

Avaliabilidade das Ações Preventivas da Transmissão da Sífilis Congênita com Foco na Participação do Homem

Evaluability of Preventive Actions for the Transmission of Congenital Syphilis With a Focus on Men's Participation

Evaluabilidadde las Acciones Preventivas de la Transmisión de la Sífilis Congénita con Enfoque en la Participación de los Hombres

RESUMO

Objetivo: Analisou-se a implementação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita, com foco no parceiro sexual em um município da Bahia. **Metodologia:** Estudo de avaliabilidade, com revisão de documentos oficiais, elaboração do modelo lógico do programa e entrevistas com gestantes, parceiros, profissionais de saúde e gestores (n=22). **Resultados:** A gestante é considerada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde o principal elo para adesão do parceiro ao cuidado. Profissionais reconhecem a baixa presença dos parceiros no pré-natal e relatam investimento em estratégias de busca ativa. Além disso, relações de gênero marcadas por desigualdade, medo e insegurança na revelação do diagnóstico podem gerar conflitos afetivos e impactar a adesão ao tratamento. **Conclusão:** Recomendam-se abordagens criativas e voltadas ao parceiro sexual, capacitação profissional que aborde temas como sexualidade, relações de gênero e saúde, além de estudos que aprofundem a compreensão das desigualdades de gênero e seus impactos na saúde.

DESCRIPTORES: Sífilis Congênita; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Pré-natal; Parceiro; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Analyzed implementation of actions to prevent vertical transmission of congenital syphilis, focusing on the sexual partner, in a municipality in Bahia, Brazil. **Methodology:** An evaluability study was conducted, including a review of official documents, development of a program logic model, and interviews with pregnant women, partners, healthcare professionals, and managers (n=22). **Results:** The pregnant woman is considered by Primary Health Care teams to be the main link for the partner's adherence to care. Professionals acknowledge the low presence of partners in prenatal care and report investing in active search strategies. Furthermore, gender relations marked by inequality, fear, and insecurity in disclosing the diagnosis can generate affective conflicts and impact adherence to treatment. **Conclusion:** Creative approaches focused on the sexual partner are recommended, as well as professional training addressing topics such as sexuality, gender relations, and health, studies that deepen the understanding of gender inequalities and their impacts on health.

DESCRIPTORS: Congenital Syphilis; Sexually Transmitted Infections; Prenatal Care; Partner; Health Services Assessment

RESUMEN

Objetivo: Analizar la implementación de acciones para prevenir la transmisión vertical de la sífilis congénita, con enfoque en las parejas sexuales, en un municipio de Bahía. **Metodología:** Estudio de evaluabilidad, que incluyó la revisión de documentos oficiales, el desarrollo del modelo lógico y entrevistas con 22 participantes (embarazadas, parejas, profesionales de la salud y gestores). **Resultados:** Las embarazadas son el principal vínculo para la adherencia de sus parejas a la atención. Sin embargo, las relaciones de género, marcadas por la desigualdad, el miedo y la inseguridad, pueden generar conflictos emocionales durante el embarazo. Los profesionales reconocen la baja presencia de parejas y reportaron poca inversión en estrategias activas de búsqueda de pareja. **Conclusión:** Se recomiendan enfoques creativos hacia las parejas sexuales, formación profesional que aborde la sexualidad, el género y la salud, y estudios adicionales que profundicen la comprensión de las desigualdades de género y sus impactos en la salud.

DESCRIPTORES: Sífilis Congénita; Infecciones de Transmisión Sexual; Atención Prenatal; Pareja; Evaluación de Servicios de Salud.

RECEBIDO EM: 27/03/2026 APROVADO EM: 30/04/2026

Como citar este artigo: Bressy CTC, Chaves SCL, Reis AP. Avaliabilidade das Ações Preventivas da Transmissão da Sífilis Congênita com Foco na Participação do Homem. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(108):20100-20115. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i108p20100-20115

**Carla Taiana Cointeiro Bressy**

Mestre em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia-Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5649-8368>

Coletiva, Universidade Federal da Bahia – Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>

**Sônia Cristina Lima Chaves**

Doutorado em Saúde Pública. Instituto de Saúde

**Ana Paula dos Reis**

Doutorado em Ciências Sociais. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia – Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6750-0187>

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), transmitida por meio de relações sexuais desprotegidas com pessoas infectadas ou, de forma vertical, da gestante para o feto ou recém-nascido durante a gravidez e o parto¹. A sífilis congênita (SC) resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* de gestantes infectadas, que não receberam tratamento adequado ou não foram tratadas, para o conceito via transplacentária, em qualquer estágio da gravidez ou fase clínica da doença². A prevenção da doença é possível, e a eliminação da transmissão vertical pode ser alcançada por meio de estratégias de diagnóstico precoce e tratamento oportuno da sífilis em gestantes e seus parceiros^{3,4}.

O diagnóstico da sífilis pode ser realizado por meio de um teste de triagem treponêmico, geralmente o Teste Rápido (TR) para Sífilis, que é gratuito e de fácil execução, disponível na rede de atenção à saúde do SUS. Atualmente, este é um dos principais métodos de triagem para o diagnóstico da sífilis. Apesar do diagnóstico e tratamento serem acessíveis e de baixo custo, a sífilis congênita persiste como um problema de saúde pública, mesmo com a implementação de medidas preventivas como a descentralização do diagnóstico via testes rápidos, a oferta de tratamento gratuito e a elaboração de protocolos e diretrizes terapêuticas. Estudos indicam

uma associação entre a sífilis e a infecção pelo HIV, cuja incidência também é alta, e o tratamento inadequado dos parceiros sexuais contribui para a manutenção da cadeia de transmissão^{5,6}.

Um estudo internacional em 153 países relacionou a igualdade de gênero à melhoria nos resultados de infecções transmitidas verticalmente (Hepatite, HIV, Sífilis)⁶. A maior equidade de gênero aprimorou a cobertura do rastreamento da sífilis na gravidez e a conscientização sobre a doença. Ao contrário, a desigualdade de gênero e a baixa renda do país foram associadas à maior prevalência materna de sífilis, à baixa cobertura de rastreamento e tratamento, e a alta taxa de sífilis congênita⁶.

No Brasil, em 2021, o *Guia de certificação e o selo de boas práticas de eliminação da transmissão vertical do HIV e Sífilis* foi lançado para apoiar municípios com mais de 100 mil habitantes no alcance de metas de impacto, como a taxa de incidência de sífilis congênita, e indicadores de processo, a exemplo da cobertura mínima de quatro consultas no pré-natal, a cobertura de gestantes com pelo menos um teste para sífilis no pré-natal e a cobertura de gestantes tratadas adequadamente para sífilis⁷.

Apesar das iniciativas de prevenção da sífilis acima mencionados, entre 2012 e 2022 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, em 2022, de 10,3 casos/1000 nascidos vivos⁸.

Entre 2014 e 2022, a Bahia registrou 55.227 casos de sífilis adquirida, 31.920 em gestantes e 11.785 congênita, com aumento nas taxas de detecção de sífilis adquirida e em gestantes. A sífilis congênita manteve uma taxa de 5,1 a 7,8 casos por 1.000 nascidos vivos, indicando que, apesar da maior cobertura pré-natal, a qualidade da assistência pode ser insatisfatória ou há outros fatores externos envolvidos⁹.

A persistência da sífilis congênita pode ser associada ao manejo inadequado, perda de oportunidades de diagnóstico e tratamento, falta de aconselhamento, ausência de tratamento ou tratamento incorreto do parceiro^{8,10}. Assim, a baixa participação e a pouca adesão masculina ao tratamento da sífilis podem perpetuar a transmissão vertical da sífilis congênita. Em função disto, este estudo enfoca a avaliação da abordagem ao parceiro sexual de mulheres diagnosticadas com sífilis, em Camaçari, Bahia, município que apresenta alta taxa de sífilis congênita (12,4 casos/1000 nascidos vivos), superando a média nacional e estadual¹¹.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de *avaliabilidade* de abordagem qualitativa das ações de prevenção da transmissão vertical em Camaçari, com enfoque especial sobre as estratégias

gias adotadas pelos serviços para a adesão dos parceiros de mulheres com sífilis no pré-natal¹¹ ao tratamento recomendado em protocolos nacional e internacional. Este tipo de estudo é também conhecido como pré-avaliação e analisa se um programa de saúde está suficientemente claro e implementado para ser avaliado¹².

A metodologia incluiu pesquisa documental, elaboração de um modelo teórico-lógico para o cuidado dos parceiros e 22 entrevistas com gestantes, parceiros sexuais, profissionais de saúde e gerentes de unidades, realizadas entre novembro de 2022 e maio de 2023. O modelo lógico é um esquema gráfico da teoria do programa¹¹. As entrevistas foram gravadas, transcritas e categorizadas com o software NVivo. Houve dificuldade em obter a adesão dos entrevistados, especialmente dos parceiros, o que levou à ampliação do campo de pesquisa para a Maternidade Regional de Camaçari. As categorias de análise incluem: perfil socioeconômico, os tipos de relações afetivas e sexuais, o manejo da sífilis, os principais sentimentos relacionados ao diagnóstico e críticas/sugestões aos serviços de saúde. Inicialmente, a pesquisa foi apresentada ao Comitê de Investigação da Transmissão Vertical do município, onde encontram-se a representação dos apoiadores distritais e regionais dos serviços de saúde, maternidade e coordenadores das áreas técnicas materno-infantil, atenção primária e programa municipal de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Os sujeitos da pesquisa foram contatados por meio de ligações telefônicas ou presencialmente pela unidade de saúde que os assiste, afim de solicitar consentimento em fornecimento de seus contatos à pesquisadora. Após este consentimento, foi estabelecido o contato, onde foi apresentado o objetivo desta pesquisa. Mediante o aceite do mesmo, parte das entrevistas ocorreu presencialmente, em local de escolha do entrevistado/a, geralmente na própria unidade de saúde. As demais se deram virtualmente, em chamadas de vídeo ou chamadas de voz, sendo estabelecido a gravação apenas dos discursos, não envolvendo a captação das imagens.

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 o convidado(a) a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. 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 nº 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.

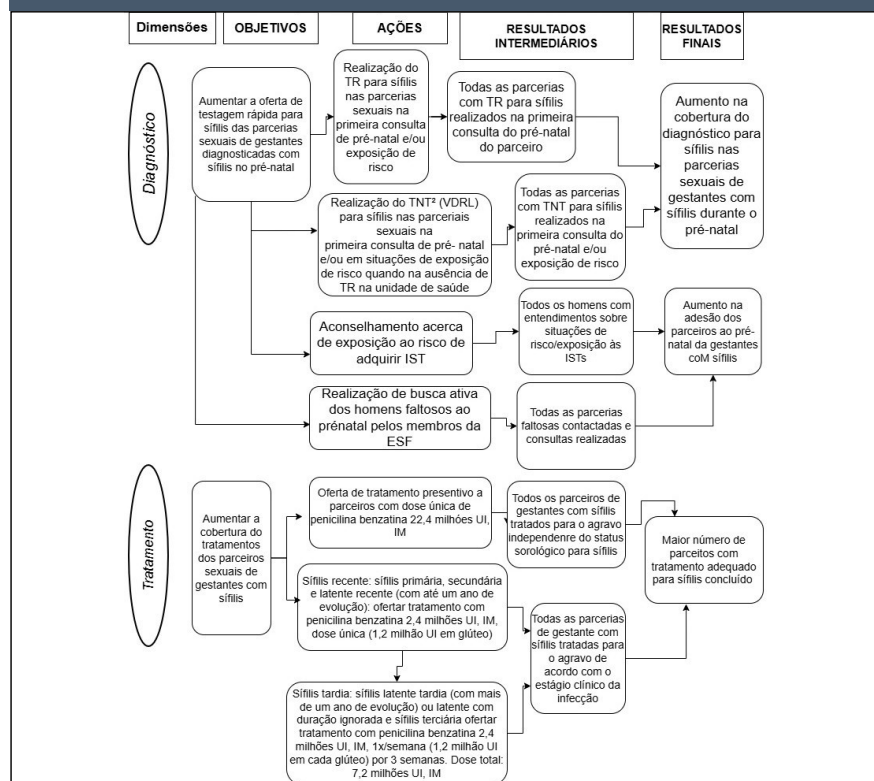
Conforme a Resolução 466/12, destaca-se que os riscos apresentados pelo es-

tudo 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 sexuais, ficando livre a continuidade (ou não) de seguimento da pesquisa pelos mesmos. Mesmo assim, nenhum participante desistiu de participar do estudo.

RESULTADOS

O modelo lógico para abordar parceiros sexuais de mulheres com sífilis diagnosticada no pré-natal foi estruturado em seis eixos: diagnóstico, tratamento, vigilância epidemiológica, educação em saúde e gestão. Contudo, para o objetivo deste estudo, que se concentra na abordagem do parceiro, os dois primeiros eixos foram analisados (Figura 1).

Figura 1. Modelo Lógico do Plano de Redução da Sífilis Congênita com foco nos parceiros sexuais no componente Diagnóstico, Tratamento e Busca Ativa. Brasil, 2024.



Fonte: Figura elaborada pela autora, em 2023.

A etapa inicial, o *diagnóstico*, visa ampliar a testagem rápida de parceiros sexuais de gestantes com sífilis. As ações incluem a realização de testes rápidos, preferencialmente na primeira consulta de pré-natal ou em situações de risco, a solicitação de exames laboratoriais complementares, se o teste rápido não estiver disponível, aconselhamento sobre os riscos da sífilis e práticas sexuais de risco para ISTs, e a busca ativa de parceiros que não comparecerem¹². Ao final das atividades de *diagnóstico*, espera-se que todos os parceiros tenham realizado testes rápidos ou não treponêmicos (VDRL) para sífilis (preferencialmente no início do pré-natal), compreendam os riscos de exposição às ISTs e que os usuários ausentes na primeira consulta tenham seu agendamento realizado. O

objetivo principal é aumentar a cobertura diagnóstica para sífilis em parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas no pré-natal e elevar a adesão masculina ao pré-natal da parceira.

No eixo de *tratamento*, o foco é aumentar a cobertura de tratamento adequado para sífilis nos parceiros. As atividades incluem a oferta de tratamento com penicilina benzatina 2,4 milhões UI, independentemente do estado sorológico, e a prescrição conforme a fase clínica da doença. O protocolo indica 2,4 milhões UI para sífilis recente e 7,2 milhões UI para sífilis tardia ou de duração ignorada. A meta é que todos os parceiros sejam tratados para sífilis. A análise de documentos do Ministério da Saúde indica que o modelo busca ampliar o diagnóstico, a adesão ao pré-

-natal e o tratamento e monitoramento. Contudo, lacunas na prática podem impedir a efetivação dos resultados esperados.

Dificuldade do diagnóstico

O município em questão demonstrou sucesso na detecção precoce no rastreio da sífilis, alinhando-se aos protocolos nacionais. No universo investigado, treze gestantes e duas puérperas foram diagnosticadas com sífilis no pré-natal e parto, respectivamente (Quadro 1). Oito compartilharam o diagnóstico com seus parceiros, apesar do medo de julgamento ou o término do relacionamento, e duas optaram por não compartilhar, temendo discriminação e preconceito.

Quadro 1. Caracterização das mulheres e parceiros do programa de prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita entrevistados/as.

Pessoa	Gênero	Idade	Status da relação	Cor	Parceiro entrevistado	Ocupação	Sentimento sobre a sífilis
GE 1	F	26	Estável	Parda	Sim	Recebe Bolsa Família	Medo
GE 2	F	23	Eventual	Parda	Não	Sem profissão	Preocupação
GE 3	F	33	Estável	Branca	Sim	Doméstica	Medo
GE 4	F	31	Eventual	Parda	Não	Recebe Bolsa Família	Medo/culpa
GE 5	F	26	Separada	Parda	Não	Manicure	Medo/culpa
GE 6	F	15	Eventual	Parda	Não	Sem profissão	Medo
GE 7	F	24	Estável	Parda	Sim	Contadora/desempregada	Surpresa
GE 8	F	19	Estável	Parda	Sim	Manicure	Assustada
GE 9	F	26	Eventual	Preta	Não	Agente de portaria	Preocupação
GE 10	F	24	Separada	Parda	Não	Segurança de eventos	Susto
PS 1	M	30	Separado	Pardo	Não	Logística	Raiva, culpa ex-parceira
PS 2	M	32	Estável	Pardo	Sim	Montador de andaime	Surpresa
PS 3	M	30	Estável	Pardo	Sim	Construção civil	Indiferença
PS 4	M	34	Estável	Preto	Sim	Montador de andaime	Destemido
PS 5	M	26	Estável	Pardo	Sim	Controlador de pragas	Surpresa

Fonte: Quadro elaborado pela autora, em 2023.

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

Teste, trate e cure

Gestantes e parte dos parceiros tiveram boa adesão ao tratamento, o que indica 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

A enfermeira recomendou que eu tomasse benzetacil [...] a última dose quase desmaiei [...] dor miserável [...] dói demais [...]. PS1

Os parceiros, no entanto, relataram condutas que evidenciaram a não completude do esquema terapêutico, bem como manejo inadequado dos profissionais e a inobservância quanto aos cuidados diante da doença. Sabe-se que o tratamento dos parceiros sexuais de mulheres diagnosticadas com sífilis é obrigatório, independente do resultado do teste, uma medida que visa evitar a reinfecção da gestante e, consequentemente, reduzir a transmissão vertical da sífilis.

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

Participação do parceiro no tratamento da sífilis

A disponibilidade dos homens na participação das consultas de pré-natal e tratamento para sífilis é dificultada sobretudo pela incompatibilidade de horário do trabalho com o funcionamento da unidade de saúde.

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 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

A participação do homem no pré-natal revelou-se incipiente, no qual cinco entrevistados informaram que não par-

ticiparam e/ou acompanharam a parceira nas consultas; já sete informaram terem comparecido a 1 e 2 consultas; e somente dois participaram de mais de 2 consultas. Apenas um parceiro entrevistado acompanhou todas as consultas de pré-natal. Nesta ocasião, ele informou que a disponibilidade de acompanhamento da parceira ao serviço de saúde se deu em razão da flexibilidade do seu horário de trabalho.

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 e de iniciativas locais que visam estimular a participação do parceiro no pré-natal, a equipe relata que a resposta dos parceiros é ocasional e/ou imprevisível:

Se na primeira consulta o parceiro estiver acompanhando a gestante, ou se ele comparecer na convocação, é realizado 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 bilhetezinho 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

A maioria dos profissionais entrevistados conhecia as diretrizes nacionais para o manejo adequado de mulheres e parceiros que vivenciam a sífilis no momento da gestação. Porém, limitações na busca ativa dos parceiros foram encontradas. Como consequência, não era garantida a presença do homem às consultas de pré-natal. Os principais entraves associados à ausência dos parceiros nes-

tas consultas foram a incompatibilidade de horário de trabalho dos homens com o funcionamento da unidade de saúde e, em consequência, a não implementação sistemática de busca ativa destes usuários pelas Unidades de Saúde. Os trechos abaixo ilustram situações de busca ativa e outras estratégias adotadas:

Tentamos a busca ativa das parcerias através das gestantes, empoderando as mesmas com informações para sensibilizar seus parceiros. [...] P3

Explicamos para a gestante a importância do tratamento, riscos para o bebê e tudo mais para tentar sensibilizar. [...] 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 [...] Já trata os dois como se fossem positivos naquele momento. P5

Os profissionais entrevistados realizaram 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. As narrativas abaixo fornecem exemplos de como se dá o monitoramento nas Unidades pesquisadas.

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 [...] A gente acompanha tanto o cartão da gestante,

quanto o cartão do parceiro. Faltoso, normalmente, a gente faz por contato telefônico. P5

Apesar das experiências exitosas no município, a despeito das dificuldades já explicitadas, os profissionais de saúde referem não ter participado de capacitação sobre sífilis nos últimos doze meses. Os principais motivos mencionados foram a ausência desta ação no município, o fato de não terem sido convidados a participar de atividades de capacitação ou, ainda, estarem indisponíveis para comparecer à atividade no dia planejado. Verifica-se, deste modo, que o município de Camaçari necessita realizar, de modo sistemático, ações de capacitação voltadas à prevenção da sífilis. A oferta de ações educativas na unidade de saúde, por exemplo, parece indicar alternativas interessantes para as atualizações profissionais, visando contemplar a totalidade dos trabalhadores que atuam na atenção primária à saúde.

DISCUSSÃO

O presente estudo aponta 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 do protocolo consolidado por algumas equipes da atenção primária do município.

Importante sublinhar que nosso estudo mostrou que, subjacente ao não comparecimento dos parceiros, há uma compreensão mais ampla, 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.

Neste sentido, as ações de formação e de educação permanente devem incluir espaços de reflexão, com a necessária discussão sobre o impacto das desigualdades estruturais de gênero, tanto na organização dos serviços, em especial, no pré-natal, como nas práticas e discursos dos/as gestores, dos/as profissionais e dos/as usuários/as; e como superá-las.

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^{13,14}. Em estudo que avaliou o rastreamento do parceiro com sífilis, observou-se baixo percentual de captação dos homens para o tratamento da infecção de maneira concomitante à gestante. Esse indicador demonstrou a fragilidade do serviço no que se refere à assistência voltada ao homem, bem como o risco de um tratamento ineficaz, com perpetuação da transmissão vertical¹⁵.

Nosso estudo revelou que a posição social das mulheres, em uma sociedade patriarcal e hierárquica, pode influenciar nos mecanismos ocultos ou explícitos das relações de poder exercido pelos parceiros sobre as mesmas¹⁶, 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. A dificuldade de convencer os parceiros sexuais de participarem do pré-natal e, portanto, a realização de exames sorológicos para diagnóstico e monitoramento do tratamento, é um entrave importante para a redução da transmissão vertical. Assim, argumentamos que a ocorrência da SC pode ser traduzida como o não tratamento ou tratamento inadequado das parcerias sexuais^{16,17,18}.

Importante mencionar, neste ponto, a crítica de que os serviços de saúde, em especial os de pré-natal, têm historicamente se concentrado no cuidado da mulher. Análises adotam uma perspectiva feminista na saúde têm mostrado que essa característica não é “neutra”; ao contrário, ela reflete uma compreensão social mais ampla e enraizada de que as mulheres são responsáveis ‘naturais’ por fenômenos como gravidez, parto, puerpério, assim como pela educação dos filhos e pelo trabalho doméstico, por exemplo. Uma consequência direta dessa concepção afeta o planejamento de políticas e a organização e gestão dos serviços de saúde¹⁹. Estruturados sob esta lógica subjacente, os serviços frequentemente afastam os homens de suas unidades²⁰. Isso se manifesta, seja, como já apontado no presente artigo, tanto pelas restrições nos horários de atendimento, quanto pelos empecilhos à participação dos homens durante o parto, a despeito da Lei do Acompanhante^{20,21}. Neste sentido, as unidades de saúde (e seus profissionais), reforçam a desresponsabilização dos homens pelo acompanhamento da saúde de suas companheiras o que contribui para o insucesso das ações de prevenção à transmissão da sífilis congênita. Um aspecto a ser considerado diz respeito a 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 atuais de convocação, como, por exemplo, o envio de mensagens pelo celular (mensagens, WhatsApp). Da perspectiva programática, orienta-se a organização das unidades de saúde com horários estendidos para atendimento do pré-natal do parceiro, ou ainda, a oferta de atendimento ao homem aos finais de semana.

É crucial a compreensão de que, para além das ações biomédicas, medidas que contribuam para a reflexão e mudança comportamental devem estar inseridas nas Unidades de Saúde. Especificamente em relação ao tema aqui abordado,

são necessárias ações de educação em saúde por meio, por exemplo, do aconselhamento direto dos usuários acerca da exposição ao risco de adquirir e transmitir a sífilis e demais ISTs. Além disso, grupos de discussão de mulheres e de homens sobre a temática poderiam ser realizados pela equipe como forma de fomentar a reflexão sobre as questões sócio-culturais, especialmente no que se refere a questões de gênero e sexualidade, envolvidas neste fenômeno²².

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 espontânea²³. 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. Mas parece que estas estratégias não estão sendo muito bem sucedidas. Os profissionais relataram que as maiores dificuldades para o controle da sífilis congênita estão, justamente, na adesão ao tratamento e monitoramento dos parceiros. Além disso, acreditam que a melhor forma de captar o parceiro é por meio da conscientização da mulher. Na perspectiva da dominação masculina, as experiências de mulheres que vivem com sífilis durante a gestação revelam a responsabilidade quase que exclusiva com os cuidados gestacionais, sem a participação masculina. Do ponto de vista da teoria bourdiana¹⁶, estas experiências evidenciam o funcionamento de um certo tipo de violência simbólica que se manifesta, no contexto estudado, pela conformidade e naturalização das estruturas de dominação refletidas, por exemplo, na ausência efetiva dos parceiros no pré-natal ou no medo das mulheres de revelar o diagnóstico de sífilis para o parceiro. Assim, a desigualdade de responsabilidades pelo trabalho reprodutivo é experienciada como algo natural e socialmente legítimo, e não como resultante de uma forma de violência simbólica. Esse

movimento de “naturalização” afeta tanto as mulheres, como seus parceiros, mas também os gestores, profissionais e planejadores de saúde.

A limitação deste estudo se refere à ausência da abordagem de todos os eixos do modelo lógico construído, sendo importante a análise da integridade do programa voltado à prevenção da transmissão vertical da sífilis, assim como pela análise apenas de relações heterossexuais em grupos de usuários do SUS e oriundos de camadas populares. Por se tratar de um estudo preliminar, as evidências aqui apresentadas apontam para a necessidade de estudos mais profundos sobre intervenções que incorporam a compreensão das equipes de saúde sobre as relações afetivo-sexuais (assimétricas ou não, estáveis ou temporárias) entre homens e mulheres. A imersão na formação dos aspectos sociológicos pode permitir aos profissionais abordagens mais sensíveis e assertivas para o sucesso do controle e/ou eliminação da sífilis congênita. Recomendam-se, assim, o enfoque criativo e direto do parceiro sexual, a melhoria da capacitação profissional, com a inclusão de discussões sobre sexualidade, gênero e saúde, além de novos estudos que aprofundem a compreensão das desigualdades de gênero e seus impactos na saúde.

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 formas distintas de relações afetivo sexuais fora da heteronormatividade são igualmente indicados. Por fim, pesquisas que articulem os marcadores sociais de gênero, classe e raça, em uma perspectiva interseccional, são fundamentais na compreensão da complexa dinâmica entre as relações afetivo-sexuais, as desigualdades nas relações de gênero e seu impacto na ocorrência das infecções sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis>
2. World Health Organization (WHO). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Apr 3]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf>
3. Lima VC, Linhares MSC, Frota MVV, Mororó RM, Martins MA. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. *Cad Saude Colet*. 2022;30(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030283>
4. Nunes PS, Zara ALSA, Rocha DFNC, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(4). doi:10.5123/S1679-49742018000400008
5. Sonda E, Richter F, Boschetti G, Casasola M, Krumel C, Machado C. Sífilis congênita: uma revisão da literatura. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2013;3(1):28-30. Available from: <https://doi.org/10.17058/reci.v3i1.3022>
6. Lee Y, Park J, Min M, Lee Y, Yu Y, Shim MK, et al. Gender equity and vertically transmitted infections: a country-level analysis across 153 countries. *Health Equity*. 2021;5(1):23-29. doi:10.1089/heq.2020.0097.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/guia-para-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-eou-sifilis-2021>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2022 Dec 10]. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/sifilis/boletim_sifilis2023.pdf/view
9. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Boletim Epidemiológico nº 1: Sífilis [Internet]. Salvador: SESAB; 2023 [cited 2024 Jan 18]. Available from: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletimSifilisNo01_-2023.pdf
10. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo Nascer no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):766-74.
11. Bahia. Prefeitura Municipal de Camaçari. Portaria Municipal nº 54 de 03 de dezembro de 2019 [Internet]. Camaçari; 2019 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.camacari.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/diario-1306-assinado-1.pdf>
12. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
13. Ratnayake A, Gomes G, Kissinger PJ. Syphilis screening among young Black men who have sex with women in New Orleans, LA. *Sex Transm Dis*. 2024;51(2):85-89. doi:10.1097/OLQ.0000000000001900
14. Swayze EJ, Cambou MC, Melo M, Segura ER, Raney J, Santos BR, et al. Ineffective penicillin treatment and absence of partner treatment may drive the congenital syphilis epidemic in Brazil. *AJOG Glob Rep*. 2022;2(2). doi:10.1016/j.xagr.2022.100050
15. Macedo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2009;25(8):1679-92.
16. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2019.
17. Silva CPV, Rocha RSM, Silva PO, Silva QF, Oliveira ES, Francisco MTR, et al. Assistência pré-natal na prevenção da sífilis congênita: uma revisão integrativa. *Glob Acad Nurs*. 2022;3(Suppl 1). doi:10.5935/2675-5602.20200237
18. Reece M, Hollub A, Nangami M, Lane K. Assessing male spousal engagement with prevention of mother-to-child transmission programs in western Kenya. *AIDS Care*. 2010;22(6):743-50. doi:10.1080/09540120903431330
19. Costa AM. Políticas de saúde e gênero: o direito e o avesso. *Cad Saude Publica*. 1998;14(Suppl 3):11-23.
20. de Carvalho Martins A, Martins Barros G, Martins Mororó G. Paternidade na gestação e parturição: uma revisão integrativa. *Rev Fam Ciclos Vida Saude Contexto Soc*. 2018;6(3). Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497956691011>
21. de Oliveira PC, Ferreira MCV, Barbosa DFR, Cerqueira JCO, Verçosa RCM, de Santana KGS, da Silva AF. Os benefícios da presença do pai no trabalho de parto e parto. *Braz J Dev*. 2021;7(2):18142-59. Disponível em: doi:10.34117/bjd-v7n2-450.
22. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(2):335-42.
23. 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. *Rev Univap*. 2017;23(42).