis na Atenção Básica, no âmbito da Rede Cegonha, por meio da Nota Técnica Conjunta n.º 391/2012/SAS/SVS/MS (Brasil, 2012). Porém ainda há uma grande lacuna na implementação, sobretudo o acesso da gestante às diferentes tecnologias, como preservativo e penicilina, para prevenção e controle da SC, o que reflete a alta incidência da sífilis congênita nos estados brasileiros (Acosta, 2016).

O estudo Nascido Brasil, realizado em 2014, coorte nacional de base hospitalar, realizada no Brasil, de 2011 a 2012, com 23.894 mulheres, apontou que houve cobertura pré-natal de 98,7% das mulheres, cobertura de testagem para sífilis de 89,1% (um exame) e 41,2% (dois exames), bem como prevalência de sífilis na gestação de 1,02%. As coberturas mais baixas de

testagem ocorreram em residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A maior prevalência de sífilis foi estimada em mulheres com menos de oito anos de escolaridade, que se declararam pretas ou pardas, mulheres sem pré-natal e aquelas atendidas em serviços públicos ou mistos. Tais desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços de saúde, aliadas a outras falhas na assistência, favorecem a persistência da sífilis congênita como importante problema de saúde pública no país (Domingues *et al.*, 2013; Muricy; Pinto Júnior, 2015; Acosta, 2016).

Em estudo que descreveu o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita nos estados brasileiros do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal a partir de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, foi observado que a taxa de detecção de sífilis em gestantes cresceu entre 21% (AM) e 75% (RJ). A incidência de sífilis congênita seguiu o mesmo perfil de incremento, variando de 35,6% (DF) a 639,9% (RS). Das gestantes que participaram desse estudo, 43% delas tiveram como desfecho filhos com sífilis congênita. O diagnóstico materno ocorreu durante o pré-natal em 74% dos casos e no parto em 18%. 8% das mulheres ignoravam o diagnóstico. Ou seja, tanto a taxa de detecção de sífilis em gestantes como a taxa de incidência de sífilis congênita apresentaram uma tendência de aumento, que se repete no país como um todo, apesar do compromisso de eliminação do agravo (Saraceni *et al.*, 2017).

No Brasil, houve em 2017 um crescimento de 31,8% na taxa de detecção da sífilis em relação ao ano de 2016. O incremento por região foi de 45% na Região Norte, 47,8% no Nordeste, 25,3% no Sudeste, 34,2% no Sul e 41% no Centro Oeste. Nessas regiões, a sífilis se apresentou nas três fases distintas com sintomas específicos (primária, secundária e terciária) intercaladas por período de latência (precoce e tardia), inclusive com manifestações mais graves, como neurosífilis (Romeiro, Porto e Reis, 2018).

Outro estudo realizado em Maceió, no estado de Alagoas, buscou investigar a ocorrência de infecções maternas e congênitas em uma maternidade pública, observando que 68,3% das gestantes tiveram sífilis durante a gestação e/ou no parto e que 28,8% dos fetos apresentaram sífilis congênita ao nascer (Silva *et al.*, 2021). Ou seja, apesar do diagnóstico ter ocorrido durante a gestação, isso não foi suficiente para evitar a transmissão vertical.

No contexto das maternidades públicas na região Nordeste do Brasil, ações de prevenção, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, diagnóstico laboratorial e manejo clínico para redução da transmissão vertical da sífilis foram avaliados como pouco

eficazes (Macedo *et al.*, 2009). A análise da tendência temporal das internações por sífilis congênita, no estado de Minas Gerais, por exemplo, detectou que a taxa de internação aumentou de 42,05 (2008) para 561,05 (2018) para cada cem mil crianças. É necessária a formulação ou revisão de ações que priorizem a prevenção desse agravo (Souza, *et al.*, 2021).

No estado de São Paulo, um estudo transversal realizado no município de Itapeva observou que as taxas anuais de detecção de SG variaram de 16,3 a 31,4 casos/mil nascidos vivos, em que a maioria das mulheres teve acesso a cuidados pré-natais, iniciados no primeiro trimestre da gravidez com mais de seis consultas. No entanto, a taxa de transmissão vertical foi de 69,7% e as taxas de incidência de SC variaram de 9,1 a 22,3 casos/mil nascidos vivos (Neto; Silva; Sartori, 2018). Dificuldades encontradas na referência e contrarreferência dessas mulheres e seus bebês foram identificadas como entraves para o controle da transmissão vertical da sífilis (Ramos, Figueiredo e Succi, 2014).

Trazendo o campo de análise para o estado da Bahia, especificamente no município de Teixeira de Freitas em 2018, um estudo epidemiológico e descritivo revelou que a incidência de sífilis congênita foi de 4,46 casos/mil nascidos vivos. A idade materna média foi de 27 anos, constatando-se que, entre as mulheres acometidas pela sífilis, a faixa etária predominante era entre 21 e 30 anos de idade, e com relação à etnia/raça, 70% se autorreferiram como pardas. Observou-se, ainda, que a maioria das mulheres (67%) possuía baixo nível de escolaridade e a maior parte dos casos (54%) foi notificada na Unidade Municipal Materno-Infantil, isto é, no momento do parto (Siepierski Filho; Rosa; Nascimento, 2018). Ou seja, o diagnóstico foi tardio, apontando problemas na atenção primária.

A sífilis congênita mostrou-se expressiva no estado da Bahia, em uma análise epidemiológica realizada no período de 2007 a 2017, com a notificação de 8.917 casos, tendo a região Leste 57,3% (n=5.111) dos casos. Houve um comportamento crescente de casos entre 2010 e 2016, com declínio no ano de 2017. Em relação ao perfil dos casos, identificou-se que 48,4% (n=4.314) foram do sexo feminino, 67,3% (n=6.602) não brancos, 83,4% (n= 7.433) residentes de zona urbana e 93,6% (8.349) com diagnóstico até o sexto dia de vida. No que se refere às características maternas, 35,2% (n=3.134) declararam ensino fundamental incompleto, 71,3% (n=6.352) realizaram pré-natal e 47,9% (n=4.265) dos parceiros não realizaram tratamento (Santos *et al.*, 2019). É importante mencionar que, embora as mulheres tenham realizado o pré-natal, seus parceiros não foram diagnosticados ou não receberam tratamento adequado para a sífilis (Muricy; Pinto Júnior, 2015).

Com isso, entendemos que cada caso de sífilis congênita deve ser visto como uma falha do sistema de saúde pública em fornecer atendimento pré-natal ideal para mulheres grávidas, uma vez que a sífilis congênita pode ser prevenida por exames sorológicos precoces e tratamento com penicilina para as mulheres infectadas e seus parceiros sexuais. Por isso, a eliminação da SC permanece um desafio (Cooper *et al.*, 2018; Silva Neto, Silva e Sartori., 2018).

Devido às diversas manifestações da doença, recomenda-se que o profissional de saúde busque a sífilis como possível diagnóstico diferencial. É imprescindível que os casos sejam diagnosticados e tratados, uma vez que há tratamento eficaz e de baixo custo, evitando assim a perpetuação da doença, pois estudos mostram que as intervenções para aumentar a aceitação da triagem pré-natal para sífilis na gravidez poderiam reduzir em 50% a incidência de natimortos e mortes perinatais atribuíveis à sífilis (Romeiro; Porto; Reis, 2018; Chen *et al.*, 2011).

Em suma, a prevenção da sífilis congênita custa menos de US\$ 1,50 por mulher examinada, daí a importância de investimentos para ampliar os programas de triagem pré-natal como caminho rentável para a melhoria significativa tanto dos resultados na gravidez, quanto na redução da mortalidade neonatal (Chen *et al.*, 2011).

O papel dos serviços de saúde consiste em ofertar diagnóstico precoce e tratamento adequado a toda pessoa com suspeita de IST, em especial a mulher gestante e seus parceiros sexuais. Garantir os insumos diagnósticos, acesso aos insumos de prevenção e informações acerca dos riscos de uma IST e estratégias de prevenção são elementos-chave para a redução dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita. Para além disso, se faz necessária a ampliação do olhar da equipe de saúde ao abordar mulheres diagnosticadas com sífilis ou outras infecções sexualmente transmissíveis. Acolher as vulnerabilidades sociais e psicossociais diárias dessas mulheres e traçar estratégias para prevenção, diagnóstico e tratamento parece ser o caminho para redução dos danos causados por esse agravo.

4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

4.1 GÊNERO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Neste capítulo, buscamos trazer estudos que aprofundam a análise das questões sociais relacionadas ao gênero quando abordamos a temática acerca das infecções sexualmente transmissíveis, a fim de melhor compreender a complexidade das ISTs no mundo e, especialmente, no contexto brasileiro.

A perspectiva das mulheres que vivenciaram a sífilis adquirida sobre a experiência de adoecimento e tratamento apontou que a revelação do diagnóstico ao parceiro fixo foi dificultada pela falta de abertura para o diálogo, pelo temor do desprezo, de ser responsabilizada, ou mesmo pela dificuldade de encarar uma infidelidade do parceiro. Das sete mulheres entrevistadas que se encontravam em tratamento para sífilis na Atenção Básica de Sobral/Ceará, por exemplo, duas preferiram ocultar o diagnóstico do parceiro. Em geral, a desconfiança e as acusações entre o casal geraram conflitos, levando ao rompimento do relacionamento (Cavalcante *et al.*, 2012).

O medo de revelar o diagnóstico da sífilis aos parceiros perpassa pela percepção da mulher em ser culpabilizada pela infecção, pela desconfiança de infidelidade e por desconhecer a reação de seu parceiro ou até mesmo de sofrer violência física. A falta de diálogo com seus parceiros entre mulheres em tratamento para sífilis no Ceará propiciou não somente a ocultação do diagnóstico, mas conseqüentemente o manejo inadequado da sífilis, uma vez que o uso do preservativo como estratégia de prevenção de infecções, por exemplo, está condicionado, na maioria dos casos, à vontade dos parceiros (Araújo; Silveira, 2007; Costa, 2005).

O fenômeno da infecção sexualmente transmissível, portanto, deve ser avaliado sob o ponto de vista de gênero, devido à falta de autonomia das mulheres nas relações conjugais. As mulheres recusam-se a tomar a decisão ou mesmo solicitar o uso do preservativo, por exemplo, por medo de colocar em risco o relacionamento afetivo-sexual, seja em seu momento inicial, eventual, ou mesmo no casamento, este considerado como uma relação mais estável. Segundo este estudo, a tentativa de negociação protagonizada por ela, a mulher, pode ser traduzida como percepção de infidelidade por parte do parceiro, agravando a situação quando associada a fatores como baixa renda e baixa escolaridade (Araújo; Silveira, 2007).

No **Quadro 1**, abaixo, sintetizamos os principais sentimentos das mulheres em relação às ISTs, suas atitudes e vulnerabilidades, segundo estudos supracitados:

Quadro 1 - Tipos de relacionamentos, sentimentos, ações e vulnerabilidades de mulheres heterossexuais com ISTs diante das parcerias sexuais encontradas em estudos de Cavalcante *et al.* (2012), Araújo; Silveira (2007) e Costa (2005).

Status do relacionamento	Sentimento em relação às ISTs	Ações	Vulnerabilidades identificadas
Estável	Medo Desconfiança Insegurança Receio do julgamento Desprezo Culpa Raiva Percepção de Infidelidade Discriminação	Ocultação do diagnóstico Tratamento escondido Falta de diálogo com parceiro Submissão ao parceiro Dificuldade de negociação quanto ao uso de preservativos	Baixa renda Baixa escolaridade Dominação masculina
Eventual	Receio de julgamento Medo Desconfiança Discriminação	Ocultação do diagnóstico Afastamento da relação Dificuldade de negociação quanto ao uso de preservativos	Baixa renda Baixa escolaridade Relações desiguais e dominação masculina

Fonte: Quadro elaborado pela autora, a partir dos estudos selecionados, em 2023.

A demonstração do nexos presente entre gênero, sexualidade e saúde pode ser buscada na literatura sobre mulheres e AIDS. Recorrentemente, esses trabalhos têm apontado para o fato de que as relações de gênero são as responsáveis pelo fato de mulheres, mesmo aquelas com conhecimento razoável sobre as formas de contaminação pelo vírus HIV, serem incapazes, ou terem dificuldades, de adotar o uso do preservativo e buscar formas de alterar esse quadro. Assim, as mulheres acabam por ceder a relações desprotegidas, cabendo-lhes como alternativa a realização de um teste a posteriori como forma de obter a tranquilidade acerca do seu estado sorológico para as ISTs (Barbosa; Villela, 1994).

O uso da camisinha responde antes às demandas sobre contracepção do que propriamente à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis e Aids. De modo muito significativo, há convergência entre as mulheres no sentido de que a prevenção

diminui quando o parceiro é conhecido (Barbosa; Villela, 1994). O significado da epidemia do HIV, assim como para as demais ISTs, no tocante à adoção de estilos de vida esbarra em definições cristalizadas sobre “pureza/poluição” dos parceiros, fazendo com que a relação sexual com uma pessoa conhecida (aquela que compartilha a princípio do mesmo universo de valores) seja vista como protegida de uma possível contaminação (Heilborn e Prado, 1995).

São urgentemente necessários estudos operacionais sobre como melhorar não apenas a triagem da sífilis e o tratamento de mulheres infectadas, mas também o rastreamento e o tratamento dos parceiros. A desigualdade nas relações de gênero vincula-se ao exercício da sexualidade e à adoção de práticas sexuais seguras, expondo as mulheres a infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis em gestantes e, conseqüentemente, a ocorrência de sífilis congênita (Chen *et al.*, 2011; Guanabara *et al.*, 2017). Portanto, percepções que incluem o medo da reação do parceiro, abandono e perda de apoio econômico, medo de ser estigmatizada, rejeição, discriminação, violência, incomodar os familiares e evitar acusações de infidelidade são comumente sentidas pelas mulheres em relação aos homens, nos diagnósticos de ISTs, em geral, especialmente durante a gravidez (Reece *et al.*, 2010).

Na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal, as principais barreiras para a implantação de protocolos de controle dessa doença são as ações organizacionais, relacionadas ao início tardio do tratamento, ao atraso no retorno dos resultados dos exames de monitoramento da sífilis, a não aplicação da penicilina benzatina nas unidades básicas de saúde e, sobretudo, a não realização do tratamento dos parceiros sexuais das gestantes (Rodrigues e Domingues, 2017).

O tratamento, em especial, exige a adoção de medidas sociocomportamentais, o comparecimento das/os usuárias/os nas Unidades de Saúde para aplicação de todas as doses do medicamento injetável, a prevenção da reinfecção (com o uso dos preservativos) e a coleta de exames para confirmar a cura. Neste sentido, aspectos sociais, culturais e psicossociais se associam de maneira complexa e devem ser considerados no tratamento da pessoa com sífilis (Navega, 2016). Assim, o tratamento dos parceiros sexuais das gestantes diagnosticadas com sífilis deve considerar aspectos socioculturais que afastam, ou não atraem, os homens para os serviços de saúde, haja vista que o número de parceiros que comparecem aos serviços para realizar o tratamento é pequeno (Oliveira e Lopes, 2008).

Estratégias de capacitação profissional colaboram na redução da taxa da TV e devem ser adotadas para qualificar as notificações e ampliar a oferta de informações para vigilância

epidemiológica, visando fortalecer o atendimento, reduzir a transmissão vertical e possibilitar a análise contínua dessa problemática (Oliveira *et al.*, 2020a; Muricy; Pinto Júnior, 2015; Lazarini e Barbosa, 2017). Por isso, faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde busquem estratégias que atraiam os parceiros sexuais das gestantes, a exemplo da inclusão do homem na assistência do pré-natal, como uma estratégia que pode auxiliar no combate à transmissão vertical (Brasil, 2021).

É notório que o aumento das taxas de incidência da sífilis congênita e a descrição dos fatores podem estar contribuindo para a manutenção desse panorama epidemiológico, porém poucos estudos exploram e aprofundam o papel do homem na prevenção da transmissão vertical da sífilis, sendo necessário uma atenção melhor a esse aspecto.

4.2 O PAPEL DO PARCEIRO E OS DESAFIOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

Como vimos, vários fatores desencadeiam a transmissão vertical e estão relacionados ao diagnóstico tardio da gestante e parceiro sexual e às deficiências no manejo clínico e terapêutico em relação à fase da doença, especialmente as questões relacionadas aos padrões de gênero, vigentes em nossa sociedade, que atribuem à mulher a responsabilidade pela gravidez, parto e pelo cuidado dos filhos.

A participação do parceiro nos serviços de pré-natal tem permanecido baixa em todo o mundo e estudos identificam barreiras ao envolvimento do parceiro masculino no pré-natal, incluindo comunicação precária entre os casais, relacionamentos instáveis, falta de serviços voltados aos homens, conflitos de agendamento devido ao trabalho, longos tempos de espera para acesso à assistência à saúde, além das normas de gênero que interferem diretamente na ausência do parceiro nos serviços de pré-natal (OMS, 2012; Yeganeh *et al.*, 2021).

A experiência de mulheres grávidas na África do Sul, por exemplo, ressalta que o envolvimento do parceiro masculino foi identificado como uma intervenção prioritária nos programas de prevenção de transmissão materno-infantil (PTV) do HIV (Brittain *et al.*, 2015). Embora essa estratégia permaneça baixa em todo o mundo, os parceiros que coabitam com as mulheres se envolveram significativamente durante o pré-natal. Sugestões de como eles poderiam ajudar na perspectiva dessas mulheres incluíram ações como compartilhamento do cuidado com os filhos e atividades domésticas, apoio financeiro ao deslocamento à clínica de

pré-natal e apoio nas atividades de autocuidado com elas quando a gravidez está avançada (*Ibid.*, 2015; Ditekemena *et al.*, 2011).

Além das barreiras referentes à comunicação deficiente entre casais, relacionamentos pouco estáveis e limitação do apoio financeiro para estratos sociais mais vulneráveis, a barreira de acesso aos serviços do pré-natal, como a estigmatização dos homens que se apresentam ou gostariam de se apresentar nos serviços, também precisa ser considerada (Ditekemena *et al.*, 2011). Portanto, há necessidade de uma maior compreensão dos fatores que promovem o aumento do envolvimento do homem, que as clínicas de pré-natal sejam mais “amigas do homem”, a fim de incentivar a assiduidade do parceiro masculino (Ditekemena *et al.*, 2011; Brittain *et al.*, 2015; Reece *et al.*, 2010).

A experiência exitosa de ampliação da participação do homem no pré-natal foi vivenciada no Congo, sobretudo pelo fato de os homens terem sido atendidos entre as 15 e as 20 horas, mediante a utilização da carta convite, aumentando a participação masculina no centro de saúde em 18%. Assim, as atividades do pré-natal que têm sido, tradicionalmente, programadas pela manhã adquirem um impacto negativo sobre a disposição dos homens em acompanhar suas esposas ao pré-natal, sobretudo aqueles empregados. Assim, apesar de desafiadora, especialmente nos países em desenvolvimento, vale uma combinação de diferentes estratégias para aumentar o envolvimento masculino na prevenção da transmissão vertical (Ditekemena *et al.*, 2011).

Algumas estratégias de intervenção, com vistas a aumentar o envolvimento dos parceiros, foram pontuadas no oeste do Quênia, destacando-se, entre eles, o aconselhamento de casal para HIV e infecções sexualmente transmissíveis, atendimento nos serviços de saúde aos finais de semana ou em horários ampliados, educação comunitária sobre os serviços ofertados nas clínicas, tornando-as mais voltadas ao público masculino (Reece *et al.*, 2010).

O baixo índice de homens com envolvimento no pré-natal pode ser devido a crenças de que eles não têm as habilidades necessárias para apoiar suas parceiras durante a gravidez, além da percepção de que as enfermeiras opuseram-se à participação masculina, de se sentirem dissuadidos a comparecer às consultas clínicas devido às expectativas culturais dos homens, do medo de que seu engajamento em atividades relacionadas ao HIV levaria à estigmatização e isolamento social, e da falta de recursos (por exemplo, dinheiro para deslocamento para chegar à sua consulta) (Reece *et al.*, 2010).

Nos Camarões, ainda no continente africano, múltiplos esforços têm sido implementados que encorajam os homens a acompanharem suas esposas nos serviços obstétricos e cuidados com a PTV, sobretudo com realização do teste de HIV. No entanto, apenas 18% dos homens já participaram desse cuidado, mesmo assim, as barreiras socioculturais para acesso deles na EMTCT são, em geral, centradas em crenças tribais e papéis tradicionais de gênero, tais como crenças identificadas de que: a gravidez é um “assunto de mulher”; o papel do homem é, primordialmente, prover apoio financeiro para o cuidado da mulher; ou pela percepção masculina de que homens que acompanham as esposas nas consultas médicas são, necessariamente, ciumentos; além da cultura geral baseada no gênero e em seus padrões de comunicação (Nkuoh *et al.*, 2010).

Embora os estudos acima façam referência à transmissão vertical especificamente do HIV, nota-se que por se tratar de uma infecção sexualmente transmissível, assim como a sífilis, os achados dessas pesquisas podem colaborar para a compreensão do fenômeno das relações hierárquicas de gênero, pertinentes a cada contexto sociocultural, podem ajudar a desenvolver e implementar estratégias que, em última análise, proporcionarão uma adesão masculina aos protocolos de prevenção da transmissão vertical.

Outro estudo buscou compreender os fatores que influenciam os parceiros masculinos a procurarem tratamento após a notificação de sífilis pelas parceiras grávidas em Uganda (Nakku-Joloba *et al.*, 2019). Com isso, observou-se que o retorno à clínica para tratamento de parceiros do sexo masculino foi baixo, devido ao: conhecimento limitado sobre a doença; medo de injeção dolorosa; medo de serem denunciados por violência doméstica por parte das mulheres; falta de habilidades de comunicação (enquanto característica individual do homem); além de desconhecimento das características da doença da sífilis, em sua fase assintomática. Isso, combinado com características dos serviços de saúde, como a dificuldade no acesso a cuidados médicos em hospitais e clínicas com longos períodos de espera, além de percepções de comportamento hostil por parte de alguns funcionários da saúde. Alguns homens também mencionaram que o horário de funcionamento das clínicas conflitava com o seu horário de trabalho ou que o sistema público de saúde era impessoal e não atendia às suas necessidades. Portanto, segundo os autores, essas barreiras ameaçam os esforços para eliminar a infecção de sífilis de mãe para filho.

Os fatores comportamentais, incluindo sexo sem preservativo e relações sexuais fora da parceria, podem aumentar a probabilidade de adquirir infecções sexualmente transmissíveis

(ISTs) para mulheres e homens durante a gravidez. Noutro estudo, porém, as mulheres descreveram que, em relacionamento cuja dinâmica é mais tumultuada (menor duração, endossando relações sexuais externas e discussões sobre ciúmes), estiveram menos propensas a ter seu parceiro envolvido no tratamento, em comparação com aquelas mulheres em relações conjugais mais estáveis, necessitando considerar abordagens mais criativas para o êxito de sua inclusão (Yeganeh *et al.* 2021).

As intervenções domiciliares, no entanto, devem ser consideradas para otimizar a participação do parceiro masculino no pré-natal, sobretudo para aqueles homens que se recusam a assistir presencialmente. Dadas as altas taxas de infecções subdiagnosticadas e não tratadas em mulheres grávidas e seus parceiros masculinos, o monitoramento do tratamento e/ou reinfecção durante a gravidez, a testagem e o tratamento de parceiros masculinos para ISTs, se amplamente implementados, poderiam melhorar significativamente a saúde das famílias (Yeganeh *et al.* 2021; Nakku-Joloba *et al.*, 2019; Reece *et al.*, 2010).

Com vistas a sistematizar as evidências relacionadas ao tratamento de homens com diagnóstico de sífilis, segundo suas próprias percepções, de suas parcerias e profissionais de saúde, Tebet *et al.* (2019) identificaram outros cinco estudos (quatro brasileiros e um internacional) que evidenciaram, como dificuldades na adesão ao tratamento para a sífilis, as vulnerabilidades sociais, tais como: baixa escolaridade, desemprego, uso abusivo de álcool e outras drogas que reduzem a percepção de risco às infecções sexualmente transmissíveis e a utilização de preservativos; fragilidades nos serviços de saúde, pela indisponibilidade de testes rápidos para diagnóstico, profissionais inabilitados para aconselhamento e exclusão do parceiro no pré-natal; comportamentos e atitudes dos homens, mulheres e profissionais, especialmente pela falta de conhecimento sobre a doença, além do medo/receio das mulheres em revelar o diagnóstico aos seus parceiros — fatores relacionados à visão masculina do seu papel na sociedade, que tende a atribuir à própria mulher a responsabilidade pela infecção.

Embora as intervenções de saúde tenham como alvo o rastreio e o tratamento do HIV, a gestão da sífilis continua a ser um desafio também no Brasil. O tratamento ineficaz devido à falta de tratamento do parceiro, a apresentação tardia aos cuidados e a reinfecção de mães previamente tratadas são potenciais impulsores da transmissão da sífilis de mãe para filho. Swayze *et al.* (2022) evidenciaram que, apesar do tratamento do parceiro ter reduzido o risco de sífilis congênita (taxa de risco ajustada, 0,60; intervalo de confiança de 95%, 0,55–0,66),

apenas 31,8% deles recebem tratamento, reiterando a necessidade de maior adesão dos homens aos programas de prevenção da transmissão vertical.

Em nosso país, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída por meio da Portaria GM/MS n.º 1944, em 27 de agosto de 2009, enfatiza a importância de considerar as especificidades desse grupo populacional, buscando a promoção de ações de saúde que contribuam na compreensão da realidade singular masculina, em seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, considerando os eixos centrais do cuidado, tais como: o acesso e o acolhimento, a paternidade e o cuidado, a prevenção de violência e acidentes, a saúde sexual e reprodutiva, e cuidados aos principais agravos e condições crônicas. Com isso, reitera a importância das ações para a promoção da saúde sexual, também previstas no programa nacional de IST/AIDS, com destaque ao foco do presente estudo, e a importância do diagnóstico precoce da sífilis, justificada pelas elevadas taxas de sífilis adquirida que afetam os homens (Veiga *et al.*, 2023).

Faz-se necessário, porém, compreender o contexto sociocultural em que homens e mulheres se encontram historicamente situados, uma vez que as diferenças nos cuidados à saúde estão fortemente vinculadas às relações de gênero e aos padrões de feminilidade e masculinidade, que certamente impactam a organização da atenção do pré-natal.

Percebe-se o afastamento da presença masculina deste cenário, pela própria organização dos serviços e abordagem dos profissionais voltados para a saúde materno-infantil e pela priorização do chamado binômio mãe-filho, como objeto de preocupação das políticas e dos serviços de saúde, reproduzindo uma representação da mulher como única responsável pelo cuidado neonatal.

Fundamentado na concepção de natureza feminina compreendida como frágil, descontrolada e direcionada exclusivamente à reprodução social, o saber/poder médico produziu um disciplinamento do corpo feminino, bem como justificou a hierarquia entre os sexos, em que as mulheres ocupavam (e ainda ocupam) o lugar de inferioridade. A saúde, assim, emerge no cenário dos feminismos como um espaço para mostrar como a procriação era um lugar de aprisionamento e de redução da dimensão humana das mulheres (Costa; Aquino, 2000).

Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) foi anunciado pelo Ministério da Saúde como uma nova e diferenciada abordagem da saúde das mulheres.

Até aquele momento, a atenção à saúde das mulheres no Brasil referida nas políticas públicas estava relacionada, exclusivamente, com o aspecto materno-infantil. O foco principal dos diversos programas de saúde era realizar intervenções nos corpos das mulheres/mães, com o objetivo de garantir o nascimento de crianças que fossem adequadas às necessidades da reprodução social (Costa e Aquino, 2000; Costa, 1999; Osis, 1994).

Tendo como propósito a garantia da autonomia na escolha dos métodos contraceptivos, o Paism valorizou práticas de educação em saúde e sexualidade, compreendidas como potentes ferramentas para a produção de informações que promovessem a capacidade crítica das mulheres para a eleição dos métodos, e estabeleceu que a atenção ao planejamento familiar fosse realizada dentro da atenção à saúde, dessa forma, sob as diretrizes do princípio da integralidade (Silveira, 2019).

No entanto, apesar do movimento feminista e da reforma sanitária brasileira, ainda hoje observa-se a crença da cultura sexual, tida como explicação “científica” sobre o corpo, a parturição e a sexualidade, que se reflete na imposição de sofrimentos e riscos desnecessários à mulher (Diniz, 2009). Temos como exemplo o direito da mulher em ter acompanhante no momento do parto. Apesar de garantido por lei nacionalmente desde 2005, esse direito segue negado à grande maioria das mulheres, corroborando o apagamento do protagonismo masculino durante a gravidez/parto. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) mostram que apenas 16,2% das mulheres exerceram esse direito, sendo 34,6% das mulheres no setor privado e apenas 9,5% no SUS (Brasil, 2006).

Esse fato também colabora para a recusa dos parceiros em participar do pré-natal e parto, considerando esse cuidado específico da mulher, imprimindo assim padrões de masculinidade nas condutas adotadas junto às mulheres. Uma maior compreensão de quaisquer questões culturais ou de gênero específicas que diminuam a probabilidade de participação dos homens no pré-natal ajudará a desenvolver e implementar estratégias que, em última análise, proporcionarão uma adesão aos protocolos de prevenção da transmissão vertical.

No âmbito deste trabalho, gênero é entendido como uma construção social e histórica. Segundo Scott (1989), a construção sócio-histórica é, por um lado, sobreposta a um corpo sexuado e, ao mesmo tempo, é uma forma de significação de poder. Gênero, portanto, refere-se à construção social que define os padrões de masculinidade e feminilidade. Essa definição por si só não reflete a dimensão do que é gênero, uma vez que a diferença dos comportamentos

entre os sexos, em um local e em dado momento histórico, determina relações de poder entre os indivíduos e modela padrões de organização de uma sociedade.

A construção de gênero ocorre ao longo da vida por meio dos processos de socialização e de práticas culturais e sociais que marcam distinções entre homens e mulheres. Nesse contexto, a masculinidade é representada por atributos como virilidade, superioridade e coragem, entre outros, que muitas vezes interferem negativamente no autocuidado e na procura pelos serviços de saúde (Veiga *et al.*, 2023).

Heilborn (1997) pontua que, para além das políticas de saúde que incidem sobre o domínio da reprodução e da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, deve-se avaliar as condições distintas dos atores sociais e suas determinações sociais de classe, gênero, etnia, faixa etária, posição no ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital cultural e educacional, entre outras.

Nesse sentido, os serviços de saúde e equipes dos programas de prevenção da transmissão vertical da sífilis e demais infecções sexualmente transmissíveis não lograrão sucesso se não considerarem as relações de poder entre homens e mulheres, já aqui mencionadas. Compreender o impacto dessas relações na saúde e na organização da atenção ao pré-natal é crucial para a interrupção da cadeia de transmissão da sífilis e da SC tanto no Brasil, como em outros países.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 SOBRE O MÉTODO

Este foi um estudo de avaliabilidade da abordagem qualitativa das ações de prevenção da transmissão vertical, com foco nos parceiros afetivo-sexuais de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal. A pesquisa foi realizada no município de Camaçari, que tem uma população estimada para o ano de 2021 de, aproximadamente, 310 mil habitantes, uma taxa de mortalidade infantil de 17,47 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2022) e uma taxa de incidência de sífilis congênita de 12,4 casos por nascidos vivos, ultrapassando a média dos indicadores epidemiológicos do estado (7,4 casos/mil nascidos vivos) com aumento progressivo do número de casos de sífilis congênita.

As análises da avaliabilidade foram introduzidas pela primeira vez por Joseph Wholey na década de 1970 para melhorar as práticas de avaliação (Craig; Campbell, 2015; Davies, 2013). Partindo da convicção de que muitas avaliações falham devido à discrepância entre “a retórica e a realidade”, as análises da avaliabilidade são uma forma de facilitar a comunicação entre avaliadores e detentores de interesse. Foram, por isso, inicialmente concebidas como uma atividade pré-avaliação (ou avaliação exploratória), destinada a melhorar e apoiar os resultados de qualquer avaliação somativa subsequente.

A concepção dos estudos de avaliabilidade (EA) foi aprimorada por Rutman em 1980, definindo-os como proposta de analisar as características de um programa e avaliar a viabilidade de ser avaliado, e posteriormente por Smith, quando introduz os *stakeholders* (interessados na pesquisa). No ano 2000, Thurston e Potvin desenvolveram um modelo para aplicabilidade dos estudos de avaliabilidade, considerando esta avaliação não linear e sim cíclica, em que as “etapas” se sobrepõem durante o processo de construção do estudo (Baratiere *et al.*, 2019).

Desta forma, os EA têm sido usados na saúde pública como uma pré-avaliação para determinar se um programa está pronto para uma avaliação completa, auxiliar os planejadores dos programas na identificação das melhorias necessárias ao programa e garantir que uma avaliação produza informações úteis. Fazem parte do processo de avaliação, podendo ser usados em qualquer fase de um programa, seja no planejamento, implementação, ou ao longo do ciclo de vida do programa, a fim de obter conhecimento aprofundado sobre o objeto de pesquisa e apreciação prévia das possibilidades de avaliação.

Os estudos de avaliabilidade podem fornecer à equipe de saúde informações construtivas sobre as operações de um programa, auxiliar as principais funções de planejamento e contribuir para a viabilidade das ações propostas no âmbito da saúde pública, ajudando a desenvolver objetivos realistas e fornecer *feedback* rápido e de baixo custo sobre a implementação. Ou seja, traduzir a pesquisa na prática, examinando a viabilidade, aceitabilidade e adaptação de práticas baseadas em evidências em novos contextos e populações (Baratiere *et al.*, 2019).

Em suma, o EA é um processo cíclico e dinâmico que segue as etapas: I) esclarecimentos sobre os objetivos e metas do programa/política; II) desenvolvimento e pactuação do modelo lógico; III) análise e comparação entre a realidade do programa/política e

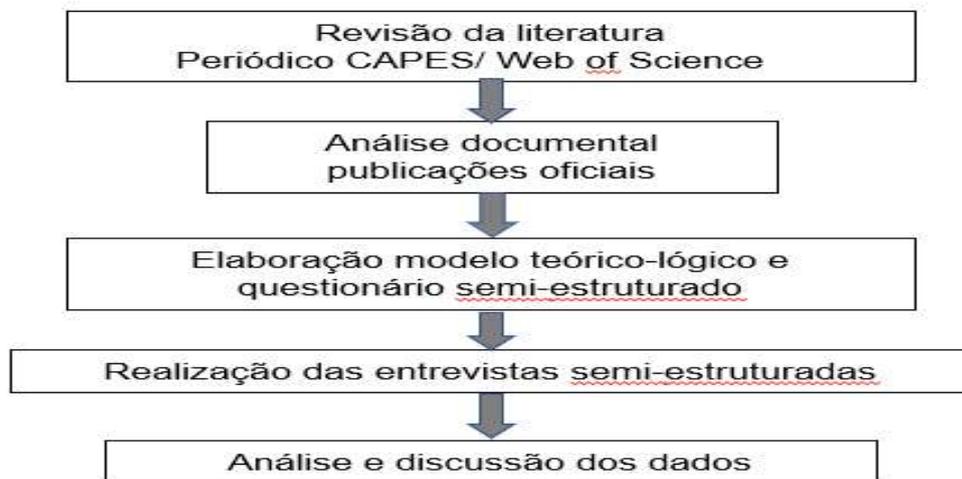
o modelo lógico; IV) elaboração de recomendações para realização da avaliação do programa/política (Mendes, 2010).

Mas espera-se também que o presente estudo contribua com caminhos para uma perspectiva mais dialógica e interdisciplinar da avaliação, mais próxima da historicidade e realidade dos sujeitos, usuários dos programas, e consiga perceber a complexidade nas dimensões também dos serviços de saúde, atrelando os processos de planejamento e gestão à abertura a novos critérios, conforme defende Santos-Filho (2009). Espera-se inspirar linhas de avaliação em saúde que possam encorajar o diálogo e a reflexão, estimulando o coaprendizado entre sujeitos, desenvolvendo a capacidade de grupos e organismos locais (*Ibid.*, 2009).

O percurso metodológico que adotamos iniciou-se com: uma revisão de literatura e pesquisa documental de publicações oficiais; elaboração de um modelo teórico-lógico acerca do fluxo ideal para os cuidados aos parceiros de mulheres diagnosticadas com sífilis; e realização de entrevistas com trabalhadores de saúde e usuários do Programa de Prevenção e Tratamento do município em questão. Para melhor representar nosso desenho metodológico, segue fluxo exposto na **Figura 1**.

A revisão de literatura, descrita no capítulo Estado da Arte, foi selecionada a partir do acesso às principais bases de pesquisa, a saber: *Web of Science*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Pubmed*, além de acesso à literatura cinzenta do *Google Scholar*, utilizando-se descritores-chave: *sexuality*; *syphilis*; *congenital syphilis*; *sexually transmitted infections*; *prenatal diagnosis*; *prenatal care*; *partner*; *syphilis treatment*.

Figura 1 - Fluxograma do estudo de Avaliabilidade para abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico da sífilis no pré-natal, no município de Camaçari-BA, em 2023-2024.



Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.

Foi realizada também pesquisa documental de publicações oficiais relativas à prevenção da transmissão vertical da sífilis, no período de agosto a dezembro de 2022, a saber: o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Prevenção da Transmissão vertical das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (2022), Caderno de Atenção Básica n.º 32 (2012) e Manual de diagnóstico da sífilis (2019) para compreensão das ações de prevenção da transmissão vertical (Brasil, 2012; Brasil 2019; Brasil 2022).

Tais documentos basearam a elaboração do modelo lógico (ML) da abordagem do parceiro sexual de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal, com vistas a subsidiar as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde que atuam no pré-natal na prevenção da transmissão vertical (Apêndice A).

Para tanto, a construção do modelo lógico é, por conseguinte, “uma proposta para organizar as ações componentes de um programa de forma articulada aos resultados esperados, apresentando também as hipóteses e as ideias que dão sentido à intervenção” (Cassiolato e Guerresi, 2010, p. 4). Por contar com uma representação gráfica própria e conveniente, o modelo constitui “uma maneira sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre a explicação do problema, os recursos disponíveis para as ações programadas e as mudanças ou resultados que se espera alcançar” (op. cit., p. 6).

O modelo lógico busca configurar um desenho do funcionamento do programa, que seja factível em certas circunstâncias, para resolver os problemas identificados. Pode ser a base para um convincente relato do desempenho esperado, ressaltando onde está o problema do programa e como este se qualifica para enfrentá-lo. Para melhor compreensão da representação gráfica do modelo lógico, tem-se como elementos que o compõem a descrição dos recursos, ações, produtos e resultados esperados do programa/intervenção de saúde.

O desenho do modelo lógico de um programa é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação e significa examinar minuciosamente seus componentes e como ocorre sua operacionalização, descrevendo as etapas necessárias para o alcance de seus objetivos e metas. Ademais, auxilia na elaboração das perguntas mais adequadas para levantamento das informações quanto ao objeto de estudo (Brousselle *et al.*, 2011). Desta forma, o modelo lógico se configura como um esquema gráfico da teoria do programa e representa as interfaces entre a sua implementação e os resultados esperados (Vieira-da-Silva, 2014; Medina *et al.*, 2005).

Após a modelização da abordagem dos parceiros sexuais, foi construído um roteiro de entrevista semiestruturada derivado do ML para coleta dos dados desta intervenção de saúde

com gestantes e seus parceiros sexuais, profissionais de saúde e gestores das unidades básicas, com envio prévio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como acesso às Unidades de Saúde por meio de Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde (Apêndices B, C, D, E e F).

Essas entrevistas tiveram o objetivo de clarificar se a abordagem aos parceiros descritos no modelo lógico estava condizente com a literatura acerca do tema e pelas normativas encontradas nos documentos vinculados ao Ministério da Saúde, em que buscamos abordar três eixos centrais com os usuários (gestantes e seus parceiros) do programa em questão: perfil social e das relações afetiva e sexual; manejo clínico da sífilis; e a participação do parceiro no tratamento da sífilis.

Ressaltamos, no entanto, a dificuldade encontrada pela pesquisadora em conseguir o aceite dos entrevistados, sobretudo os parceiros sexuais das mulheres identificadas com sífilis, assistidas pelas unidades básicas. Para tanto, ampliou-se o campo de captação dos sujeitos da pesquisa para a Maternidade Regional de Camaçari, mediante Termo de Anuência também da referida instituição (Vide Apêndice F). Considerando a atuação como enfermeira do município, pela pesquisadora, parte das entrevistas ocorreu presencialmente, em local de escolha da/o entrevistada/o, geralmente na própria unidade de saúde. As demais se deram virtualmente, em chamadas de vídeo ou chamadas de voz, sendo estabelecida a gravação apenas dos discursos, não envolvendo a captação das imagens.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. Estas foram realizadas após contato prévio da pesquisadora com os profissionais e gestores das unidades básicas, usuários do serviço e aceite dos entrevistados para a pesquisa. Foi um total de 22 participantes entrevistados, no período de 29 de novembro de 2022 a 10 de maio de 2023, entre eles: as gestantes do programa de prevenção da TV da SC (n=10) denominadas GE, parceiro sexual (n= 5) denominado PS, profissional de saúde (n= 5) denominado P, gerente da unidade de saúde da família (n= 2) denominado G, como descreveremos adiante.

A análise do conteúdo das entrevistas foi categorizada com auxílio do software NVivo que permitiu codificar e estruturar a informação empírica em categorias ou unidades de significação, de forma rápida e orientada para os objetivos desta pesquisa, sobretudo com a técnica de pesquisa Avançada (Nós e Casos).

Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo envolve um conjunto de técnicas para análise da comunicação que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de

produção e recepção das mensagens. Permite acesso a significações (conteúdos e expressões desse conteúdo) que auxiliam a conhecer o que está por detrás das palavras, evidencia indicadores, em busca da realidade através das mensagens, buscando conhecer as variáveis psicológicas, sociológicas e históricas por meio do mecanismo de dedução na análise das mensagens particulares.

As categorias elaboradas por meio do NVivo obedeceram à ordem das perguntas elaboradas nas entrevistas semiestruturadas e sistematizadas da seguinte forma: Perfil socioeconômico, incluindo questões como raça/cor, faixa etária, profissão, religião; Relações afetiva e sexual; Manejo da Sífilis, como momento diagnóstico da sífilis, compartilhamento do diagnóstico, prevenção das ISTs; Dominação masculina (percepção e participação do homem no pré-natal); e Críticas/Sugestões aos serviços de saúde.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, uma vez que a proteção dos participantes da pesquisa constitui a razão fundamental das Normas e Diretrizes Brasileiras que ordenam as pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo as Resoluções n.º 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo CEP-ISC/UFBA, conforme parecer n. 5.672.698, de 29 de setembro de 2022 (Apêndice G).

Em todas as entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi ofertado, compreendendo-o como fundamental em todas as etapas a serem necessariamente observadas para que a/o convidada/o a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. Dessa forma, foi lido e fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada participante da pesquisa (Apêndice E).

Conforme a Resolução 466/12, item V, “[...] toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. Por isso, em nossa pesquisa, destacamos que os riscos apresentados pelo estudo guardaram relação com os possíveis constrangimentos que os participantes pudessem sentir em relação ao tema ou alguma pergunta específica, uma vez que foram perguntas de cunho privado acerca de sua sexualidade e relações afetivas e sexuais, ficando livre a continuidade (ou não) da pesquisa por elas/eles. Mesmo assim, nenhum participante desistiu de participar do estudo.

É importante ressaltar os benefícios proporcionados pela presente pesquisa, desde a possibilidade de uma escuta individual e sigilosa com pesquisadora e especialista na área de enfermagem, capacitada para auxiliar nas dúvidas persistentes ao tratamento e a temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva; a possibilidade de realizar acompanhamento e encaminhamentos devidos para suporte biopsicossocial na rede municipal e estadual que se fizerem necessários; além dos benefícios indiretos, a médio e longo prazos, com a ampliação do conhecimento científico, subsídio teórico e prático no campo da saúde sexual e reprodutiva e redução dos casos de sífilis congênita, bem como a formação e qualificação futura de profissionais de saúde e gestão, auxiliando toda a sociedade e comunidade local — contribuindo para melhor tomada de decisão dos profissionais de saúde envolvidos nessa assistência, além de proporcionar o direcionamento da gestão municipal para adequação de possíveis entraves e/ou barreiras programáticas que possam interferir na prevenção da transmissão vertical.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 MODELO LÓGICO DA ABORDAGEM DOS PARCEIROS SEXUAIS DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NO PRÉ-NATAL

A elaboração do modelo lógico da abordagem dos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico da sífilis no pré-natal contemplou seis eixos, são eles: diagnóstico, tratamento e monitoramento pós-tratamento, vigilância epidemiológica, educação em saúde e gestão (Vide Apêndice A). Porém, para fins de análise da abordagem do parceiro, os três primeiros eixos são fundamentais, sendo, portanto, mais aprofundados neste momento do presente estudo.

6.1.1 Eixo Diagnóstico

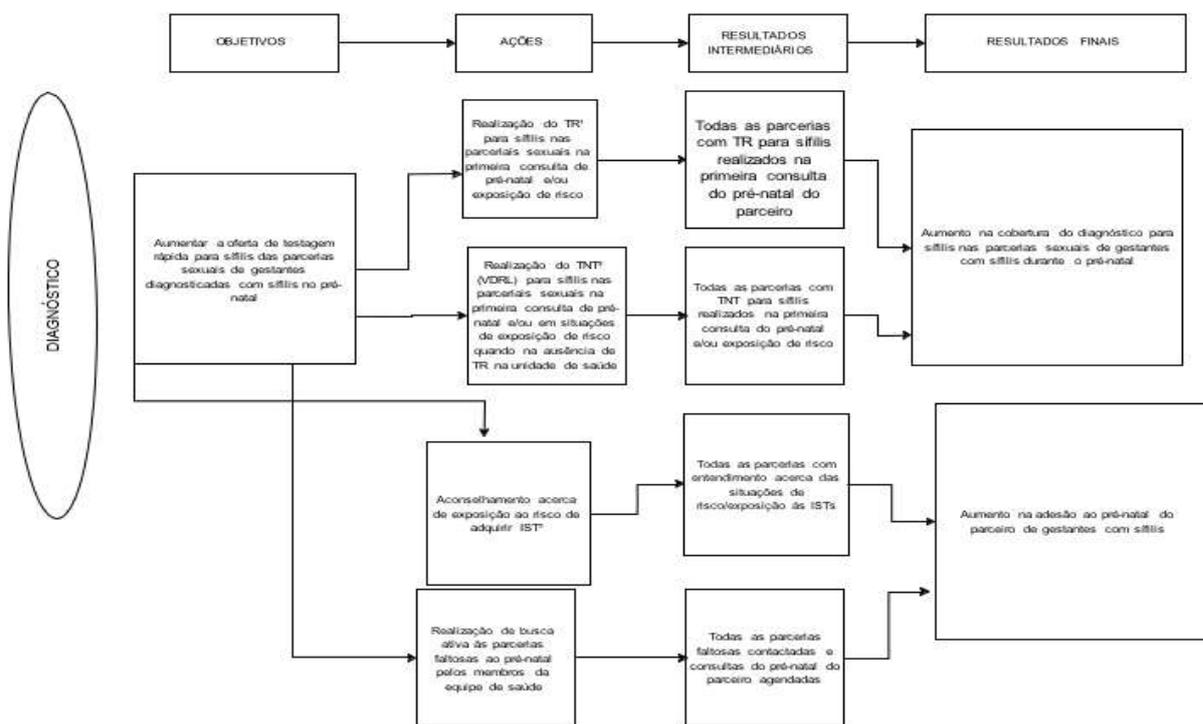
Inicialmente, o diagnóstico é expresso como primeira etapa da abordagem ao parceiro e possui como objetivo aumentar a oferta de testagem rápida dos parceiros sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis (**Figura 2**).

As atividades/ações que são disparadas a partir desse objetivo incluem a realização dos testes rápidos, preferencialmente na primeira consulta do pré-natal e/ou em exposições de risco; solicitação de exame laboratorial complementar, quando neste primeiro momento, o teste

rápido não estiver disponível na unidade; aconselhamento acerca dos riscos de adquirir a sífilis e das práticas sexuais que o expõem ao risco de uma IST e, por fim, a busca ativa dos parceiros faltosos pelos profissionais de saúde (Brasil, 2012; 2014; 2021a; 2022a).

Ao final dessas atividades, espera-se como resultados intermediários que todos os parceiros tenham realizado teste rápido para sífilis ou teste não treponêmico (VDRL), (preferencialmente no início do pré-natal); entendimento dos parceiros acerca das situações de risco e exposição às ISTs e o agendamento daqueles que não estavam presentes na primeira consulta. Conclui-se neste eixo *Diagnóstico* que, através dessas atividades, ocorra o aumento na cobertura de diagnóstico para sífilis nos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal e aumento da adesão do homem ao pré-natal da parceira.

Figura 2 -Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal - Eixo Diagnóstico

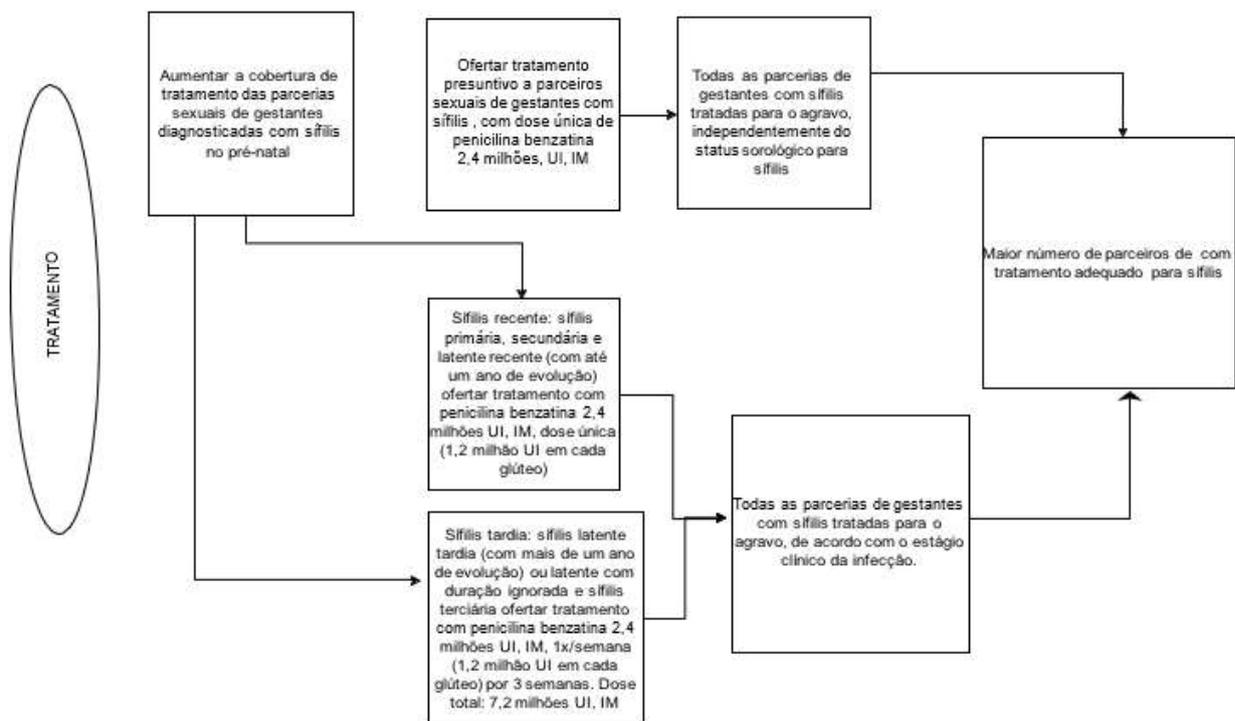


Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.

6.1.2 Eixo Tratamento

Uma vez atendidos os requisitos do diagnóstico, tem-se o eixo *Tratamento* (**Figura 3**), que consiste em aumentar a cobertura de tratamento adequado dos parceiros para sífilis. Como atividades, temos a oferta do tratamento com penicilina benzatina 2,4 milhões UI, independentemente do estado sorológico do parceiro, e a prescrição de tratamento de acordo com a fase clínica da doença, sendo protocolo a administração de 2,4 milhões UI de penicilina benzatina na sífilis recente e 7,2 milhões UI de penicilina benzatina na sífilis tardia e/ou de duração ignorada (Brasil, 2022). Espera-se nesse eixo que todos os parceiros estejam tratados para sífilis.

Figura 3 - Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal - Eixo Tratamento



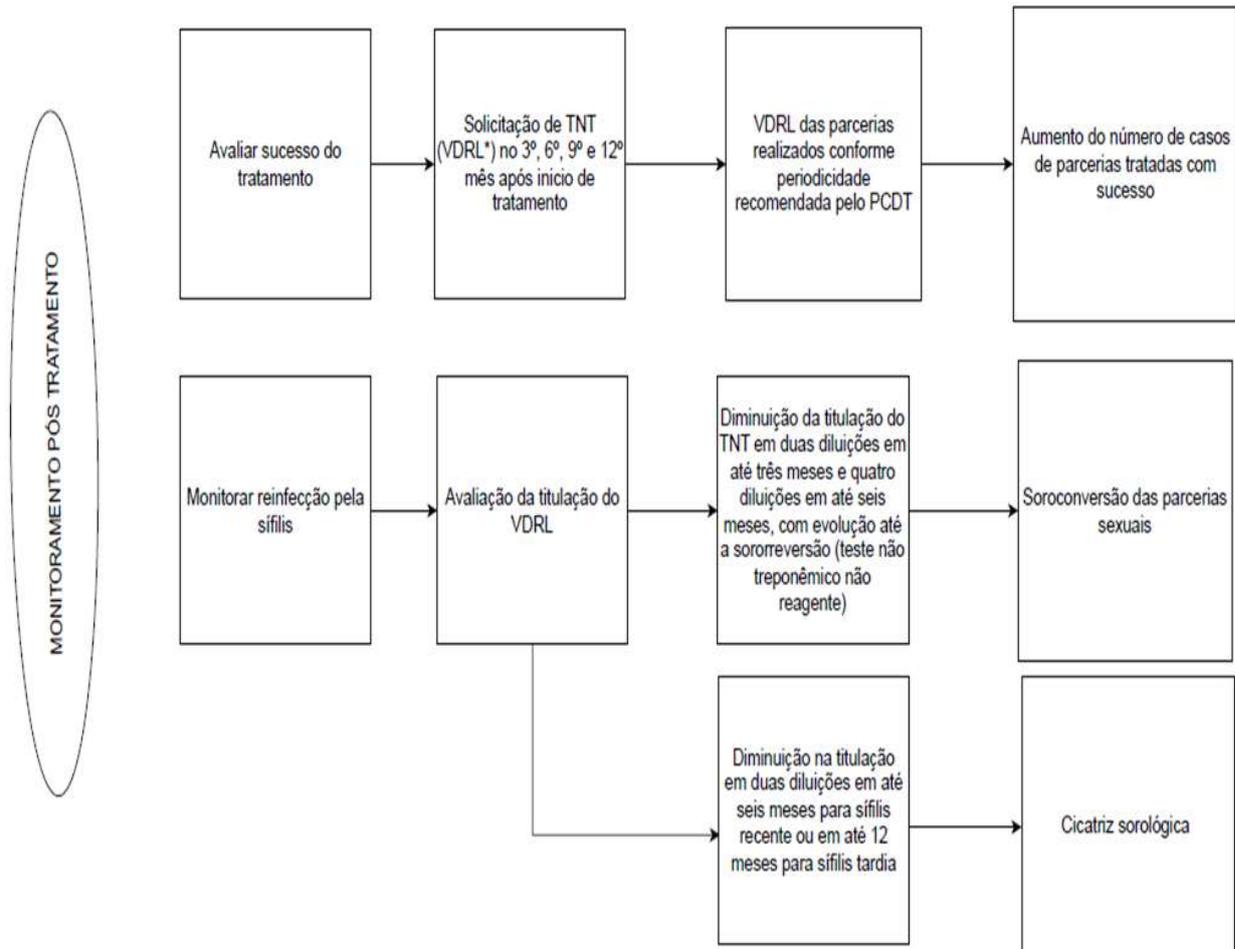
Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.

6.1.3 Eixo Monitoramento

No terceiro eixo deste modelo lógico, tem-se o monitoramento, **Figura 4**, que consiste em avaliar o sucesso do tratamento (ou não) e a possibilidade de reinfeção pela sífilis. Desta forma, preconiza-se a realização de exames laboratoriais não treponêmicos, seguindo a periodicidade do protocolo clínico instituído nacionalmente pelo MS do Brasil (a cada três

meses a contar do início do tratamento no período de um ano), avaliação da queda da titulação do VDRL com vistas a garantir o tratamento adequado e reduzir as chances de transmissão vertical da sífilis (Brasil, 2022).

Figura 4 - Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal - Eixo Monitoramento



Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.

Da análise dos documentos norteadores do Ministério da Saúde, a exemplo dos protocolos clínicos de prevenção da transmissão vertical das ISTs, manual de diagnóstico da sífilis, caderno de atenção básica n.º 32 e literatura já descrita, a representação do modelo lógico de abordagem dos parceiros de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal busca essencialmente ampliar a cobertura diagnóstica e adesão dos parceiros ao pré-natal, o tratamento e monitoramento adequados. No entanto, a análise das cadeias causais da estrutura lógica evidenciou que na prática existem lacunas, as quais estão impedindo que se efetivem os relacionamentos esperados entre insumos, produtos e resultados, como veremos a seguir.

6.2 DIFICULDADES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NA PERSPECTIVA DAS MULHERES E SEUS PARCEIROS SEXUAIS

6.2.1 Perfil social e das relações afetiva e sexual

Especificamente, dentre os usuários do programa de prevenção da transmissão vertical da SC, tivemos 15 participantes: as gestantes (n=10) denominadas GE e parceiros sexuais (n=5) denominados PS, sendo abordados casais heterossexuais.

Em relação aos usuários do programa, dez mulheres foram entrevistadas, com idades variando entre 15 e 31 anos. Quatro informaram estar em relacionamento estável, quatro tiveram relacionamentos eventuais e duas encontravam-se separadas de seus parceiros. Quanto à raça/cor, oito se declararam pardas, uma preta e uma branca. Sete informaram não ter religião, duas eram cristãs e uma era evangélica. O início da vida sexual das mulheres foi entre 13 e 16 anos.

Em relação aos parceiros, apenas cinco parceiros aceitaram participar da pesquisa, e destes apenas um declarou estar separado da esposa. Os demais parceiros se declararam em relacionamento estável e responderam às entrevistas após participação de suas parceiras. A idade dos entrevistados variou de 15 a 34 anos. Quanto à raça/cor, quatro se declararam pardos e um preto. Dois afirmaram ser católicos, um cristão, um evangélico e um não tem religião. O início da vida sexual foi entre 13 e 15 anos de idade. Os dados coletados entre os participantes foram consolidados no **Quadro 2**.

No campo da saúde reprodutiva, a idade na primeira relação sexual tem sido utilizada como um indicador de início da vida sexual. Em relação a esse aspecto, alguns estudos indicam uma tendência de diminuição da idade de início da vida sexual da população feminina. Essa redução indica que as mulheres estão iniciando a vida sexual cada vez mais cedo e que, portanto, a contracepção e a prevenção das ISTs são desafios a serem enfrentados desde o seu início (Brasil, 2006).

Estudos têm evidenciado uma média de idade da primeira relação sexual de 14 anos para os meninos e de 15 anos para as meninas (Hugo *et al.*, 2011 *apud* IBGE, 2021; Paiva *et al.*, 2008 *apud* IBGE, 2021). Contudo, os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2019) revelaram que essas médias têm reduzido, com valor de 13,4 anos para os meninos e de 14,2 anos para as meninas. Os percentuais de iniciação sexual precoce foram significativamente mais elevados para os meninos (44,7%) e escolares da rede pública (37,4%),

considerando que 26,4% das meninas e 29,0% dos escolares na rede privada tiveram a primeira relação sexual nessa idade (IBGE, 2021).

Quadro 2 - Caracterização das mulheres e parceiros do programa de prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita que participaram das entrevistas.

Código de identificação	Gênero	Idade	Status da relação	Cor	Parceiro/a entrevistado/a	Profissão	Religião (qual?)	Sentimento sobre a sífilis
GE 1	Feminino	26	Estável	Parda	Sim	Recebe Bolsa Família	Não	Medo
GE 2	Feminino	23	Eventual	Parda	Não	Sem profissão	Evangélica	Preocupação
GE 3	Feminino	33	Estável	Branca	Sim	Doméstica	Não	Medo
GE 4	Feminino	31	Eventual	Parda	Não	Recebe Bolsa Família	Não	Medo/culpa
GE 5	Feminino	26	Separada	Parda	Não	Manicure	Cristã	Medo/culpa
GE 6	Feminino	15	Eventual	Parda	Não	Sem profissão	Não	Medo
GE 7	Feminino	24	Estável	Parda	Sim	Contadora/desempregada	Cristã	Surpresa
GE 8	Feminino	19	Estável	Parda	Sim	Manicure	Não	Assustada
GE 9	Feminino	26	Eventual	Preta	Não	Agente de portaria	Não	Preocupação
GE 10	Feminino	24	Separada	Parda	Não	Segurança de eventos	Não	Desespero/constrangimento
PS 1	Masculino	30	Separado	Pardo	Não	Logística	Não	Raiva, culpa ex-parceira
PS 2	Masculino	32	Estável	Pardo	Sim	Montador de andaime	Católico	Surpresa
PS 3	Masculino	30	Estável	Pardo	Sim	Construção civil	Evangélico	Indiferença
PS 4	Masculino	34	Estável	Preto	Sim	Montador de andaime	Católico	Destemido
PS 5	Masculino	26	Estável	Pardo	Sim	Controlador de pragas	Católico	Surpresa

Fonte: Quadro elaborado pela autora, em 2023.

A Bahia apresenta percentual de iniciação sexual precoce maior que o país. No estado, 35% dos adolescentes com idade entre 13 e 17 anos e que frequentam a escola revelam já ter tido alguma relação sexual (*Ibid.*, 2021). Nota-se que a faixa etária de iniciação sexual dos usuários entrevistados reflete os dados do IBGE e, portanto, alerta quanto aos riscos de exposição às infecções sexualmente transmissíveis precocemente.

Considera-se, para fins deste estudo, a união estável aquela que se configura como relação afetivo-sexual, uma convivência duradoura e pública entre duas pessoas, que é estabelecida com o objetivo de constituir família. Embora não seja um casamento formal, a união estável confere aos parceiros direitos e deveres semelhantes aos de um casamento, como compartilhamento de bens e benefícios previdenciários (disponível em: <https://4tabelionatodenotas.com.br/estado-civil/>). Os relacionamentos eventuais se configuram como relações afetivo-sexuais pontuais, sem durabilidade e estabelecimento de compromisso mútuo perante a sociedade.

Segundo dados do PNDS (2006) na população, de modo geral, verifica-se que 64% das mulheres se encontram em união (36,7% formalmente e 27,3% informalmente), sendo apenas 25,8% solteiras. Contudo, avaliando-se esse perfil segundo as diferentes faixas etárias, nota-se que essa configuração não é homogênea, conforme o esperado, sendo observada uma alta concentração de solteiras (72,10%) na faixa etária de 15 a 19 anos; 40,5% das mulheres em união sem coabitação com o parceiro encontram-se na faixa etária de 20 a 29 anos, possuem 5 a 11 anos de estudo, em sua maioria, são negras e residentes na área urbana da região Nordeste. As mulheres entrevistadas apresentam características semelhantes ao PNDS; no total de dez mulheres no estudo, seis encontravam-se solteiras e em relacionamentos eventuais, sem coabitar com os parceiros.

Quanto à atividade profissional das mulheres entrevistadas: duas mulheres recebiam auxílio do governo (bolsa família), duas não trabalhavam e seis desempenhavam atividades com renda média de R\$ 1.500,00, tais como: manicure, segurança e doméstica. Apenas uma mulher possuía curso em contabilidade, porém encontrava-se desempregada no momento da entrevista. As duas que se encontravam sem trabalhar eram mantidas economicamente por seu parceiro e pelos pais.

Quanto à atividade profissional dos homens, todos exerciam funções remuneradas, com renda variando entre R\$ 1.783,00 e R\$ 2.882,00, exercendo as seguintes ocupações: montador de andaimes, construção civil, assistente de logística e controlador de pragas (disponível em: <https://www.salario.com.br/profissao>).

Percebe-se a diferença na inserção no mercado de trabalho entre as mulheres e homens entrevistados. Enquanto estes últimos encontravam-se empregados e com renda superior às mulheres, estas desempenhavam funções pouco remuneradas ou eram dependentes de auxílio do governo e/ou de familiares. Esse fato expõe as mulheres entrevistadas às condições de

dependência econômica de seus parceiros, o que implica dificuldades em exercer sua autonomia, sobretudo diante dos métodos contraceptivos e de prevenção à sífilis e demais ISTs, conforme veremos mais adiante.

Segundo Pesquisa Oxfam Brasil (2022), a percepção das desigualdades entre gênero e raça vem se consolidando ao longo dos últimos cinco anos. Em 2022, 69% dos brasileiros concordavam que “mulheres ganham menos no mercado de trabalho por serem mulheres”, contra 29% que discordam. Em 2019, a concordância total ou parcial era de 67% (e de 64% em 2017) e a discordância total ou parcial era de 31% (e de 35% em 2017). Assim, entre 2017 e 2022, a diferença entre concordância e discordância mais do que dobrou, com um aumento de 40 pontos percentuais. A concordância é maior entre mulheres (76%), contra 62% deles, uma diferença de 14 pontos percentuais. Também é superior à média (69%) entre jovens de 16 a 24 anos (74%), pessoas com ensino superior (72%), brasileiros com renda individual de até um salário-mínimo (72%), pessoas de religiões afro-brasileiras (80%) e entre mulheres negras (74%).

A ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis é mais prevalente no grupo de gestantes de menor escolaridade, em sua maioria, mulheres pardas e pretas, provenientes de estratos sociais mais desfavorecidos economicamente, sendo importante a realização de estudos que analisem a sua relação com aspectos sociodemográficos, como renda familiar, escolaridade, raça/cor, entre outros. Essas gestantes devem ser grupo prioritário na atenção à saúde, especialmente pelas vulnerabilidades sociais às quais estão sujeitas (Acosta *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2021; Domingues *et al.*, 2013). Diante do exposto, as gestantes participantes deste estudo, residentes de Camaçari, se enquadraram nesse grupo prioritário reportado pelos autores acima.

6.2.2 Manejo clínico da sífilis

Após a caracterização dos entrevistados, deu-se continuidade à avaliação de condutas relativas ao manejo clínico da sífilis, que incluiu a análise da oferta do diagnóstico e tratamento aos usuários do programa (gestantes e parceiros) pelas equipes de saúde de Camaçari-Bahia, bem como questionamentos acerca dos métodos de prevenção da sífilis.

6.2.2.1 Dificuldade do diagnóstico

O momento diagnóstico da sífilis ocorreu durante o pré-natal (13 mulheres) e durante o parto (duas mulheres). Quanto ao compartilhamento do diagnóstico da sífilis aos parceiros, oito mulheres afirmaram ter contado, apesar de revelarem preocupação acerca do que o parceiro

poderia pensar, receio pelo término do relacionamento e medo de prejudicar o bebê. Duas das entrevistadas relataram não compartilhar o diagnóstico por medo de serem julgadas, constrangidas e tratadas com indiferença por parte dos homens com quem estavam ou se relacionaram eventualmente.

Estudos mostram que a revelação do diagnóstico para familiares pode ser fonte de apoio emocional. Contudo, a ocultação do diagnóstico aos parceiros, diante do medo da discriminação, ainda é bastante presente. Os autores discutem a importância da revisão das estratégias educativas para que as pacientes se tornem mais seguras e esclarecidas quanto aos riscos da sífilis, em um aconselhamento atento aos aspectos psicossociais, livre de julgamento e que possibilite a inclusão do parceiro sexual (Cavalcante *et al.*, 2012).

As gestantes e parceiros foram questionados sobre o momento em que receberam o diagnóstico da sífilis durante a gestação. O município apresentou, segundo a percepção dos usuários, experiência exitosa, estando em consonância com o modelo lógico e, portanto, com os protocolos nacionais, evidenciando o início do pré-natal de forma precoce e inclusão do parceiro no rastreamento da sífilis concomitante à gestante.

Fiz o teste por agora, no início da gravidez. GE3

Foi no início logo, testou e já fui tomar as injeções. GE4

Rapaz soube logo no início [...] minha mulher já estava com 4 meses de gravidez. PS3

Logo no começo, eu fiz o exame e constou positivo, então foi logo no início da gravidez. PS4

Apesar dos relatos exitosos, observou-se possíveis perdas de oportunidades de diagnosticar a infecção precocemente, conforme observa-se nos relatos abaixo:

No exame que a médica fez no finalzinho da gravidez [...] ela disse que eu tinha que ter feito o exame mais cedo e que tinha que fazer o tratamento. GE2

Foi no final da gravidez, não tinha feito antes [...] GE1

A ocorrência de falhas no pré-natal já foi descrita em estudos anteriores, reforçando a necessidade de investir em estratégias de qualificação e educação continuada aos profissionais que atuam nos serviços de pré-natal, bem como estabelecer planos de captação e rastreamento para as infecções sexualmente transmissíveis de toda gestante (Cooper *et al.*, 2016; Silva Neto, Silva e Sartori., 2018).

6.2.2.2 Teste, trate e cure

Neste grupo, houve boa adesão ao tratamento pelas gestantes e parceiros, o que denota que os profissionais estão atentos e cientes das recomendações quanto ao tratamento adequado da sífilis.

Sim, eu fiz sim. Eu tomava benzetacil [...] foram várias vezes. GE2

Sim, eu fiz o tratamento e ele também! GE3

Sim ele fez o tratamento [...] só que não foi com benzetacil, porque ele tem alergia, então fez com comprimido, que não me recordo o nome agora. GE10

A enfermeira recomendou que eu tomasse benzetacil [...] a última dose quase desmaiei [...] dor miserável [...] dói demais [...] eu fui ficando branco, fui arriando, arriando [...] acho que tive queda de pressão. PS1

Os parceiros relataram também condutas que evidenciaram a não completude do esquema terapêutico, bem como manejo inadequado dos profissionais e a inobservância quanto aos cuidados diante da doença, uma vez que existe a recomendação do tratamento presumidamente dos parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas com sífilis, com vistas a evitar a reinfecção da gestante e conseqüentemente reduzir a transmissão vertical da sífilis (Brasil, 2022).

Fiz o teste, mas o meu deu normal [...] aí a médica ficou indignada porque deu negativo, me passou o teste de laboratório [...] mas esse aí eu não tive tempo de fazer [...] a médica não passou nada para mim, apenas mandou eu repetir o exame de sangue. PS4

Naturalmente eu não tenho sífilis... mas não fiquei chateado com ela não, a médica mandou eu fazer o exame de laboratório de sangue, mas esse aí eu ainda não tive tempo de fazer não...sinceramente. PS2

Eu fui na consulta, fiz o teste rápido, mas deu negativo. Não me chamaram para fazer tratamento não. PS2

6.2.2.3 Prevenção da sífilis

O uso da camisinha foi referido pelos entrevistados como forma de prevenção à sífilis, o que significa que parte destes possuem certo conhecimento sobre prevenção. No entanto, cabe refletir se essa conformação se deu pela necessidade de o participante responder positivamente ao que sabidamente seria a melhor resposta que considera correta, a saber:

Quando tem aquelas campanhas que o posto faz, que ensina sobre as coisas e sai fazendo teste de sífilis e AIDS [...] eu sempre apareço, pego camisinha também. GE1

Tive até uma palestra recente na empresa sobre isso [...] eu uso o preservativo. PS2

Outro dado preocupante diz respeito ao uso do preservativo nas relações sexuais, sobretudo na faixa etária de 13 a 15 anos, na qual a percepção de risco à exposição de infecções sexualmente transmissíveis pode não estar consolidada. A análise dos resultados da pesquisa PeNSE acerca do uso do preservativo na primeira relação sexual, segundo os grupos de idade, revelou uma característica preocupante que é o menor percentual de uso de camisinha entre pessoas de 13 a 15 anos (61,8%) em comparação com o grupo de escolares de 16 a 17 anos (64,5%). A forma de obtenção da camisinha utilizada na última relação sexual é um importante indicador para a proposição de políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Os resultados da PeNSE indicaram que 40,0% dos escolares a obtiveram em farmácias, mercados ou lojas. A obtenção nos serviços de saúde foi apontada por 22,1% dos escolares apenas. Para 21,7% dos escolares, a camisinha foi uma iniciativa da/o parceira/o. Outras quatro formas de obtenção (escola, pai, mãe ou responsável, amigo e outra pessoa) foram mencionadas por 16,2% dos escolares (IBGE, 2021).

Assim o início da vida sexual dos entrevistados é compatível com os resultados acima apresentados, nota-se na prática que a pouca adesão ao preservativo pode ser uma grande barreira na eliminação da transmissão vertical da sífilis.

Eu fazia sexo com camisinha, mas depois de um tempo, a gente vai conhecendo a pessoa... e não usa mais. Aí engravidei porque aconteceu mesmo... não tinha esta intenção. GE1

Não, a gente passou a usar a camisinha agora, depois do resultado da sífilis, antes ele não gostava de usar. GE7

Tem que usar a camisinha, né? Hoje não uso mais não porque já tenho um tempo com ele, aí sabe como é...se eu pedir para usar ele vai logo desconfiando GE8

A camisinha, né? Eu usava de vez em quando com ela. PS1

A gente passou a usar camisinha por conta do bebê, mas não usava antes porque não tinha necessidade disso, minha mulher. PS3

Só conheço o método de barreira, a camisinha, mas não utilizamos, não gosto! PS5

Dados preliminares da PNDS 2006 apontam para a mesma direção. As dificuldades das mulheres negociarem práticas sexuais mais seguras levantam uma importante discussão sobre a maior vulnerabilização de determinados grupos em relação às ISTs e à AIDS.

Estudo no Brasil revelou que, em relação à consistência do uso do preservativo masculino entre mulheres sexualmente ativas, observa-se alto percentual de mulheres que nunca usaram camisinha (58%). Esse percentual é ainda mais elevado conforme aumenta a idade da mulher, variando de 28,2% entre as mais jovens (15-19 anos) e 79,5% entre as mulheres de 45 a 49 anos. Nota-se que tanto o uso eventual quanto o uso consistente da camisinha crescem à medida que aumentam os anos de estudo. Observa-se que são os grupos das solteiras e das viúvas/separadas/divorciadas que mais fazem o uso consistente da camisinha, 50,1% e 36,2%, respectivamente (Brasil, 2006).

No presente estudo, nenhum parceiro entrevistado fazia uso do preservativo, apesar de todos referirem que conheciam esse método de prevenção. Somente após o diagnóstico da sífilis, quatro deles passaram a adotar a camisinha, mediante o entendimento de risco à saúde para o bebê. A experiência da infecção pela sífilis parece ter proporcionado a percepção da própria vulnerabilidade e a adoção do uso do preservativo.

A percepção de algumas mulheres de que ao conhecer o parceiro estariam protegidas da sífilis também já foi evidenciada em outros estudos (Araújo e Silveira, 2007; Heilborn e Prado, 1995). Além disso, a continuidade das relações sem preservativo foi associada ao insucesso em negociar o uso com o parceiro.

Nesse sentido, a educação em saúde é um processo importante na construção de conhecimentos em saúde capaz de desenvolver o pensamento crítico e reflexivo através de um processo político pedagógico com ótica na realidade, propondo a transformação desta, levando o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social com grande capacidade ao autocuidado e o cuidado às coletividades, democratizando assim o conhecimento (Machado *et al.*, 2007; Falkenberg *et al.*, 2014). Para além das ações biomédicas, medidas que visem o alcance comportamental também devem estar inseridas neste contexto, como aconselhamento acerca da exposição ao risco de adquirir a sífilis e demais ISTs.

6.2.3 Participação do parceiro no tratamento da sífilis

Neste estudo, a disponibilidade dos homens para a participação das consultas de pré-natal e tratamento para sífilis é dificultada sobretudo por incompatibilidade de horário do trabalho com o funcionamento da unidade de saúde.

Eu acho que as empresas poderiam dar maior flexibilidade para este acompanhamento, porque eu acho que por lei, o homem só tem direito a ir para 2 consultas de pré-natal. A empresa poderia liberar por mais tempo, não o dia todo, apenas naquele horário da consulta, normalmente essas consultas demoram 40 minutos, então se liberasse pelo menos 2 horas, porque ele pode ir e voltar da consulta com a mulher. PS 5

Eu fui duas vezes no pré-natal. Porque sempre caía no horário do trabalho, aí não dá para ficar saindo sempre do trabalho. PS 4

Não fui com ela para as consultas por conta do horário do trabalho mesmo. Eu só vim hoje porque ela está perto de ter neném, aí não dá para deixá-la ficar saindo sozinha. Eu acharia que pode ter a licença para homem, para poder acompanhar o pré-natal, e não comprometer o horário de trabalho... tipo não tem licença maternidade? A mulher não pode sair do trabalho e ir ao médico? Então, que tivesse uma lei que desse x horas por mês para o pai acompanhar. PS3

A minha maior dificuldade é só pelo horário de trabalho! Eu fui a uma consulta e a um ultrassom. PS 2

Sim, eu ia, quando estava de folga do trabalho. PS 1

Ele foi só pra uma consulta, porque tinha que fazer o teste para saber se ele também tinha o problema. Mas ele trabalha, não tem como ele ficar indo sempre, então... fica só eu mesmo tendo que ir sozinha mesmo. GE3

Ele foi na primeira consulta e aí tomou a primeira dose. Mas a gente se distanciou depois. Aí eu não sei se ele chegou a fazer as outras doses. GE7

Eu fiz só o tratamento. Eu acho isso triste [...] porque eles não acompanham. GE2

Um estudo que avaliou o rastreamento do parceiro com sífilis observou o quanto é baixo o percentual de captação para o tratamento concomitante. Esse indicador demonstrou a fragilidade do serviço no que se refere a uma assistência voltada ao homem, bem como o risco de um tratamento ineficaz, com perpetuação cultural da transmissão vertical (Macedo, 2009).

A participação do homem no pré-natal revelou ser incipiente; cinco homens entrevistados informaram a não participação e/ou acompanhamento nas consultas; sete entrevistados informaram terem comparecido a uma e duas consultas; e somente dois participaram de mais de duas consultas. Apenas um parceiro entrevistado acompanhou todas as consultas de pré-natal. Nesta ocasião, ele informou flexibilidade no trabalho, portanto, com

disponibilidade de acompanhamento da esposa ao serviço de saúde. Esse fato denota que a ausência do homem na unidade de saúde dificulta a adesão ao tratamento, favorecendo a manutenção do elevado número de casos de sífilis congênita no município.

6.2.3.1 A responsabilidade é somente da mulher?

Metade das gestantes entrevistadas relatou sentimento de mágoa e injustiça diante da atuação dos parceiros ausentes.

Não sei se explicar, não, mas tem homem que não vem não, fica de preguiça, não de paciência, de esperar, sempre sobra para a mulher. GE 1

Sei lá o que passa na cabeça? Porque o cara some quando tem uma notícia de uma gravidez, não se envolve nesse processo. Deixa só pra mulher isso. Eu acho que é muito safadeza, né? Deve ser por medo que eles têm que assumir o que faz. Falta de compreensão deles. GE 2

Eu acho que a responsabilidade deveria ser dos dois, mas ele fala que tem o trabalho, então não quero aborrecer ele com isso não. GE 3

Primeiro, eu acho que tinha que sair da cabeça das pessoas no geral que o pré-natal é só responsabilidade da mulher. Não, não pode ser assim, entendeu? É também do pai! GE 5

Tenho que ser forte... é difícil... na verdade quando a mulher engravida, a responsabilidade fica toda com a mãe. Não acho justo, eu gostaria que fosse diferente, mas tem que entregar nas mãos de Deus. GE 8

Não quero nem falar com ele, senão vai me dizer um monte de coisas, me encher de desaforo, como se ele fosse santinho. GE 9

Nota-se que as gestantes, sobretudo as que se encontravam separadas dos parceiros e que tiveram relacionamentos eventuais, demonstraram frustração, sentimento de serem injustiçadas, medo, receio de julgamento acerca do diagnóstico e do tratamento do parceiro para sífilis.

Na perspectiva da dominação masculina, a construção dessa representação androcêntrica é dada como senso prático sobre o sentido das vivências dessas mulheres com sífilis, que verbalizam e exercem a responsabilidade com os cuidados na gestação. Estas se veem envolvidas nestas relações de poder, em que o *habitus* da submissão, ou seja, uma disposição socialmente incorporada de aceitação e normalização da androgenia, e a execução de papéis entre homens e mulheres se revelam uma violência simbólica, ou seja, consentida e não percebida como tal, logo naturalizada (Bourdieu, 2019).

Piscitelli (2019) afirma que quando as distribuições desiguais de poder entre homens e mulheres são vistas como resultado das diferenças, tidas como naturais, essas desigualdades também são “naturalizadas”. O termo gênero demonstra esse duplo procedimento de naturalização mediante o qual as diferenças que se atribuem a homens e mulheres são consideradas inatas, derivadas de distinções naturais, e as desigualdades entre uns e outros são percebidas como resultado dessas diferenças.

As desigualdades nas relações afetivo-sexuais entre as mulheres e parceiros, quanto aos cuidados na prevenção da transmissão vertical da sífilis, suscitam a necessidade de melhor compreensão desses aspectos pelos profissionais de saúde, uma vez que o sucesso das ações de controle da sífilis depende de fatores sociocomportamentais na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos.

6.3 DIFICULDADES DE ADESÃO DOS HOMENS AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE

6.3.1 Perspectiva dos profissionais de saúde

Desafios na oferta dos testes rápidos e tratamento dos parceiros de gestantes com diagnóstico da sífilis têm sido frequentes na vivência dos profissionais da atenção básica de saúde de Camaçari. Apesar do conhecimento dos protocolos nacionais, descrito no modelo lógico, eles relatam a imprevisibilidade da participação dos parceiros:

Se na primeira consulta o parceiro estiver acompanhando a gestante, ou se ele comparecer na convocação, é realizada o TR e tratamento. P3

Na primeira consulta, a maioria das gestantes vão sozinhas, sem a parceria sexual. A gente faz um chamado, faz um bilhetinho mesmo, convocando a parceria a comparecer no posto para fazer uma consulta médica, quase nunca comparecem. P5

Infelizmente, alguns casos que os parceiros não são tratados, né? E aí tem a exposição da criança [...] a gestante até trata, mas o parceiro não trata. Infelizmente ainda tem alguns casos desses. P5

O conhecimento das diretrizes nacionais para o manejo adequado de mulheres e parceiros que vivenciam a sífilis no momento da gestação revelou-se adequado por parte dos profissionais entrevistados. Porém, limitações na busca ativa dos parceiros foram encontradas e não existiu garantia da presença do homem às consultas de pré-natal. Como vimos no item Participação dos Parceiros, fatores como incompatibilidade de horário de trabalho do parceiro

com o funcionamento da unidade de saúde revelaram-se como o maior impedimento para a participação do homem no pré-natal e a não implementação sistemática de busca ativa.

O termo “busca ativa” passou a ser usado para denotar uma postura política de trabalho sob a bandeira da integralidade do cuidado, que pressupõe atender às necessidades de saúde para além da demanda espontânea (Mattos, 2001). O conceito de busca ativa versa acerca das expectativas sobre a prática dos trabalhadores no território e é mencionado na legislação e nos textos técnicos de saúde, além de ser considerado uma atribuição de todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017).

Diversas formas de busca ativa dos parceiros foram apresentadas pelos profissionais, tais como contato telefônico, envolvimento do agente comunitário de saúde para visita em domicílio, bilhetes e cartas de convocação. Relataram que as maiores dificuldades estão na adesão ao tratamento e monitoramento dos parceiros. Além disso, os entrevistados acreditam que a melhor forma de captar o parceiro é por meio da conscientização da mulher, como veremos a seguir.

Tentamos a busca ativa das parcerias através das gestantes, empoderando as mesmas com informações para sensibilizar seus parceiros. Em situações como o parceiro no sistema prisional, acionamos o Serviço Social da Unidade para contactar o serviço de saúde da penitenciária. P3

Explicamos para a gestante a importância do tratamento, riscos para o bebê e tudo mais para tentar sensibilizar. Nesse momento da gestação, quando você fala que o bebê tem um risco maior de ter doenças graves ou sequelas neurológicas importantes, elas ficam mais sensibilizadas e tentam sensibilizar também o parceiro. P1

A gente faz busca ativa, tenta falar com o parceiro, explicar tudo direitinho. Pede que vá para consulta. Tenta flexibilizar as vezes com horário de trabalho e tudo isso para ver se dá certo. Às vezes, faço a prescrição e entrego a gestante, quando ele disse que de jeito nenhum pode ir até o posto. A gente dá oportunidade de ele tratar mesmo sem ir até o posto, porque o tratamento é de forma protocolar. Já trata os dois como se fossem positivos naquele momento. P5

Araújo *et al.* (2019) corroboram as evidências do presente estudo, uma vez que apontaram que existem dificuldades na assistência à gestante com sífilis, pois há uma frágil captação de seus parceiros em tempo oportuno. A atitude dos profissionais em responsabilizar a mulher na articulação com seus parceiros para adesão ao tratamento e participação nas consultas também se fez presente.

Uma gestante pontuou sobre a atuação da equipe de saúde, ressaltando a importância dos agentes comunitários de saúde, uma vez que estes deveriam ter atuação mais próxima à comunidade, sobretudo tendo um caráter educativo sobre saúde sexual e a importância da participação do parceiro no pré-natal.

Eu acho que tem um problema dos agentes de saúde. Porque cabe aos agentes de saúde bater na casa das pessoas. Pra poder falar que os cuidados na gravidez é dos dois, senão só fica a mulher sozinha falando, falando. E aí tem alguns locais que assim tem agente de saúde, mas que nunca aparece e também tem locais que não tem. GE 5

A Atenção Básica apresenta grande relevância na assistência aos portadores de sífilis, na prevenção e no manejo da infecção, por meio de projetos de conscientização, intervenção, detecção de situações e fatores de risco, colaborando para o diagnóstico precoce, adesão ao tratamento efetivo do paciente e seu parceiro sexual, e, na comunidade, promovendo educação em saúde, sendo um meio importante para o conhecimento para a prática de um comportamento saudável (Moreira *et al.*, 2020).

Investimentos na educação popular têm sido defendidos como uma estratégia de informação que poderia auxiliar na desconstrução histórica do papel da mulher, cuja representação de sua função social foi destinada à procriação, cuidados com os filhos e de inferioridade em relação aos homens (Costa e Aquino, 2000; Costa, 1999). Espera-se uma abordagem mais ativa dos serviços de saúde na educação de parceiros, uma vez que orientar exclusivamente a mulher parece não ser eficaz para a prevenção da sífilis congênita (Muricy, 2014).

Os cinco profissionais entrevistados sinalizaram o monitoramento em conformidade com modelo lógico elaborado e ressaltaram a importância da inclusão dos parceiros no monitoramento da sífilis, alternando estratégias internas, de acordo com a dinâmica de cada equipe de saúde, a saber:

O monitoramento é realizado através de uma planilha criada pela equipe que facilita o acompanhamento do VDRL das gestantes e parceiros. P4

O monitoramento é feito pelo VDRL, mensal para gestantes e a cada 3 meses dos parceiros. P2

Faz o acompanhamento da gestante com VDRL mensal, para verificar a redução de título e a cada 3 meses após o tratamento completo para o parceiro. Acompanhamos também o tratamento do parceiro. Lá no posto, por exemplo, a gente tem uma sala de aplicação de injeção, tem um cartãozinho específico que as técnicas de enfermagem registram a aplicação, com o dia e o horário

que foi feito. A gente acompanha tanto o cartão da gestante, quanto o cartão do parceiro. Faltoso, normalmente, a gente faz por contato telefônico. P5

Vale salientar que o monitoramento laboratorial da sífilis é de extrema importância, uma vez que avalia o sucesso (ou não) do tratamento e fornece subsídios aos profissionais para a prescrição de novo ciclo de tratamento e avaliação de reinfecções.

A dificuldade de convencer os parceiros sexuais de participarem do pré-natal, e, portanto, realizarem exames sorológicos para diagnóstico e monitoramento do tratamento, é um entrave para a redução da transmissão vertical. Assim, a ocorrência da SC se traduz como o não tratamento ou tratamento inadequado das parcerias sexuais (Silvia *et al.*, 2022).

Apesar das experiências exitosas no município, a despeito das inúmeras dificuldades já explicitadas, os profissionais de saúde referem não ter participado de capacitação sobre sífilis nos últimos 12 meses, seja pela ausência desta ação no município, por não terem sido convidados a participar da atividade ou não poderem comparecer no dia agendado.

A última vez que eu participei já tem mais de um ano. A gente tinha uma programada, só que não aconteceu por alguma questão lá da Secretaria e aí eles ficaram de reagendar. P5

Não teve capacitação ou não fui escalado pela coordenação. P2

Teve uma capacitação, mas não pude ir porque estava doente. P1

Verifica-se uma fragilidade no município de Camaçari quanto à realização de capacitação voltada à prevenção da sífilis. A oferta de ações educativas na unidade de saúde parece apontar um caminho para as atualizações profissionais, visando contemplar a totalidade dos trabalhadores atuantes na atenção primária à saúde.

6.3.2 Perspectiva dos gestores de saúde

Em geral, as gestantes entrevistadas afirmaram que receberam o diagnóstico e tratamento da sífilis nos postos de saúde, confirmando a disponibilização do tratamento na atenção primária, no entanto, somente uma delas mencionou dificuldade de acesso à benzatina, demonstrando uma fragilidade organizacional no manejo da sífilis, uma vez que todas as unidades de saúde devem administrar a penicilina benzatina. Essa situação geralmente possui desfecho desfavorável, obrigando a gestante a peregrinar para outras unidades de saúde, ocasionando desgaste físico, comprometimento financeiro devido ao deslocamento e/ou levando ao abandono da terapêutica, conforme narrativa abaixo:

Eu nem sei te dizer direito, mandaram eu fazer no posto, mas no posto não estava fazendo a injeção. A gente foi uma vez, aí disseram que não tinha o remédio e não fomos mais. GE4

Em relação à oferta de insumos para o diagnóstico, os gerentes informaram a realização diária dos testes rápidos, corroborando as ações descritas no modelo lógico. Os profissionais também indicaram a garantia de insumos para prevenção e diagnóstico da sífilis:

O teste do parceiro é feito na primeira consulta do pré-natal, não falta teste rápido aqui na unidade. G1

Ofertamos a testagem sempre na primeira consulta ou quando o parceiro comparece. G2

O diagnóstico de sífilis aqui a gente faz com os testes rápidos [...] possuímos sim os testes rápidos e possuímos também preservativos. P1

Sim, temos os testes rápidos para diagnóstico e para prevenção preservativos masculinos, feminino e folders com informações. P4

Na oferta de capacitação para os profissionais de saúde sobre manejo clínico da sífilis, embora os gestores relatem ações pontuais nas unidades de saúde, ficou evidente que não houve programação de ações de educação voltadas para os profissionais nos últimos 12 meses, sendo considerada outra fragilidade no município. Observa-se que a atualização dos protocolos clínicos para os profissionais atuantes no pré-natal se resume à busca por interesse próprio em acessar aulas virtuais, sem espaços de troca e discussão de casos entre a equipe.

Fazemos salas de espera na unidade para os pacientes, geralmente nos dias de atendimento médico. G1

Presencialmente não fizemos mais [...] porém eu sempre compartilho o link no grupo do WhatsApp das aulas do Ministério da Saúde. G2

Não se observou na narrativa dos gestores o investimento de recursos para promover campanhas de prevenção às ISTs e incentivo ao pré-natal do parceiro, sendo a responsabilidade em prover os recursos para uma efetiva campanha atribuída ao gestor municipal e distritos sanitários, como podemos notar abaixo.

Nós, gerentes das unidades, solicitamos aos distritos e secretaria de saúde. Mas infelizmente, o máximo que conseguimos são bolas de assoprar, papel metro ou cartolina para realização de cartazes ou painéis alusivos ao mês da sífilis, do dezembro vermelho, por exemplo. G1

Não recebemos incentivo nenhum. Geralmente arrecadamos entre os profissionais um valor para oferecermos um café para as gestantes. A única vez que recebemos material de verdade de campanha, foi da Sífilis Não e

projetos que o MS ou Estado fazem e são distribuídos pelo Centro de Especialidades em ISTs daqui. G2

Essa realidade reflete a falta de envolvimento político no município, com vistas à certificação da eliminação da transmissão vertical da sífilis, uma vez que essa eliminação necessita de apoio da gestão local para prover recursos para o desenvolvimento adequado de suas atividades afins. Dito isso, o Ministério da Saúde padronizou o procedimento para a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas. A certificação poderá ocorrer para uma dessas doenças ou, concomitantemente, para mais de uma delas, a depender dos indicadores locais (Brasil, 2022).

A proposta para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas considera estados e/ou municípios com cem mil ou mais habitantes que cumpram e mantenham os critérios mínimos de avaliação, bem como alcancem as metas de eliminação por meio dos indicadores estabelecidos. Para municípios e estados que não tenham atingido tais metas de eliminação, mas apresentam indicadores com metas gradativas, propõe-se a certificação por meio do Selo de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas, composto por três categorias: bronze, prata ou ouro, no intuito de incentivar estratégias e ações para promover, no futuro, a tripla ou quádrupla eliminação (WHO, 2017).

Espera-se, com esse plano de certificação, que municípios como Camaçari possam se debruçar em estratégias que atendam os requisitos mínimos do selo de boas práticas de eliminação da sífilis congênita, rumo à eliminação desse agravo, considerado um problema de saúde pública prioritário no país.

6.4 ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS PARA A ADESÃO DOS PARCEIROS SEXUAIS DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS NO PRÉ-NATAL

O presente estudo apontou que a rede de serviços de pré-natal no município de Camaçari ainda apresenta lacunas, sobretudo pela não adesão dos parceiros ao diagnóstico e tratamento da sífilis, ausência de capacitações dos profissionais para manejo adequado dos casos e, conseqüentemente, de adoção de medidas efetivas para a prevenção da transmissão vertical.

Melhorar o acesso ao rastreamento e tratamento precoce da sífilis no pré-natal, monitorar clinicamente todas as mulheres diagnosticadas com sífilis e seus bebês, melhorar o

gerenciamento do parceiro e reduzir a prevalência da sífilis na população em geral são recomendações presentes na literatura (Korenromp *et al.*, 2019).

A pesquisa revelou também que a posição social das mulheres pode influenciar os mecanismos ocultos ou explícitos das relações de poder exercidas pelos parceiros sobre elas, incluindo a percepção de medo do abandono, a naturalização da postura masculina de não adesão ao cuidado à saúde concomitante às suas parceiras e de possíveis outros contatos sexuais.

Está presente a crítica de que os serviços de prevenção da transmissão vertical têm se concentrado principalmente nas mulheres, o que aponta para a crença geral de que estas, e não os homens, são responsáveis por questões relacionadas à gravidez e educação infantil, em que as clínicas são percebidas como hostis para com os cônjuges do sexo masculino (Reece *et al.*, 2010).

Visando sugerir estratégias que atraiam os homens para a participação nas ações de prevenção da transmissão da sífilis, as demandas por mudanças que envolvem ações nos âmbitos da educação profissional, reorganização do processo de trabalho das unidades de saúde e apoio da gestão municipal são aqui apontadas.

Parte-se inicialmente da necessidade de melhor instruir os profissionais de saúde no que tange à compreensão das relações humanas no contexto de sua sexualidade e a relação entre gêneros. Dito isso, a inclusão dessa temática na formação acadêmica dos jovens profissionais pode iniciar uma mudança de atuação deles, bem como nas ações de educação permanente do município. Portanto, é necessário fornecer educação continuada sobre sífilis para os profissionais de saúde, visando a implementação das normativas do Ministério da Saúde para a prevenção, controle e tratamento da sífilis, somadas às ações educativas para a população (Resplande, 2019).

Ainda no contexto da educação profissional, recomenda-se atualizações periódicas acerca do tema das infecções sexualmente transmissíveis, especificamente a sífilis, considerando que os protocolos clínicos nacionais estão em constante atualização e a rotatividade de profissionais no âmbito municipal. Estas devem incluir informações sobre a etiologia da doença, diagnóstico laboratorial e sua interpretação para a prática clínica, tratamento, execução dos testes rápidos e estratégias de busca ativa, sobretudo com a participação da equipe multidisciplinar, como os agentes comunitários de saúde e associações de moradores locais (controle social). Acrescenta-se a esse rol de conteúdos, a discussão acerca

da vivência da sexualidade humana, suas representações na sociedade e os impactos na construção de uma saúde pública que respeite as individualidades dos sujeitos, inclusive como elemento de reflexão da prática profissional diante da ocorrência da sífilis e sobre a prevenção da transmissão vertical.

Da perspectiva programática, orienta-se a organização das unidades de saúde de forma mais acessível, ou seja, com horários estendidos para atendimento do pré-natal do parceiro, como, por exemplo, atendimento até às 19 horas, ou ainda a oferta de atendimento ao homem aos finais de semana. Os gestores podem também incentivar e instituir a prática das teleconsultas a essa população, facilitando, portanto, a adesão ao tratamento e sensibilização dos parceiros na adoção de práticas sexuais seguras, com vistas a reduzir a cadeia de transmissão da sífilis às suas parceiras e recém-nascidos.

Percebe-se a importância de envolver o parceiro da gestante no processo do cuidado durante a gestação. As consultas de pré-natal favorecem um espaço importante para aproximar e envolver o parceiro no cuidado à mãe e ao bebê e no cuidado de si. É preciso que essa prática seja incentivada e acolhida pelos profissionais que atuam nesses serviços de saúde (Lima, 2022).

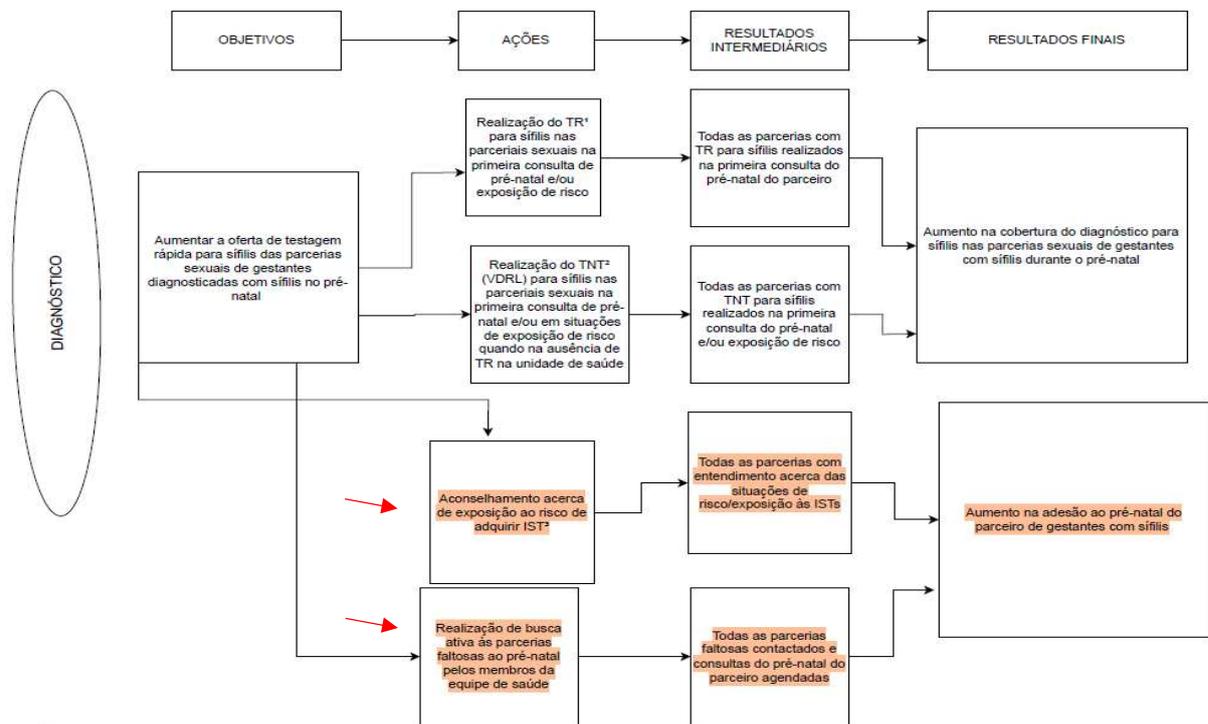
Um importante aspecto a ser considerado diz respeito às estratégias criativas de convocação dos parceiros. Vimos que a mulher tem sido responsável por esta interlocução entre serviço de saúde e homem. No entanto, para além dessa prática, indica-se formas mais modernas de convocação, como, por exemplo, envio de mensagens pelo celular (mensagens, WhatsApp), realização de oficinas com mulheres e parceiros sexuais que suscitam a temática das relações afetivas e sexuais, abordando a corresponsabilidade dos indivíduos com o autocuidado, como a compreensão de risco de exposição para contrair sífilis e métodos preventivos de acordo com a autonomia e dinâmica de cada sujeito. Uma vez que a percepção de risco é contemplada, parecem ser mais favoráveis as chances de redução dos casos de sífilis congênita.

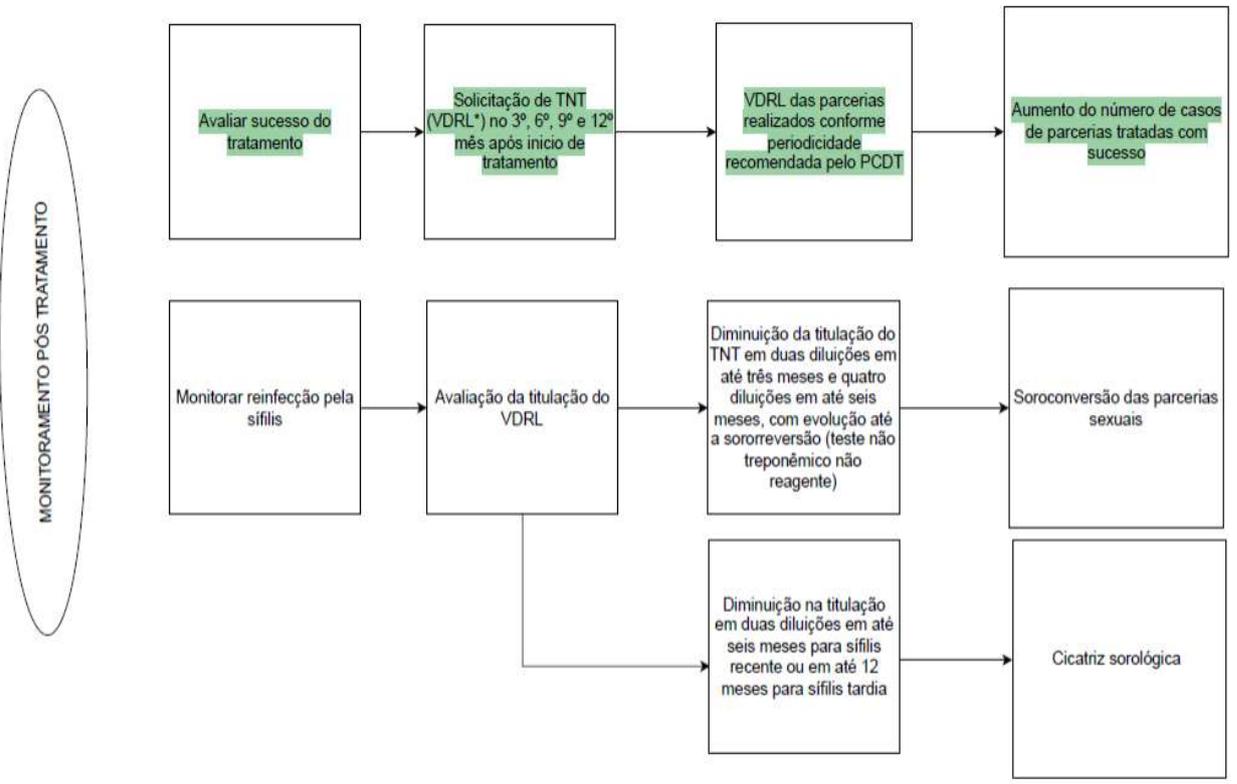
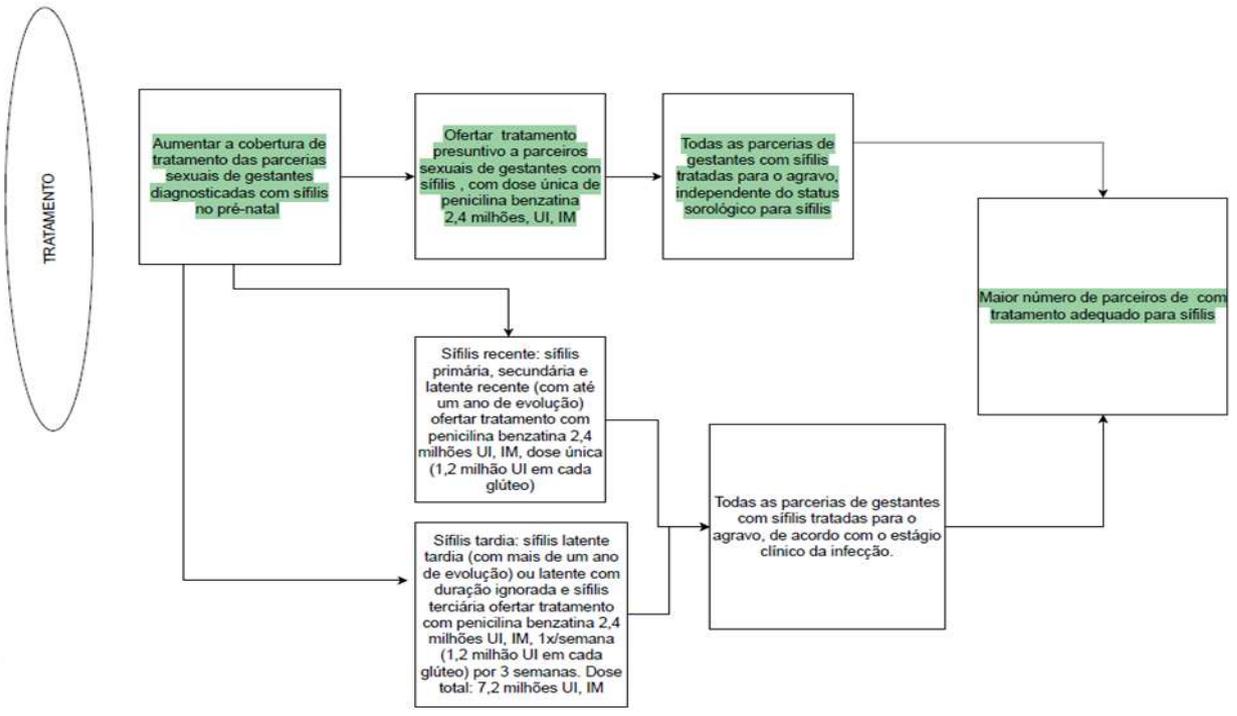
A visibilidade de campanhas voltadas para o enfrentamento da sífilis depende do envolvimento da gestão municipal em arcar financeiramente com a confecção das peças informativas e eventos formativos voltados para os profissionais atuantes no pré-natal, bem como a promoção da saúde sanitária por meio da educação popular. Propagandas constantes com apelo às práticas sexuais seguras (uso do preservativo, realização de testagem rápida para ISTs, esquema vacinal atualizado, uso de PREP e PEP, tratamento das ISTs), livres de tabus e

preconceitos, em redes sociais e demais canais de comunicação, podem ser um potente canal de informação e educação sexual, sobretudo para os mais jovens.

Dito isso, revisitando o modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal e considerando os resultados empíricos das entrevistas, foram identificadas ações que seriam mais facilmente executadas (ou não) pelos serviços e equipes de saúde do município. Dito isso, criou-se uma classificação quanto ao grau de aplicabilidade dessas intervenções em *moderada* ou *complexa*, segundo legenda presente na **Figura 5**, em que se entende como moderadas as intervenções que mais facilmente podem ser realizadas pelas equipes de saúde do município, mediante reorganização do processo de trabalho dos profissionais da APS e seguimento dos protocolos clínicos já instituídos nacionalmente. Já as intervenções de complexa aplicabilidade são aquelas que permeiam o conhecimento e abordagem acerca da sexualidade, compreensão do profissional quanto aos aspectos socioculturais/comportamentais e estratégias para realização da busca ativa e inserção do homem no tratamento da sífilis. Essas ações demandarão investimentos e tempo para melhor solidificação desses conhecimentos por parte dos profissionais, para uma futura atuação mais assertiva na abordagem de mulheres e seus parceiros vivendo com a sífilis durante a gestação.

Figura 5 - Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal – Revisitado





- Intervenções de moderada aplicabilidade
- Intervenções de complexa aplicabilidade

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo apontou que as ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita estão implementadas no município de Camaçari e podem ser avaliadas. Os principais aspectos que necessitam ser melhorados dizem respeito à abordagem dos parceiros das gestantes, que não comparecem à unidade de saúde e, em geral, não realizam o tratamento prescrito, mesmo quando são contactados pela equipe. Do ponto de vista organizacional, é necessária a garantia de tratamento imediato dos homens quando do diagnóstico positivo da gestante, pois há relatos de não seguimento desse protocolo consolidado por algumas equipes da atenção primária do município.

O presente estudo mostrou que, subjacente ao não comparecimento dos parceiros, há uma compreensão partilhada pelas mulheres, parceiros, gestores e profissionais de saúde de que cabe à mulher, em última instância, a responsabilização pelo processo de gestação e por seu desfecho, inclusive negativo, como é o caso da sífilis congênita.

Nesse sentido, as ações de formação e de educação permanente devem incluir espaços de reflexão, à luz das discussões de gênero e saúde, sobre o impacto das desigualdades estruturais de gênero, tanto na organização dos serviços, em especial, no pré-natal, como nas práticas e discursos das/os gestoras/es, das/os profissionais e das/os usuárias/os, e como superá-las.

É igualmente importante possibilitar o intercâmbio de experiência, no âmbito do SUS, da atenção à sífilis, seja no âmbito local, como estadual e nacional. O protocolo padrão de prevenção da transmissão da sífilis (PCDT) deve ser continuamente abordado nas ações de educação permanente, em particular no que se refere às suas constantes atualizações. Considerando os indicadores locais sobre as ISTs, campanhas educativas abrangentes são urgentes e necessárias no município de Camaçari.

As ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis estão bem estabelecidas na literatura, bem como nos documentos oficiais internacionais e do Ministério da Saúde do Brasil. Porém, a revisão de literatura realizada mostrou uma lacuna no que se refere à atenção voltada aos parceiros sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis.

Este estudo de avaliabilidade formulou o modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal, indicando as ações destinadas a

esse público (homens) e fornecendo informações das etapas a serem seguidas durante a assistência pré-natal pelos profissionais de saúde de Camaçari.

A análise das narrativas dos participantes — gestantes, parceiros, profissionais de saúde e gestores — revelou que a abordagem dos parceiros sexuais na prevenção da sífilis congênita, através da busca para diagnóstico e tratamento oportuno no município, ocorre de forma pouco sistemática e tem na gestante o elo principal para essa adesão. Contudo, nosso estudo mostra que a abordagem exclusiva da mulher parece não ser a melhor estratégia para garantir o tratamento do parceiro, já que o sentimento de medo e insegurança das mulheres na revelação do diagnóstico pode provocar conflitos entre o casal, em um momento delicado, que é a própria gravidez. Os indicadores elevados da incidência da sífilis congênita são a objetivação desse fracasso estratégico.

Assim, o estudo permitiu melhorar a compreensão acerca da dinâmica de participação dos parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, visando contribuir para a tomada de decisão dos profissionais envolvidos nessa assistência, bem como direcionamento da gestão municipal para adequação de possíveis entraves e/ou barreiras programáticas que podem interferir na participação do parceiro nas ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Aumentar a adesão do homem ao tratamento da sífilis é um grande desafio, uma vez que exige dos profissionais e gestores a compreensão técnica do agravo, a gestão dos processos de trabalho e, sobretudo, o entendimento acerca das relações desiguais de gênero e seu impacto na saúde, o entendimento acerca das relações desiguais de gênero, que afastam os homens de alguns atendimentos, como o pré-natal, e seu impacto na saúde, pautados na construção histórica das políticas de saúde.

A limitação deste estudo se refere à discussão da totalidade dos eixos do modelo lógico construído, sendo importante a análise de todo o programa voltado à prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Por se tratar de um estudo preliminar, suas evidências apontam para a necessidade de estudos mais profundos sobre intervenções que incorporam o olhar das equipes de saúde (enfermeira/o, médica/o e ACS) sobre relações afetivo-sexuais (assimétricas ou não) entre homens e mulheres. A imersão na formação dos aspectos sociológicos pode permitir aos profissionais abordagens mais assertivas para o sucesso do controle e/ou eliminação da sífilis

congenita. Assim, ao trazer a análise da relação heteroafetiva, permanecemos na linha de pensamento das características socioculturais que predomina historicamente na nossa sociedade.

Recomendam-se novos estudos que se dediquem às relações de poder e desigualdades entre gêneros, seus efeitos na saúde, assim como aqueles que abordem outros estratos sociais e relações afetivo-sexuais fora da heteronormatividade. Pesquisas que articulem os marcadores de gênero, classe e raça, em uma perspectiva interseccional, são fundamentais para a compreensão da complexa dinâmica entre as relações afetivo-sexuais e as infecções sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L. M.W.; BARCELLOS, N.T.; GONÇALVES, T.R. Coinfecção HIV/Sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Revista Panamericana Salud Publica*. v. 40, n. 6, 2016.
- ARAÚJO, M.A.L.; SILVEIRA, C.B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível (DST). *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. v. 11, n. 3, p. 479-86, 2007.
- ARAÚJO, M.A.M; MACÊDO, G.G.C.; LIMA, G.M.B.; NOGUEIRA, M.F.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; TRIGUEIRO, J.V.S. Linha de cuidados para gestantes com sífilis baseada na visão de enfermeiros. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 20, 2019.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual Mãe Saudável. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Bahia: SESAB, 2018.
- BAHIA. Prefeitura Municipal de Camaçari. Portaria municipal de Camaçari nº 54 de 03 de dezembro de 2019. *Diário Oficial do Município*. n. 1306, 3 dez. 2019. Disponível em: <<https://www.camacari.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/diario-1306-assinado-1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2022.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Boletim Epidemiológico nº 1: Sífilis. *Superintendência de Proteção e Vigilância em Saúde*. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Outubro de 2023. DIVEP/ SUVISA/ SESAB. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletimSifilisNo01_-2023.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.
- BARATIERI, T.; NICOLOTTI, C.A.; NATAL, S.; LACERDA, J.T. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde debate*, v. 43, n. 120, jan./mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912018>>. Acesso em: 18 jun. 2024.
- BARBOSA, R.; VILLELA, W.V. 1994. A trajetória feminina da AIDS. In: SEMINÁRIO MULHER E CIDADANIA: RUMOS E DESCAMINHOS DAS POLÍTICAS SOCIAIS. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. *Resumos*, p. 18, 1994.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica*. Trad.: Maria Helena Kühner. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 391/2012/SAS/SVS/MS. 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de investigação de transmissão vertical. *Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente*

Transmissíveis. 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2014/hiv-aids/protocolo_de_investigacao_de_transmissao_vertical.pdf/view>. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. *Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 70 p., il. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf#>>. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou Sífilis. *Secretaria de Vigilância em Saúde*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/guia-para-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-eou-sifilis-2021>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. *Secretaria de Vigilância em Saúde*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis. *Ministério da Saúde* [site]. [S.I.] 2022b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023. Institui o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente - CIEDDS. *Diário Oficial da União*. (Redação dada pelo Decreto nº 11.908, de 2024). 18 abr. 2023a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/ciedds>>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2023. *Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente*. Out. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/sifilis/boletim_sifilis2023.pdf/view>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; HARTZ, Z. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BRITAIN, K.; GIDDY, J.; MYER, L.; COOPER, D.; HARRIES, J.; STINSON, K. Experiências de mulheres grávidas com o envolvimento do parceiro masculino no contexto da prevenção da transmissão de mãe para filho em Khayelitsha, África do Sul. *AIDS Care*, v. 27, n. 8, p. 1020-1024, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1018862>>.

CAVALCANTE, A.E.S.; SILVA, M.A.M.; RODRIGUES, A.R.M.; NETTO, J.J.M.; MOREIRA, A.C.A.; GOYANNA, N.F. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação

com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. *DST, J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, v. 24, n. 4, p. 239-245, 2012.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Ipea, 2010. (Nota Técnica, n. 6).

CHEN, X.S.; PEELING, R.W.; YIN, Y.P.; MABEY, D. Improving antenatal care to prevent adverse pregnancy outcomes caused by syphilis. *Future Microbiol.* v. 6, p. 1131-4, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.2217/fmb.11.99>>. Acesso em: 4 jun. 2021.

COOPER, J.M.; MICHELOW, I.C.; WOZNIAK, P.S.; SÁNCHEZ, P.J. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - Mais avanços são necessários! *Rev. Paul Pediatr.* v. 34, p. 251-253, 2016.

COOPER, J.M.; SÁNCHEZ, P.J. Congenital syphilis. *Semin Perinatol.*, v. 42, n. 3, p. 176-184, 5 abr. 2018. Disponível em: <DOI: 10.1053/j.semperi.2018.02.005>. Acesso em: 3 abr. 2021.

COSTA, A.M.; AQUINO, E.L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Costa, A., Merchán-Hamann, E., Tajer, D. (organizadores). *Saúde, equidade e gênero*. Brasília, DF: UnB; p. 181-202, 2000.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implantação do Paism no Brasil. In: Giffin, K.; Costa, S.H. (organizadoras). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 319-335. 1999.

COSTA, L.E.D. *Compreendendo o ser mulher portador de doença sexualmente transmissível*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

CRAIG, P.; CAMPBELL, M. Evaluability Assessment: a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies. *What Works Scotland*, University of Glasgow, jun. 2015. Disponível em: <<https://whatworksscotland.ac.uk/wp-content/uploads/2015/07/WWS-Evaluability-Assessment-Working-paper-final-June-2015.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

CROSS, A.; LUCK, S.; PATEY, R.; SHARLAND, M.; RICE, P.; CHAKRABORTY, R. Syphilis in London circa 2004: new challenges from an old disease. *Arch Dis Child*, v. 90, p. 1045-1046, 2005. Disponível em: <DOI: 10.1136/adc.2004.069377>. Acesso em: 3 abr. 2021.

DAVIES, R. Planning Evaluability Assessment: A Synthesis of the Literature with Recommendations. *Working Paper 40*. Department for International Development (DFID), Cambridge, 2013. Disponível em: <<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c60c7e5274a7ee25670f5/wp40-planning-eval-assessments.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2024.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SARACEN, V.; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA JUNIOR, P.R.B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DITEKEMENA, J.; MATENDO, R.; KOOLE, O.; COLEBUNDERS, R.; KASHAMUKA, M.; TSHEFU, A.; KILESE, N.; NANLELE, D.; RYDER, R. Male partner voluntary counselling

and testing associated with the antenatal services in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a randomized controlled trial. *International journal of STD & AIDS*. v. 22, n. 3, p. 165-70, mar. 2011. Disponível em: <DOI: 10.1258/ijsa.2010.010379>. Acesso em: 18 mar. 2024.

FÁBIO, S.V.; DUARTE, G.; QUINTANA, S.M.; CAVALLI, R.C.; DOURADO, R.C.C.; HECK, F.A.B. The “male partner in the prenatal care Strategy” as a relevant option to reduce Congenital syphilis. *Sexually Transmitted Infections*, v. 93, ed. supl. 2, A9-A10, 2017. Disponível em: <http://dx-doi.ez10.periodicos.capes.gov.br/10.1136/sextrans-2017-053264.23>. Acesso em: 3 abr. 2021.

FUKUDA, A.; KATZ, A.R.; PARK, I.U.; KOMEYA, A.Y.; CHANG, A.; CHING, N.; TOMAS, J.E.; WASSERMAN, G.M. Congenital Syphilis: A Case Report Demonstrating Missed Opportunities for Screening and Inadequate Treatment Despite Multiple Health Care Encounters During Pregnancy. *Sexually Transmitted Diseases*. v. 48, n. 9, 1 sep. 2021.

GOMEZ, G.B.; KAMB, M.L.; NEWMAN, L.M.; MARK, J.; BROUTET, N.; HAWKES, S.J. Sífilis materna não tratada e resultados adversos da gravidez: uma revisão sistemática e meta-análise. *Bull World Health Organ*. v. 91, n. 3, p. 217-226, 2013. Disponível em: <doi:10.2471/BLT.12.107623>. Acesso em: 4 jun. 2023.

GUANABARA, M.; LEITE-ARAÚJO, M.; MATSUE, R.; BARROS, V.; OLIVEIRA, F. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev. Salud. Pública*. v. 19, n. 1, p. 73-78, 2017. Disponível em: <DOI: https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.49295>. Acesso em: 3 abr. 2021.

HAYATA, E.; SUZUKI, S.; HOSHI, S.; SEKIZAWA, A.; SAGARA, Y.; ISHIWATA, I.; KITAMURA, T. Trends in Syphilis in Pregnant Women in Japan in 2016 and 2022. *Cureus*, v. 16, n. 3, 16 mar. 2024. Disponível em: <DOI 10.7759/cureus.56292>. Acesso em: 18 mar. 2024.

HEILBORN, M. Gênero, Sexualidade e Saúde. In: SILVA, D.P.M. (org.). *Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997. p. 101-110.

HEILBORN, M.L.; PRADO, R. Na hora H a gente não exige: estudo sobre mulheres, sexualidade e aids. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS. ANPOCS. *Anais*. Caxambu, 1995.

HOSSAIN, M.; BROUTET, N.; HAWKES, S. The elimination of congenital syphilis: a comparison of the proposed World Health Organization action plan for the elimination of congenital syphilis with existing national maternal and congenital syphilis policies. *Sex Transm. Dis*. v. 34, Suppl. 7, p. 22-30, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados*, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>. Acesso em: 13 dez. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde do escolar 2019*. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. 2021, 156 p. il.

ISHIKAWA, N.; NEWMAN, L.; TAYLOR, M.; ESSAJEE, S.; PENDSE, R.; GHIDINELLI, M. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba and Thailand. *Bull World Health Organ* v. 94, p. 787-787A, 2016. Disponível em: <DOI: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.185033>. Acesso em: 3 abr. 2021.

JACINTO, S.; HENRIQUES, M.; FERREIRA, T.; CARVALHOSA, G.; COSTA, T.; VALIDO, A.M. A sífilis congênita ainda existe. Análise retrospectiva de 12 anos de uma grande maternidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, v. 38, n. 2, p. 65-8, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/699>>. Acesso em: 18 mar. 2024.

KAMAT, S.; VAGHASIA, A.; DHARMENDER, J.; KANSARA, K.G.; SHAH, B.J. Syphilis: Is it Back with a Bang? *Indian Dermatol Online J.* v. 15, n. 1, p. 73-77, 22 dez. 2023.

KORENROMP, E.L.; ROWLEY, J.; ALONSO, M.; MELLO, M.B.; WIJESOORIYA, N.S.; MAHIANÉ, G.; ISHIKAWA, N.; LE, L-V.; NEWMAN-OWIREDU, M.; NAGELKERKE, N.; NEWMAN, L.; KAMB, M.; BROUTET, N.; TAYLOR, M.M. Carga global da sífilis materna e congênita e resultados adversos associados ao parto - Estimativas para 2016 e progresso desde 2012. *Plus One.* v. 14, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

KREISEL, K.M.; SPICKNALL, I.H.; GARGANO, J.W.; LEWIS, F.M.T.; LEWIS, R.M.; MARKOWITZ, L.E.; ROBERTS, H.; JOHNSON, A.S.; SONG, R.; CYR, S.B.S.; WESTON, E.J.; TORRONE, E.A.; WEINSTOCK, H.S. Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2018. *Sex Transm Dis.* v. 48, n. 4, p. 208-214, 4 jan. 2021. Disponível em: <<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/129641>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

LAZARINI, F.; BARBOSA, D. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v. 25, 2017. DOI: <10.1590/1518-8345.1612.2845 www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 13 dez. 2022.

LEE, Y.; PARK, J.; MIN, M.; LEE, Y.; YU, Y.; SHIM, M.K.; KIM, M.G. Gender equity and vertically transmitted infections: a country-level analysis across 153 countries. *Health Equity.* v. 5, n. 1, p. 23-29, 2021. Disponível em: <DOI: 10.1089/heq.2020.0097>. Acesso em: 3 abr. 2022.

LIMA, V.C.; LINHARES, M.S.C.; FROTA, M.V.V.; MORORÓ, R.M.; MARTINS, M.A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. *Cadernos Saúde Coletiva* [online]. v. 30, n. 3, jul.-set. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030283>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MACEDO, V.C.; BEZERRA, A.F.B.; FRIAS, P.G.; ANDRADE, C.L.T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1679-1692, ago. 2009.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva.* v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MASSOTE, A.W.; LIMA, A.M.D.; VAN STRALEN, C.J.V.; ÁLVARES, J.; FLEURY-TEIXEIRA, P.; BELISÁRIO, S.A.; VAN STRALEN, T.B.S. A contribuição de estudos de percepção da população usuária na avaliação da atenção básica. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M (org.). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 237-252, 2008.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, Abrasco, 2001. p. 39-63.

MEDINA, M. G. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 41-74.

MENDES, M.F.M.; CAZARIN, G.; BEZERRA, L.C.A.; DUBEUX, L.S. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: Samico, A.; Felisberto, E.; Figueiró, A.C.; Frias, P.G. colaboradores. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; p. 57-64, 2010.

MOREIRA, B.C.; RIBEIRO, J.L.; FIGUEREDO, R.C.; AMORIM, R.C.C.S.; SILVA, L.S.; SILVA, R.S. Os principais desafios e potencialidades no enfrentamento da sífilis pela atenção primária em saúde. *Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, v. 5, n. 9, p. 3-13, 2020.

MOSELEY, P.; BAMFORD, A.; EISEN, S.; LYALL, H.; KINGSTON, M.; THORNE, C.; PIÑERA, C.; RABIE, H.; PRENDERGAST, A.J.; KADAMBARI, S. Resurgence of congenital syphilis: new strategies against an old foe. *The Lancet Infectious Diseases*. v. 24, n. 1, jan. 2024. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00314-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00314-6)>. Acesso em: 18 fev. 2024.

MURICY, C.L; PINTO JÚNIOR V.L. Sífilis congênita e materna na capital do Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. v. 48, n. 2, Uberaba, mar./abr. 2015.

NAKKU-JOLOBA, E.; KIGULI, J.; KAYEMBA, C.N.; TWIMUKYE, A.; MBAZIRA, J.K.; PARKES-RATANSKI, R.; BIRUNGI, M.; KYENKYA, J.; BYAMUGISHA, J.; GAYDOS, C.; MANABE, Y.C. Perspectives on male partner notification and treatment for syphilis among antenatal women and their partners in Kampala and Wakiso districts, Uganda. *BMC Infect Dis*, v. 19, n. 124, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12879-019-3695-y>>. Acesso em: 18 fev. 2024.

NAVEGA, D.A. *Sexualidade e Sífilis Adquirida: relatos de pessoas que realizaram o tratamento*. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Sexual) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, São Paulo, 2016.

NEVES, M.; SANTOS, S.C.; PRIAMO, V. Projeto Interfederativo: Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, Salvador e Camaçari. In: ENCONTRO ESTADUAL PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. COSEMS, Salvador, 5 jul. 2018. Disponível em: <https://www.cosemsba.org.br/wp-content/uploads/2016/06/projeto_interfederativo_resposta_rapida_sifilis_redes_atencao_salvador_camacari.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

NKUOH, G.N.; MEYER, D.J.; TIH, P.H.; NKFUSAI, J. Barriers to Men's Participation in Antenatal and Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Care in Cameroon, Africa. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 55, n. 4, p. 363-369, jul.-ago. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.009>>. Acesso em: 18 fev. 2024.

NUNES, P.S.; ZARA, A.L.S.A.; ROCHA, D.F.N.C.; MARINHO, T.A.; MANDACARÚ, P.M.P.; TURCHI, M.D. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <DOI: 10.5123/S1679-49742018000400008>. Acesso em: 3 abr. 2021.

OLIVEIRA, M.L.C.; LOPES, L.A.B. Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestantes e da Sífilis Congênita no DF. Boletim especial: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-SES-DF, v. 1, n. 1, out. 2008.

OLIVEIRA, S.I.M.; SARAIVA, C.O.P.O.; FRANÇA, D.F.; FERREIRA JÚNIOR, M.A.; LIMA, L.H.M.; SOUZA, N.L. Syphilis Notifications and the Triggering Processes for Vertical Transmission: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. v. 17, n. 3, 5 fev. 2020a. Disponível em: <DOI: 10.3390/ijerph17030984>. Acesso em: 3 abr. 2020.

OSIS, M.J. Atenção Integral à saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 118 p. 1994.

OXFAM BRASIL. *Nós e as desigualdades*. pesquisa Oxfam Brasil/Datafolha percepções sobre desigualdades no Brasil. set. 2022. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/wp-content/uploads/dlm_uploads/2022/09/LO_relatorio_nos_e_as_desigualdade_datafolha_2022_vs02.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

PISCITELLI, A. Gênero, a história de um conceito. In: ALMEIDA, H.B.; SZWAKO, J.E. (org.). *Diferenças, Igualdades*. São Paulo. Berlendis & Vertecchia Editores, 2009. (Coleção Sociedade em Foco).

PHUA, G.; WHITE, C. The resurgence of syphilis in Australia. *Australian journal of general practice*. v. 53, n. 3, p. 133-137, 1 mar. 2024. Disponível em: <<https://www1.racgp.org.au/ajgp/2024/march/the-resurgence-of-syphilis-in-australia>>. Acesso em: 18 fev. 2024.

RAMOS, V.M.; FIGUEIREDO, E.N.; SUCCI, R.C.M. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 17, n. 4, p. 887-898, out./dez. 2014. Disponível em: <DOI: 10.1590/1809-4503201400040008>. Acesso em: 3 abr. 2021.

RATNAYAKE, A.; GOMES, G.; KISSINGER, P.J. Syphilis Screening Among Young Black Men Who Have Sex With Women in New Orleans, LA. *Sex Transm Dis*. v. 51, n. 2, p. 85-89. 1 fev. 2024. Disponível em: <DOI: 10.1097/OLQ.0000000000001900>. Acesso em: 13 maio 2024.

REECE, M.; HOLLUB, A.; NANGAMI, M.; LANE, K. Assessing male spousal engagement with prevention of mother-to-child transmission (pMTCT) programs in western Kenya. *AIDS Care*, v. 22, n. 6, p. 743-750, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09540120903431330>>.

RESPLANDE, C.A.; ROCHA, G.G.; FRAGA, G.G.; GOMES, J.M.P.F.; SANTOS, J.P.V.; MOURA, L.R. A falha na prevenção, subnotificação e conhecimento da sífilis congênita. *Revista Educação em Saúde (RESU)*, v. 7, suplemento 1, 2019.

RODRIGUES, D.C.; DOMINGUES, R.M.S.M. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in

Teresina, Brazil. *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 33, n. 2, p. 1-16, abr./jun. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/hpm.2463>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

ROMEIRO, P.H.C.; PORTO, H.L.S.; REIS, R.B. Sífilis: a grande imitadora. *HU Rev* [Internet]. v. 44, n. 3, p. 393-399, jul./set. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/25832>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

SANTOS FILHO, S.B. *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. Ijuí: Unijuí, 2009. (Coleção Saúde Coletiva).

SANTOS, I.N; RIBEIRO, B.S; JESUS, C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Estado da Bahia, Brasil, 2007 a 2017. *Rev Urug. Enferm*; 14(2): 34-43, 2019.

SARACENI, V.; PEREIRA, G.F.M.; SILVEIRA, M.F.; ARAÚJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*. v. 41, n. 44, 2017.

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analyses. *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press, 1989.

SIEPIERSKI FILHO, S.; ROSA, C.C.N.; NASCIMENTO, B.A. Incidência de sífilis em gestantes atendidas nas unidades de saúde no município de Teixeira de Freitas, Bahia. *Revista Mosaicum*, v. 27, jan./jun. 2018.

SILVA, V.B.S.; BACKES, M.T.S.; MELLO, J.F.; MAGAGNIN, J.S.; BRASIL, J.M.; SILVA, C.I.; SANTOS, C. Construção coletiva de um fluxograma para acompanhamento das gestantes com sífilis no município de São José-SC. *Cogitare enfermagem* [Internet]. [S.l.], v. 25, mar. 2020. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/65361>>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SILVA, K.A.G.; OLIVEIRA, K.C.P.N.; ALMEIDA, D.M.; SOBRINHA, E.S.; SANTOS, E.A.; MELO, G.C.; SANTOS, R.S.P. Desfechos em fetos e recém-nascidos expostos a infecções na gravidez. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. v. 74, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0236>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SILVA, C.P.V.; ROCHA, R.S.M.; SILVA, P.O.; SILVA, Q.F.; OLIVEIRA, E.S.; FRANCISCO, M.T.R.; MARTA, C.B. Assistência pré-natal na prevenção da sífilis congênita: uma revisão integrativa. *Glob Acad Nurs*. v. 3, sup.1, 2022. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200237>>. Acesso em: 18 mar. 2023.

SILVA NETO, S.E.; SILVA, S.S.B.E.; SARTORI, A.M.C. Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, and factors associated with mother-to-child transmission in Itapeva, São Paulo, 2010 to 2014. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. v. 51, n. 6, Uberaba, nov./dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0037-8682-0377-2017>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

SILVEIRA, P.S; PAIM, J.S.; ADRIÃO, K.J. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde Debate*, v. 43, n. especial 8, p. 276-291, Rio de Janeiro. Dez. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820>>. Acesso em: 19 jun. 2024.

SOARES, M.A.S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde*

Pública [online]. v. 37, n. 7, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00209520>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SONDA, E.; RICHTER, F.; BOSCHETTI, G.; CASASOLA, M.; KRUMEL, C.; MACHADO, C. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. *Rev. Epidemiol. Control. Infect.* v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.17058/reci.v3i1.3022>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

SOUZA, T.R.; MOREIRA, A.D.; MATOZINHOS, F.P.; LANA, F.C.F.; ARCÊNCIO, R.A.; FREITAS, G.L. Tendência temporal de internações por sífilis congênita entre 2008 e 2018, em Minas Gerais. *Rev. Eletr. Enferm.*, v. 23, n. 64978, p. 1-8, 2021.

STEVENSON, M.; GUILLÉN, J.; ORTÍZ, J.; CORREA, J.F.R.; PAGE, K.R.; TALERO, M.A.B.; LÓPEZ, J.J.; FERNÁNDEZ-NIÑO, J.A.; NÚÑEZ, R.L.; SPIEGEL, P.; WIRTZ, A.L. Syphilis prevalence and correlates of infection among Venezuelan refugees and migrants in Colombia: findings of a cross-sectional biobehavioral survey. *The Lancet Regional Health.* v. 30, fev. 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100669>>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SWAYZE, E.J.; CAMBOU, M.C.; MELO, M.; SEGURA, E.R.; RANEY, J.; SANTOS, B.R.; LIRA, R.; PINTO, R.B.; VARELLA, I.R.S.; NIELSEN-SAINES, K. Ineffective penicillin treatment and absence of partner treatment may drive the congenital syphilis epidemic in Brazil. *AJOG global reports.* v. 2, n. 2, maio, 2022. Disponível em: <DOI: 10.1016/j.xagr.2022.100050>. Acesso em: 18 fev. 2024.

TAYLOR, M.; NEWMAN, L.; ISHIKAWA, N.; LAVERTY, M.; HAYASHI, C.; GHIDINELLI, M.; PENDSE, R.; KHOTENASHVILI, L.; ESSAJEE, S. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and Syphilis (EMTCT): process, progress, and program integration. *Plos Medicine*, v. 14, n. 6, 27 jun. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002329>> 2017>. Acesso em: 3 abr. 2021.

TEBET, D.G.M.; GIGANTE, V.C.G.; BEZERRA, W. S.P.; BRANDÃO, J.H.; GRENZE, M.L.; PANIAGO, A.M.M.; MORAES, S.H.M.; OLIVEIRA, S.M.V.L.; BARRETO, J.O.M. Percepções sobre o tratamento de homens com diagnóstico de sífilis: uma síntese rápida de evidências qualitativas. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, v. 20, n. 2, p. 96-104, 2019/2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.52753/bis.2019.v20.34487>>.

VIANNA, P.; HELBUSTO, N.; BARBOSA, R.; SANTOS, M. Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. *Revista Univap*, São José dos Campos, v. 23, n. 42, jul. 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 110p.

VEIGA, M.B.A.; SOUZA, F.B.A.; SANTOS, R.S.; SILVA, L.R. "Como será minha vida com sífilis?" Desafios do diagnóstico em homens à luz de Leininger. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 31, jan.-dez. 2023.

VIEIRA, E.M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

YEGANEH, N.; KREITCHMANN, R.; LENG, M.; NIELSEN-SAINES, K.; GORBACH, P.M.; KLAUSNER, J.D. Diagnosis and treatment of sexually transmitted infections in male partners of pregnant women in Brazil. *International journal of STD & AIDS.* v. 32, n. 13, p. 1242-1249, nov. 2021. Disponível em: <DOI: 10.1177/09564624211032759>.

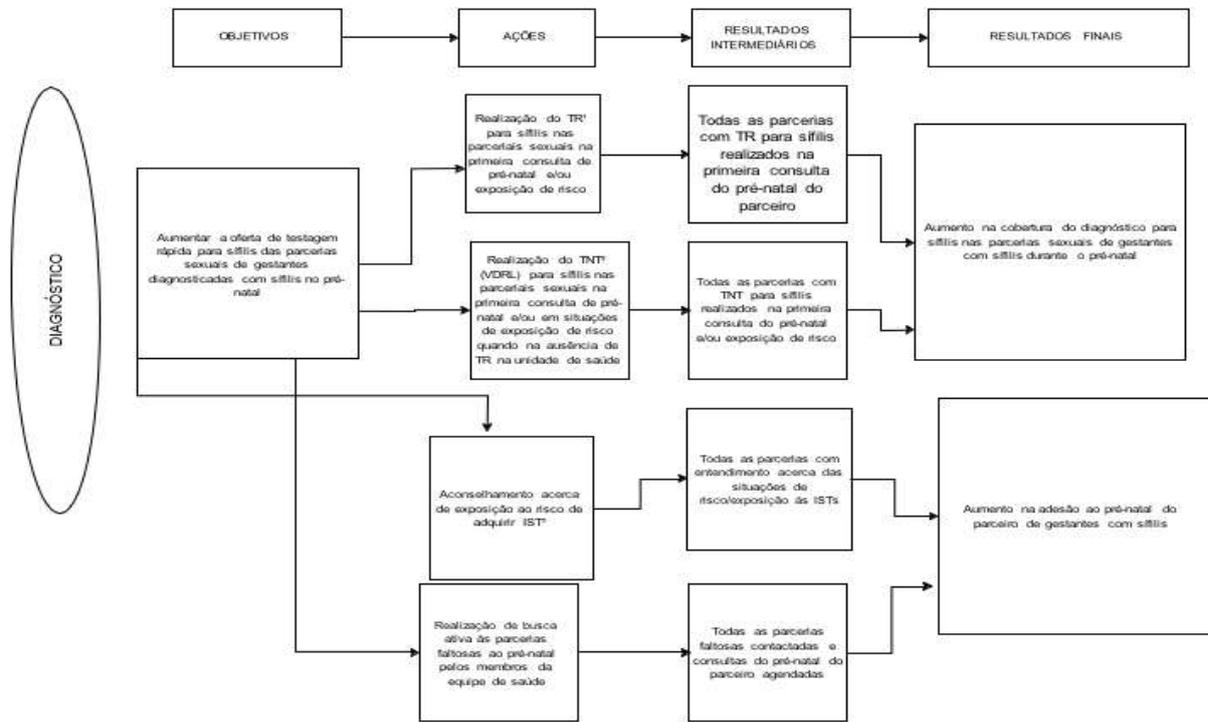
WHO. World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Geneva: *World Health Organization*. jun. 2016. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246296/whorhr-16.09-eng.pdf;jsessionid=08F152294447ABD33CB3D5AF60DEFC6E?sequence=1>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

WHO. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis [Internet]. Geneva: *World Health Organization*. 2017. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf?>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

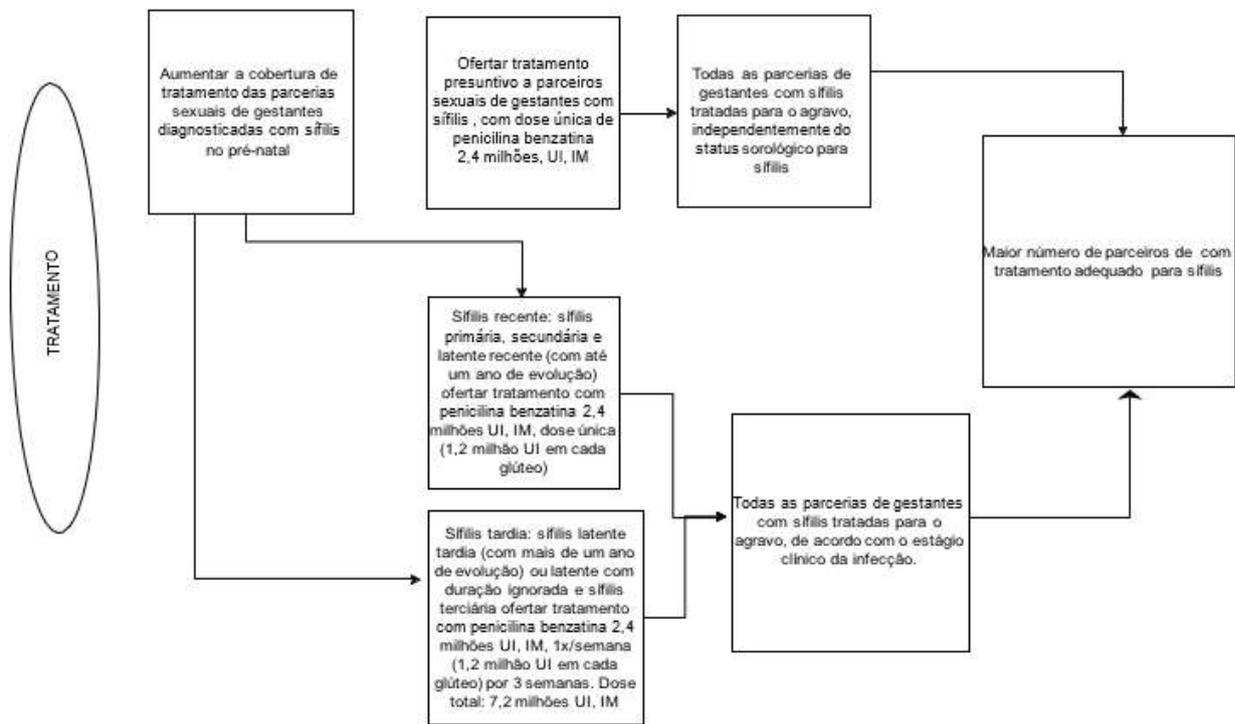
WHO. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus [Internet]. Geneva: *World Health Organization*. 2021. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 abr. 2024.

WU, D.; LOW, N.; HAWKES, S.J. Understanding the factors affecting global political priority for controlling sexually transmitted infections: a qualitative policy analysis. *BMJ Global Health*, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014237>>. Acesso em: 25 abr. 2024.

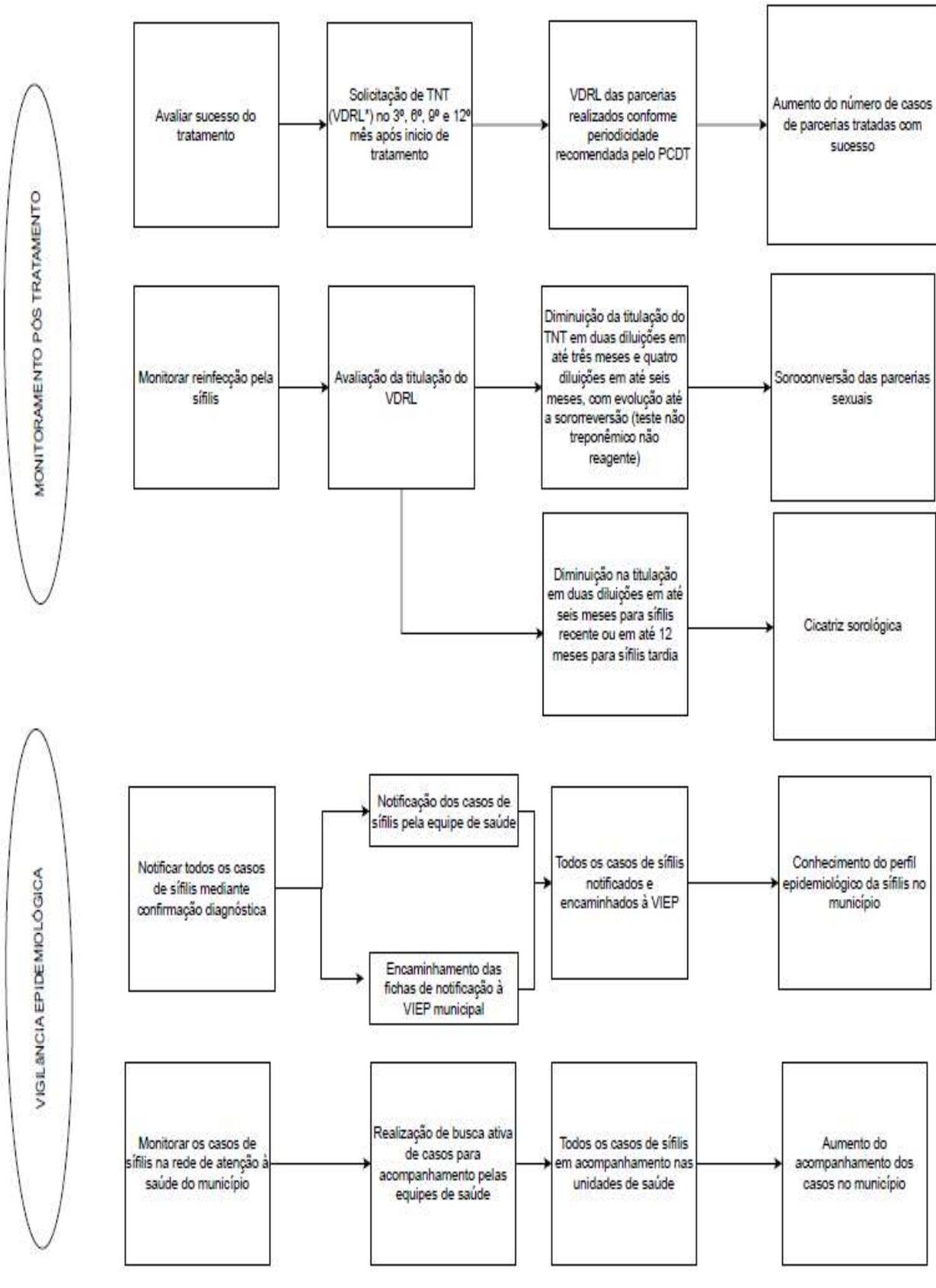
APÊNDICE A - Modelo lógico da abordagem aos parceiros sexuais de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal



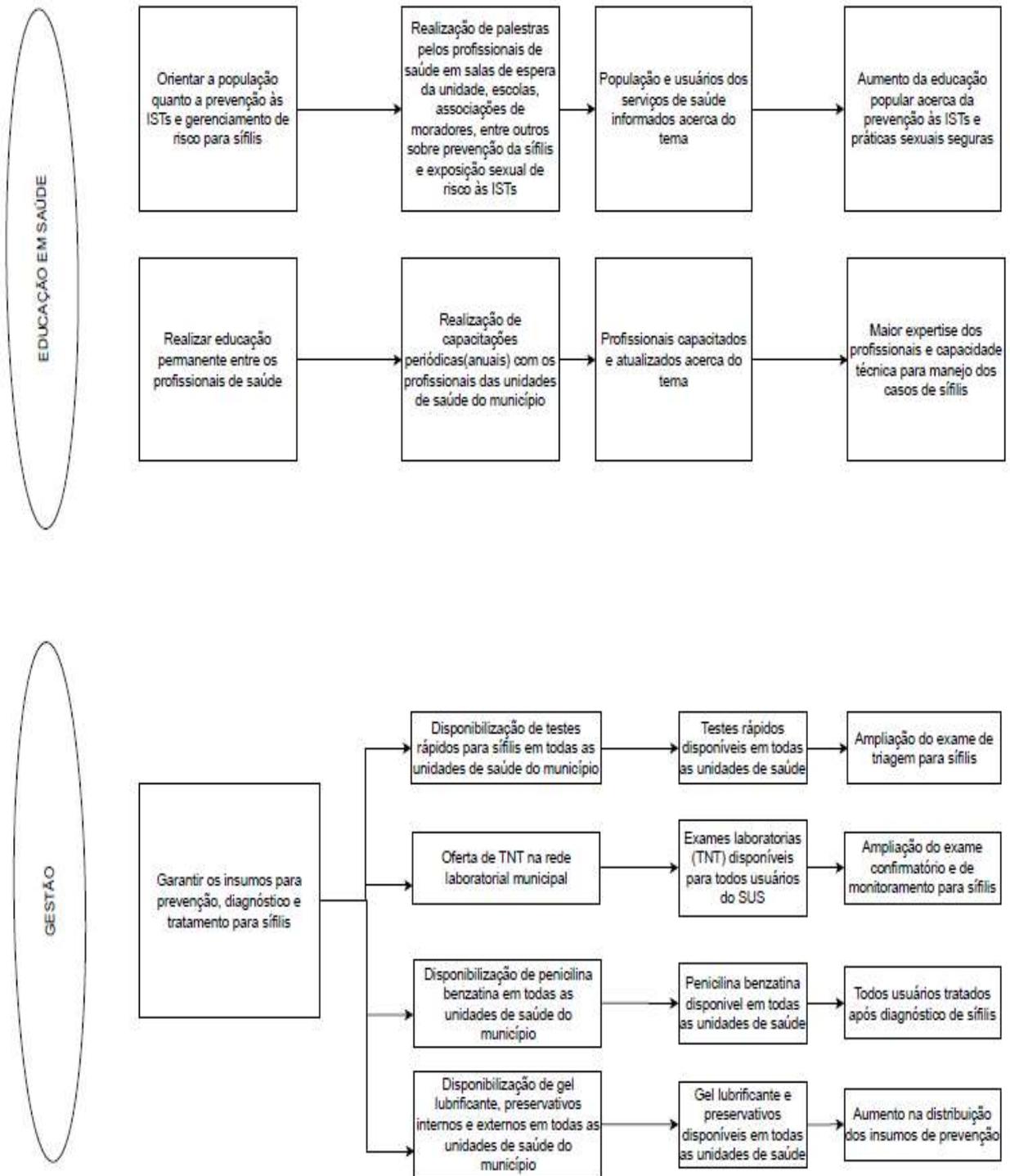
Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.



Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.



Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.



Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para as mulheres

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS MULHERES

Bloco 1: Perfil social e das relações afetiva e sexual

- 1) Qual a sua idade?
- 2) Como se declara: ()branco()preto()pardo()amarelo()indígena
- 3) Trabalha ou já trabalhou? Me explica o que você faz.
- 4) Quem mora com você? Você depende do seu parceiro?
- 5) Quem é responsável pelas contas da casa? Qual a sua participação na renda familiar?
- 6) Quando começou sua vida sexual?
- 7) Como define sua relação com seus parceiro(s)? Como se sente nesta relação?
- 8) Você tem uma religião? Frequenta?

Bloco 2: Manejo clínico da sífilis

- 1) Qual momento da gestação recebeu o diagnóstico da sífilis? O que pensou ou sentiu neste momento?
- 2) Após o diagnóstico da sífilis, contou para seu parceiro? Fale um pouco mais sobre isso.
- 3) Você fez o tratamento recomendado pelo profissional? Me conte, como?
- 4) Seu parceiro concordou em fazer o tratamento da sífilis?
- 5) Conhece ou adota algum método de prevenção da sífilis e demais infecções sexualmente transmissíveis? Dê um exemplo.

Bloco 3: Participação do parceiro no tratamento da sífilis

- 1) Ao saber da gestação, seu parceiro compareceu a alguma consulta de pré-natal com você? Ou se envolveu com as recomendações recebidas pelo serviço de saúde?
- 2) Qual a reação do seu parceiro ao saber do diagnóstico da sífilis?
- 3) Este diagnóstico afetou a relação? Como?
- 4) Para você, quais as dificuldades que seu parceiro apresentou para realizar o tratamento?
- 5) O que você sugere para facilitar a participação do homem no pré-natal e nos cuidados de saúde durante o período gestacional?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para os parceiros sexuais

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PARCEIROS SEXUAIS

Bloco 1: Perfil social e das relações afetiva e sexual

- 1) Qual a sua idade?
- 2) Como se declara: ()branco()preto()pardo()amarelo()indígena
- 3) Trabalha ou já trabalhou? Me explica o que você faz.
- 4) Quem mora com você? Você sustenta sua família?
- 5) Quem é responsável pelas contas da casa? Qual a sua participação na renda familiar?
- 6) Quando começou sua vida sexual?
- 7) Como define sua relação com suas parceira(s)? Como se sente nesta relação?
- 8) Você tem uma religião? Frequenta?

Bloco 2: Manejo clínico da sífilis

- 1) Qual momento soube do diagnóstico da sífilis em sua parceira? O que pensou ou sentiu neste momento?
- 2) Fale um pouco mais sobre isso.
- 3) Você fez o tratamento recomendado pelo profissional? Me conte, como?
- 4) Conhece ou adota algum método de prevenção da sífilis e demais infecções sexualmente transmissíveis? Dê um exemplo.

Bloco 3: Participação do parceiro no tratamento da sífilis

- 1) Ao saber da gestação, se envolveu com as recomendações recebidas pelo serviço de saúde? Como?
- 2) Qual a reação da sua parceira quando contou sobre o diagnóstico da sífilis?
- 3) Este diagnóstico afetou a relação? Como?
- 4) Quais as dificuldades você sentiu para realizar o tratamento?
- 5) O que você sugere para facilitar a sua participação no pré-natal e nos cuidados de saúde durante o período gestacional?

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para os profissionais de saúde e gestores das unidades de saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE

Profissionais

- 1- Em qual o momento do pré-natal é ofertado teste rápido para sífilis às parcerias sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis?
- 2- Como é feito o diagnóstico da sífilis?
- 3- Como tratar e monitorar os casos de sífilis?
- 4- Realiza busca ativa das parcerias faltosas? De que forma?
- 5- Possui insumos diagnósticos e de prevenção na unidade?
- 6- Participou de alguma capacitação nos últimos 12 meses?

Gestores

- 1- Disponibiliza insumos diagnósticos para sífilis (TR ou TNT)? Qual a regularidade?
- 2- Realiza capacitação anual para os profissionais de saúde sobre manejo clínico da sífilis?
- 3- Investe recursos para promover campanhas de prevenção às ISTs e incentivo ao pré-natal do parceiro? Dê um exemplo.

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada(o) a participar como voluntária(o) da pesquisa intitulada: **“A participação das parcerias sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal: avaliando as ações de prevenção da transmissão vertical”**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que será conduzida pela Mestranda, Carla Taiana Cointeiro Bressy, sob a responsabilidade da orientadora da Professora Dra. Sônia Cristina Lima Chaves. O presente documento está amparado nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 e 510/2016 e visa cumprir as exigências referentes ao sigilo e aspectos éticos em pesquisas com seres humanos, prestando os esclarecimentos devidos quanto às etapas da pesquisa a fim de garantir os seus direitos com base nos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

A oferta da possibilidade de sua participação nesta pesquisa se deu em virtude de sua autorização prévia através do contato feito pelas unidades de saúde de Camaçari.

O objetivo desta pesquisa é compreender a participação de parceiros sexuais das gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal, no município de Camaçari-Ba. Para tanto, serão convidadas para esta pesquisa mulheres que tiveram filhos notificados com sífilis congênita ao nascimento, no ano de 2021, no referido município, podendo ser entrevistadas as parcerias sexuais dessas mulheres, caso seja possível. Para participar voluntariamente desta pesquisa, será necessário autorizar as pesquisadoras realizarem uma entrevista presencial com você e, se possível, com sua(s) parceria(s) sexual(is), de forma individual, preferencialmente na unidade de saúde que o assiste ou em local que preserve sua(s) identidade(s) e que seja escolhido em comum acordo entre as partes, sem custos financeiros aos participantes - devendo ser obedecidos os protocolos para medidas de segurança adotadas na contenção de pandemias. A participação de parceria(s) sexual(is) somente ocorrerá(ão) mediante consentimento.

A entrevista será conduzida pela pesquisadora mestranda a partir de um questionário semiestruturado com 18 perguntas acerca do seu perfil social, relações afetivas e sexuais e assistência à saúde no tratamento da sífilis. O tempo da entrevista levará em consideração o respeito ao seu tempo de resposta. Portanto, você não é obrigada a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicada(o) por isso. Não há respostas certas ou erradas, pois o que importa é como faz sentido para você o tema abordado. Suas respostas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise dos dados pelas pesquisadoras, apenas para fins deste estudo, e serão tratadas de forma anônima e confidencial. Ou seja, seu nome não será divulgado em nenhuma fase do estudo.

Em caso de dúvida, após os esclarecimentos sobre esta pesquisa e seu consentimento, bem como após o início da entrevista, será resguardado o seu direito de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento e/ou não responder a qualquer pergunta que lhe cause constrangimento, bem como modificar alguma resposta que deseje, antes da conclusão deste estudo. Assim, os riscos apresentados pelo estudo guardam relação com os possíveis constrangimentos que você possa sentir em relação ao tema ou alguma pergunta em específico, uma vez que são perguntas de cunho privado acerca de sua sexualidade e relações afetivas e sexuais. Por isso, reiteramos que você está livre para não responder ou decidir não seguir participando da pesquisa, caso assim deseje.

Em relação aos benefícios proporcionados pela presente pesquisa, identificamos que será possível a você uma oportunidade de escuta individual e sigilosa com pesquisadora mestranda profissional da saúde, especializada na área de enfermagem, capacitada para auxiliar nas dúvidas persistentes ao tratamento e a temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, e que pode também realizar seu acompanhamento e encaminhamentos devidos para suporte biopsicossocial na rede municipal e estadual que se fizerem necessários. No que se refere aos benefícios indiretos, a médio e longo prazos, consideramos que os dados obtidos neste estudo possibilitarão conhecimento científico, subsídio teórico e prática no campo da saúde sexual e reprodutiva e redução dos casos de sífilis congênita, bem como a formação e qualificação dos profissionais de saúde e gestão, auxiliando toda a sociedade e comunidade local. Assim, pelo estudo, será possível compreender a dinâmica de participação de parcerias sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal e, portanto, contribuir para melhor tomada de decisão dos profissionais de saúde envolvidos nessa assistência, bem como proporcionar o direcionamento da gestão municipal para adequação de possíveis entraves e/ou barreiras programáticas que possam interferir na prevenção da transmissão vertical. Ressaltamos, no entanto, que não haverá custos ou ônus financeiro para você ou participantes indicados por você, de nenhuma forma, e será resguardados o sigilo de sua(s) identidade(s) e das informações pessoais dos participantes em eventuais apresentações dos resultados desta pesquisa à gestão e em congressos e periódicos científicos.

O Registro do Consentimento e do Assentimento pode ocorrer sob a forma escrita, sonora, imagética, ou outras que atendam às suas características pessoais (Brasil, 2016). Caso deseje participar como voluntária(o) desta pesquisa, e opte por assinar o presente documento, você pode rubricar todas as folhas e assinar ao final deste documento. As folhas também terão sido rubricadas pela pesquisadora mestranda e assinadas por ela na última página.

Este documento tem 2 (duas) vias: 1 (uma) via é sua (independentemente da forma como você registre seu consentimento) e a outra via assinada ficará com as pesquisadoras responsáveis. Em caso de recusa na assinatura por recusa na participação nesta pesquisa, reiteramos que você não será penalizado de nenhuma forma. Mas, caso aceite e não possa registrar a sua vontade, conforme Resolução CNS n. 510/2016, no § 2º temos que: “a obtenção de consentimento pode ser comprovada também por meio de testemunha que não componha a equipe de pesquisa”. Sendo assim possível a assinatura por pessoa autorizada por você e que tenha acompanhado a sua manifestação positiva em participar desta pesquisa (Brasil, 2016). Após a defesa da dissertação do mestrado, os dados coletados serão destruídos, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709, Art. 16. Os dados pessoais serão eliminados após o término de seu tratamento. Ressaltamos, por fim, que esta pesquisa atende as normativas preconizadas (Resoluções do CNS n 466/12 e 510/2016) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa ISC/UFBA. Trata-se de um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. A cópia deste documento será entregue em seguida e a outra ficará sob guarda do Programa de Pós-Graduação do ISC/UFBA. Este último fica localizado na Rua Basílio da Gama, s/n, Canela, Salvador/BA, CEP n. 40110-040, Telefone (71) 3283-7373, cujo e-mail é <ppgs@ufba.br>.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora através do e-mail ccointeiro@ufba.br e/ou do telefone (71) 99155-6628, como também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (CEP- ISC), localizado na Rua Basílio da Gama, s/n, 2º andar, CEP: 40110-040 – Salvador/Bahia, no telefone

(71) 3283-7419 e e-mail:cepisc@ufba.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu concordo em participar do estudo “**A participação das parcerias sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal: avaliando as ações de prevenção da transmissão vertical**” como sujeito da pesquisa, que será conduzida pela Mestranda, Carla Taiana Cointeiro Bressy, sob a responsabilidade da orientadora da Professora Dra. Sônia Cristina Lima Chaves. Declaro que fui informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora mestranda sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita, estando ciente e de acordo com a gravação em áudio das minhas respostas em momento da entrevista semiestruturada - e quanto aos benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo. Fui informado também sobre o número de telefone e e-mail das pesquisadoras, da Instituição de Ensino e Comitê de Ética em Pesquisa e terei acesso a uma cópia desse documento assinado pela pesquisadora mestranda.

Camaçari/Ba, _____ de _____ de _____

Assinatura da(o) participante: _____

Assinatura da pesquisadora mestranda: _____

APÊNDICE F - Anuências das Instituições de Saúde



Camaçari, 10 de abril de 2023.

Ao:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Senhor(a) Coordenador(a) do CEP-ISC/UFBA,

Eu, ALINE DE OLIVEIRA COSTA, responsável pela MATERNIDADE REGIONAL DE CAMAÇARI, conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado "**A participação das parcerias sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal: avaliando as ações de prevenção da transmissão vertical**", desenvolvido pela pesquisadora CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY, sob orientação da Profa. Sônia Cristina Lima Chaves e, concordo com sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e o projeto somente poderá iniciar na Maternidade Regional de Camaçari, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa/ CONEP.

Solicito que após conclusão do estudo, seja realizada devolutiva sobre os achados mesmos aos profissionais e gestores da unidade.

Atenciosamente,



 Aline Costa
 Diretora Geral - MRC
 FESFSUS - Mat. 1111594





CARTA DE ANUÊNCIA

A Diretoria de Planejamento, Avaliação e Monitoramento do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari – BA declara apoio à realização da pesquisa intitulada **“A participação das parcerias sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal: avaliando as ações de prevenção da transmissão vertical”**.

O trabalho será desenvolvido por **CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY**, vinculada ao Instituto de Saúde Coletiva, sob orientação Profa.Sônia Cristina Lima Chaves. O trabalho tem como objetivo compreender a participação de parceiros sexuais das gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal, no município de Camaçari-Ba.

Considerando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, informamos que o acesso da pesquisadora supracitada aos participantes da pesquisa, somente se dará com o consentimento dos mesmos, por meio de contato prévio pelas unidades de saúde que assistem estas mulheres e suas parcerias sexuais.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e o projeto somente poderá iniciar na Unidade de Saúde, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em pesquisa.



Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e equipe de saúde da unidade onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Camaçari, 19 de setembro de 2022.

 Documento assinado digitalmente
TAMY SIRAISSI FONSECA
CPF: 039703022-0000-28-0000
Verifique em: <https://verificacao.br.br/>

Tamy Siraisi Fonseca

Diretora do Departamento de Planejamento,
Avaliação e Monitoramento do SUS

APÊNDICE G - Aprovação do CEP-ISC/UFBA

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CEP-ISC/ UFBA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n	CEP: 40.110-040
Bairro: Canela	
UF: BA Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3283-7419	E-mail: cepisc@ufba.br

Página 07 de 08

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.672.698

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2001485.pdf	19/09/2022 15:55:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_qualificado_CEP_ajustes.pdf	19/09/2022 15:54:24	CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_CARLA_ajuste.pdf	19/09/2022 15:53:55	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_ajustes.pdf	19/09/2022 15:52:39	CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	19/09/2022 15:51:52	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Outros	Declaracao_Sonia_Chaves.pdf	26/08/2022 00:19:03	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/08/2022 00:17:23	CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_qualificado.pdf	26/08/2022 00:16:07	CARLA TAIANA COINTEIRO BRESSY	Aceito
Outros	Resumo.pdf	26/08/2022 00:14:32	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_carla_assinado.pdf	26/08/2022 00:14:04	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Outros	Lattes_Carla_Bressy.pdf	26/08/2022 00:13:07	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Outros	Lattes_Sonia_Chaves.pdf	26/08/2022 00:12:47	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_pesquisadores_normas_Carla_Bressy.pdf	26/08/2022 00:11:24	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracao_financiamento_proprio_Carla_Bressy.pdf	26/08/2022 00:10:10	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto.pdf	26/08/2022 00:08:50	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Pesquisa.pdf	26/08/2022 00:07:12	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Carlabressy.pdf	17/08/2022 14:09:23	CARLA TAIANA COINTEIRO	Aceito