

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**LUANA CRUZ FREIRE**

**OS TRABALHADORES DA SAÚDE E OS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO  
CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS E SEU PARCEIRO**

**VITÓRIA  
2021**

LUANA CRUZ FREIRE

**OS TRABALHADORES DA SAÚDE E OS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO  
CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS E SEU PARCEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – PPGSC/UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Área de Concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Carvalho Andrade

VITÓRIA

2021

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

F866t Freire, Luana Cruz, 1985-  
Os trabalhadores da saúde e os aspectos da produção do  
cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro / Luana Cruz Freire. -  
2021.  
110 f. : il.

Orientadora: Maria Angelica Carvalho Andrade.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Sífilis congênita. 2. Cuidado pré-natal. I. Andrade, Maria  
Angelica Carvalho. II. Universidade Federal do Espírito Santo.  
Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

---

**LUANA CRUZ FREIRE**

**OS TRABALHADORES DA SAÚDE E OS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO  
CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS E SEU PARCEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Dissertação defendida e aprovada em 05/11/2021.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

**Profa. Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

**Prof. Dr. Thiago Dias Sarti**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Interno

---

**Profa. Dra. Luziane de Assis Ruela Siqueira**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Externo

Ao meu pai, Jorge Leopoldo, que teve sua vida interrompida pela COVID-19 aos 68 anos, quando também era estudante de pós-graduação, após 36 dias de uma dura batalha. Seguimos juntos de corações dados.

Ao meu filho, Pedro, que teve sua vida atravessada pela COVID-19 aos 4 meses de vida, quando me ensinava a ser mãe, após 39 semanas e 3 dias à sua espera. Seguimos juntos de mãos dadas.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu grande amor e companheiro da vida, André, pelo zelo, amor e humor presentes em todos os seus gestos e escolhas.

À minha orientadora, Maria Angélica, por não me fazer desistir diante dos dias mais difíceis que passei; pela sua postura sempre irretocável, me conduzindo nessa caminhada cheia de desafios e de superação de medos e limites.

Ao meu gerente, Chiquinho, que sempre apoiou esta empreitada para qualificação da minha atuação enquanto servidora pública, mesmo isso significando muitos momentos de ausência da equipe.

À minha família e aos meus amigos, pelo incentivo e torcida de que eu seria capaz de concluir este trabalho e por compreender as incontáveis negativas de fazer um churrasquinho no quintal.

Aos colegas da turma do mestrado, pela parceria e pelos livros, textos e cafés compartilhados.

Aos colegas do NUPGASC, pela rica troca de experiências, saberes e sabores durante os almoços de estudo às quartas-feiras.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES, pela seriedade e competência com que conduzem absolutamente todas as ações que dão vida aos cursos do programa.

Aos profissionais médicos e enfermeiros que gentilmente aceitaram participar da pesquisa, mesmo em um cenário de exaustão após tantos meses de trabalho intenso cuidando das pessoas na pandemia da COVID-19.

À Secretaria Municipal de Saúde de Serra, que autorizou a realização desta pesquisa.

Finalmente, às forças do sagrado feminino, que penso que tenham sido estas a me sustentar nestes quase 2 anos de privação absoluta de sono na condição de lactante em que me encontro, ainda sem data para acabar.

## RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum* e apresenta altas taxas de transmissão vertical. O diagnóstico da sífilis na gestação é simples e o seu rastreamento é obrigatório durante o pré-natal para que o desfecho da sífilis congênita seja evitado. O tratamento para a cura e redução da carga da doença é conhecido, simples e custo-efetivo. Entretanto, a sífilis congênita continua com alta prevalência, observando-se aumento gradual das suas taxas de incidência ao longo dos últimos anos no mundo, no Brasil, no Espírito Santo e em seu maior município, Serra. Sabe-se que a incidência da sífilis congênita é extremamente sensível à qualidade do pré-natal, mas, por ser uma infecção sexualmente transmissível, traz uma complexidade de fatores que dificultam o seu controle, como fatores comportamentais, sociais, de acesso a insumos e organização do processo de trabalho nos serviços de saúde. O presente trabalho tem como objetivo principal identificar, através da perspectiva dos profissionais de saúde, os aspectos que afetam a produção do cuidado à gestante com sífilis e ao seu parceiro durante os encontros do pré-natal, no âmbito da Atenção Primária, no município de Serra, Espírito Santo. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório. Justifica-se pela gravidade do cenário epidemiológico que se apresenta no município e pretende contribuir com sugestões de abordagens mais assertivas a partir da compreensão dos aspectos da produção do cuidado pelos trabalhadores da saúde.

**Palavras-Chave:** Pessoal de Saúde. Sífilis Congênita. Cuidado Pré-Natal. Atenção Primária.

## ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease caused by *Treponema pallidum* and has high rates of vertical transmission. The diagnosis of syphilis during pregnancy is simple and its screening is mandatory during prenatal care so that the outcome of congenital syphilis is avoided. The treatment for curing and reducing the burden of the disease is a known, simple, and cost-effective one. However, congenital syphilis continues to be highly prevalent, with a gradual increase in its incidence rates over the past years in the world, in Brazil, in Espírito Santo and in the state's larger city, Serra. It is known that the incidence of congenital syphilis is extremely sensitive to the quality of prenatal care, but because it is a sexually transmitted infection, it brings a complexity of factors that hinder its control, which are behavioural or social factors, access to supplies and the organization of the work process in health services. The main objective of this work is to identify, from the perspective of healthcare professionals, the aspects that affect the production of care for pregnant women with syphilis and their partners, during prenatal visits, within the scope of Primary Care, in the municipality of Serra, Espírito Santo. This is an exploratory qualitative study. It is justified by the seriousness of the epidemiological scenario that presents itself in the municipality and aims to contribute with suggestions for content and more assertive approaches in training and courses within the scope of Permanent Education for healthcare workers with the theme of coping with congenital syphilis from the understanding aspects of the production of care by healthcare workers.

**Keywords:** Health Personnel, Congenital Syphilis, Prenatal Care, Primary Care.



## LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
DCNT	Doença crônica não transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SC	Sífilis congênita
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Transmissão vertical
UBS	Unidades Básicas de Saúde
URS	Unidades Regionais de Saúde

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo unidade da federação, Brasil, 2019 .....	18
<b>Gráfico 2</b>	Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico, Brasil, 2012 a 2019 .....	19
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita notificados segundo situação de tratamento do parceiro, Brasil, 2012 a 2018 .....	20
<b>Gráfico 4</b>	Número absoluto de casos de sífilis adquirida e taxa de detecção por 100.000 habitantes, Espírito Santo, 2012 a 2020 .....	21
<b>Gráfico 5</b>	Casos de sífilis em gestante confirmados notificados e taxa de detecção para cada 1.000 nascidos vivos, Espírito Santo, 2012 a 2020 .....	22
<b>Gráfico 6</b>	Distribuição de casos de sífilis em gestante confirmados notificados por residência na região metropolitana da Grande Vitória e em todo o estado. Espírito Santo, 2012-2021 .....	23
<b>Gráfico 7</b>	Taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico e município de residência, Espírito Santo, 2012 a 2020 .....	24
<b>Gráfico 8</b>	Número absoluto de casos notificados e taxa de incidência de sífilis congênita, Espírito Santo, 2007 a 2020 .....	26
<b>Gráfico 9</b>	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo situação de tratamento do parceiro. Espírito Santo, 2012 – 2020 ..	27
<b>Gráfico 10</b>	Número absoluto de casos confirmados notificados de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, Serra, ES, 2012 a 2021 .....	29
<b>Gráfico 11</b>	Distribuição percentual de casos confirmados de sífilis em gestante por faixa etária e ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012-2020 .....	30
<b>Gráfico 12</b>	Distribuição percentual de casos confirmados de sífilis em gestante por raça ou cor e ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012-2020 .....	32
<b>Gráfico 13</b>	Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Serra - ES, 2012-2020 .....	33
<b>Gráfico 14</b>	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012-2020 .....	34
<b>Gráfico 15</b>	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo raça ou cor da mãe por ano de diagnóstico, Serra - ES, 2012-2020 .....	36

<b>Gráfico 16</b>	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2020 .....	38
<b>Gráfico 17</b>	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2020 .....	39
<b>Gráfico 18</b>	Número de casos confirmados de sífilis em gestante e sífilis congênita por município de residência e ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2019 .....	58

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

<b>Figura 1</b>	Número de casos de sífilis congênita por 100 mil nascidos vivos no período de 2012 a 2016 .....	16
<b>Figura 2</b>	Países com escassez relatada de penicilina benzatina, 2014 a 2016 .....	17
<b>Tabela 1</b>	Número absoluto de casos de sífilis congênita e taxa de incidência no período entre 2007 e 2020 no Espírito Santo .....	25
<b>Tabela 2</b>	Distribuição percentual de casos confirmados de sífilis em gestante por escolaridade e ano de diagnóstico. Serra - ES, 2012-2020 .....	31
<b>Tabela 3</b>	Proporção de casos de gestantes com sífilis na faixa etária de 15 a 19 anos com desfecho de transmissão vertical .....	35
<b>Tabela 4</b>	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2020 .....	37
<b>Tabela 5</b>	Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa, caracterização dos participantes e questões 1 e 2 .....	56
<b>Tabela 6</b>	Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa, questões 3 e 4 .....	60
<b>Tabela 7</b>	Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa, questões 5 e 6 .....	63
<b>Tabela 8</b>	Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa, questões 7 e 8 .....	64
<b>Tabela 9</b>	Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa, questão 9 .....	66

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1	A SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNDO .....	14
1.2	A SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL .....	17
1.3	A SITUAÇÃO DA SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NO ESPÍRITO SANTO .....	20
1.4	A SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTES E DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SERRA .....	27
<b>2</b>	<b>ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE</b> .....	42
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	50
3.1	OBJETIVO GERAL .....	50
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	51
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	51
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	51
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	52
4.4	PROCEDIMENTOS DO ESTUDO .....	52
4.5	PROCESSO DE AMOSTRAGEM .....	53
4.6	COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS .....	54
4.7	ANÁLISE DOS DADOS .....	54
4.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	55
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
5.1	DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS .....	56
5.2	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....	67
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80
	<b>APÊNDICE A</b> .....	85
	<b>APÊNDICE B</b> .....	88
	<b>APÊNDICE C</b> .....	90
	<b>APÊNDICE D</b> .....	92

## APRESENTAÇÃO

O campo da Saúde Coletiva, desde a opção dos campos de estágio na graduação em Psicologia, foi a minha primeira e única escolha. Iniciar minha prática profissional na saúde foi desafiador e dia a dia parecia um caminho sem volta. Os caminhos foram se abrindo e a saúde cada vez mais me envolvendo pelo seu genuíno papel de afirmação e consolidação da democracia e de seu sistema de garantia de direitos. Trabalhar na saúde é sempre perturbador, pois as desigualdades e mazelas sociais se evidenciam e se impõem todos os dias.

O tema da sífilis congênita cruzou meu caminho quando gerenciava a Atenção Secundária no município de Aracruz em 2013. Quando compreendi o que significava uma criança nascer com essa doença e que o tratamento para a sífilis na gestação era um esquema de injeções de penicilina benzatina, não entendia porque a incidência de sífilis congênita tinha ganhado tamanha dimensão, considerando que era uma doença que tinha cura.

Em 2016, quando fui cedida para a Secretaria de Estado da Saúde para compor a equipe de Planejamento, mais uma vez a temática da sífilis congênita se impôs na minha prática profissional, desta vez no âmbito da gestão estadual. Na gerência de planejamento, como resultado dos processos de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde, identificamos a necessidade de articular as áreas técnicas responsáveis e envolvidas na pactuação e coordenação de ações de enfrentamento à doença para que pudéssemos viabilizar a elaboração e execução de um Plano de Enfrentamento a Sífilis Congênita no ES. O plano foi elaborado, pactuado nas quatro regiões de saúde nas Comissões Intergetores Regional (CIR) e a partir de 2017 ele foi sendo executado. Muitos avanços aconteceram desde então, dentro dos eixos de intervenção propostos no plano. Mas ainda havia mais um componente que merecia atenção e investimento: o componente humano; a força de trabalho que assistia as gestantes com sífilis e seus parceiros nas consultas de pré-natal no âmbito da Atenção Primária. A motivação para este trabalho veio da angústia e inquietação de acompanhar a situação epidemiológica da sífilis congênita em todo o estado desde então e o desejo de identificar novas abordagens aos profissionais de saúde em cursos de formação e processos de educação permanente.

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum* e apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100%, dependendo do estágio da doença materna e da fase da gestação. O diagnóstico da sífilis gestacional é simples e o seu rastreamento é obrigatório durante o pré-natal para que o desfecho da sífilis congênita seja evitado. O tratamento para a cura e redução da carga da doença é conhecido, simples e custo-efetivo. Entretanto, a sífilis congênita (SC) continua com alta prevalência, observando-se aumento gradual das suas taxas de incidência ao longo dos últimos anos. O número crescente de gestantes soropositivas para sífilis durante a gestação e o parto é achado sugestivo de transmissão comunitária e elevada ocorrência de infecção entre mulheres em idade fértil (ESPÍRITO SANTO, 2017).

Apesar desse cenário preocupante e de ser bastante abordado em produções acadêmicas e científicas, esse agravo tem pouca projeção e priorização nas políticas públicas. O que se vê no cotidiano dos serviços de saúde são ações isoladas e desarticuladas da rede de atenção à saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida, sífilis em gestante e SC. A SC, apesar de ser um agravo evitável, ainda permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias são medidas simples e efetivas na sua prevenção (BRASIL, 2014).

Sabendo-se que a ocorrência da SC é extremamente sensível à qualidade do pré-natal, que, por sua vez, acontece majoritariamente no âmbito da atenção primária, existe uma tendência à produção de uma análise restrita a esse fenômeno, quando apenas atribuímos a ocorrência de altas taxas de incidência da sífilis congênita à atuação pouco resolutiva da atenção primária nas ações relativas ao pré-natal. A assistência pré-natal constitui-se um momento importante para a adoção das medidas de prevenção e controle da SC. Por essa razão, o Ministério da Saúde (MS) a incluiu como indicador de qualidade da atenção pré-natal e elegeu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde,

destacando, entre as atividades desempenhadas pelas equipes, o acompanhamento do pré-natal de baixo risco (DOMINGUES, 2013).

É evidente que um pré-natal de qualidade evita desfechos perinatais indesejáveis. Entretanto, um agravo como a SC, que é considerada uma infecção sexualmente transmissível, traz uma complexidade de fatores que dificultam o seu controle, seja fatores comportamentais, culturais ou sociais, entre outros.

Percebe-se que a SC, como indicador de saúde (taxa de incidência de sífilis congênita), funciona como um marcador de qualidade para toda uma cadeia de produção do cuidado, uma vez que ele pode ser um analisador para diversas temáticas no âmbito da saúde. A partir da taxa de incidência de SC de um estado ou município é possível discutir outras variáveis, como, por exemplo: acesso e acolhimento aos serviços de saúde; segurança e qualidade na assistência; produção do cuidado em saúde; ações de promoção e prevenção; vigilância epidemiológica e sistemas de informação; processos de trabalho e organização da assistência; saúde sexual e reprodutiva; e questões de gênero.

Para o cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro, estão disponíveis os protocolos assistenciais atualizados com as melhores evidências científicas, os fluxogramas para o manejo clínico da sífilis, o protocolo para solicitação de exames e o esquema terapêutico adequado, caracterizando uma dimensão tecnológica do trabalho. Porém, o protocolo será operacionalizado das mais diversas formas, tantos forem os profissionais e equipes envolvidas nesse cuidado, estando sempre sujeito ao tensionamento do encontro no ato de produção do cuidado.

Na micropolítica<sup>1</sup> do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois, se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo

---

<sup>1</sup> O conceito de Micropolítica neste contexto sugere que esta opera no detalhe, por meio de fluxos de intensidades que podem ser extensivos ao conjunto do corpo social, mas possuem um caráter de imprevisibilidade. As micropolíticas são um composto heterogêneo de “crenças e desejos” que compõe o “fundo da sociedade” (Deleuze & Guattari, 1996, p. 98), operando no detalhe das percepções, afecções, conversas etc. Como lembra Guattari, o objetivo é promover “uma analítica das formações de desejo no campo social” (Guattari & Rolnik, 1986, p. 127), garantindo o entrelaçamento analítico entre molar e molecular, micro e macro (FERREIRA NETO, 2015).



pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas (MERHY, 2014, p. 61).

O cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro envolve uma sequência estruturada de providências e ações da equipe de saúde envolvida no cuidado para que a resultante desse processo seja a gestante curada e o nascimento de um bebê saudável. Essa sequência de providências e ações está descrita e detalhada em protocolos assistenciais do MS (BRASIL, 2020). Todavia, existe uma sequência não estruturada de providências e ações que se refere à maneira como o profissional de saúde se coloca diante de cada uma das gestantes com sífilis e seus parceiros e toma decisões de “investir” atenção, esforços, tempo, criatividade e dedicação para resguardar a saúde do bebê que vai nascer, bem como a saúde materna e aquela do parceiro.

Considerando o potencial analisador do indicador de incidência de SC, este trabalho propõe uma reflexão sobre os aspectos envolvidos na produção do cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro à luz da discussão que Merhy e Franco (2013) trazem sobre o trabalho em saúde. Para tanto, foi considerado o olhar de médicos e enfermeiros, enquanto profissionais assistentes no âmbito da Atenção Primária no município de Serra, Espírito Santo, trazendo relatos da sua atuação no pré-natal. Este estudo também conta com uma breve contextualização epidemiológica da sífilis adquirida, da sífilis em gestante e da SC no cenário mundial, brasileiro, estadual e, por fim, no cenário do município onde o presente estudo aconteceu.

## 1.1 A SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNDO

Para que se tenha compreensão da gravidade da situação epidemiológica da sífilis em gestantes e da sífilis congênita, é importante uma revisão preliminar dos dados em âmbito global.

A sífilis é a segunda causa infecciosa de natimortos em todo o mundo e um importante contribuinte evitável para a morbimortalidade infantil (WHO, 2019). Cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis a cada ano, a maioria das gestantes não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento. Nesse contexto, em torno de 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao conceito, levando a resultados adversos como morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita (NONATO, 2015).

Esse agravo diminuiu em todo o mundo, entre 2012 e 2016, embora a prevalência materna tenha se mantido estável. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem trabalhando no combate à sífilis congênita no mundo e, até o momento, alcançou a eliminação da transmissão vertical em Cuba, Armênia, Bielorrússia, República de Moldova, Anguilla, Antígua e Barbuda, Bermudas, Ilhas Cayman, Montserrat, São Cristóvão e Nevis, Malásia e, mais recentemente, nas Maldivas (WHO, 2019).

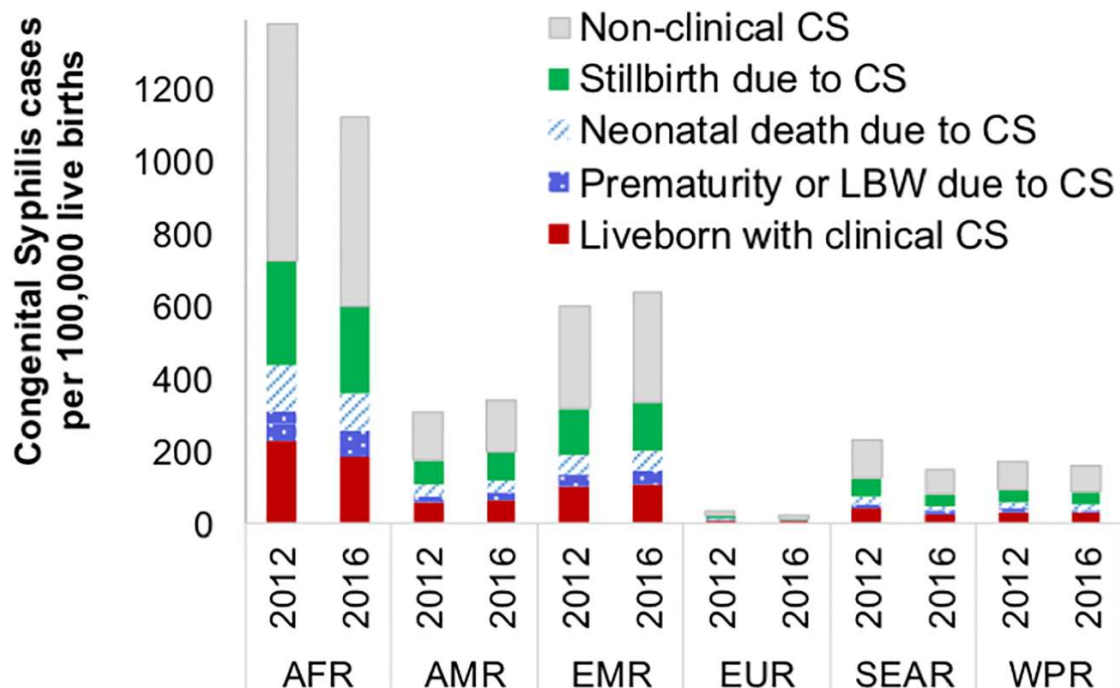
Porém, apesar da diminuição global do número de casos, a ocorrência continua elevada. Novas estimativas mostram que havia mais de meio milhão (cerca de 661.000) de casos de SC em 2016, resultando em mais de 200.000 natimortos e mortes de recém-nascidos a cada ano.

Conseguir a eliminação global de sífilis congênita, no entanto, exigirá melhorar o acesso à triagem e ao tratamento precoce da sífilis no pré-natal, monitorando clinicamente todas as mulheres diagnosticadas com sífilis e seus bebês, melhorando o gerenciamento dos parceiros e reduzindo a prevalência de sífilis na população em geral, expandindo testes, tratamento e vinculação dos parceiros aos serviços de saúde que ofertam cuidados pré-natais (KORENROMP *et al.*, 2019).

A Figura 1 demonstra o número de casos de sífilis congênita por 100 mil nascidos vivos em cada uma das seis regiões do mundo adotadas pela OMS, a saber, África, Américas, Região do Mediterrâneo Oriental, Europa, Sudeste da Ásia e Região do Pacífico Ocidental no período entre os anos de 2012 e 2016. Na Figura 1, fica evidenciado que somente na região das Américas e do Mediterrâneo Oriental o número de casos de sífilis congênita por 100.000 mil nascidos vivos aumentou no período entre 2012 e 2016. A marcação em verde no gráfico aponta os casos de natimortos em decorrência da sífilis congênita. Se somados aos casos de mortes

neonatais (marcação listrada), o desfecho do óbito tem elevado percentual de ocorrência, confirmando ser um agravo muito impactante na saúde perinatal.

**Figura 1.** Número de casos de sífilis congênita por 100 mil nascidos vivos no período de 2012 a 2016.



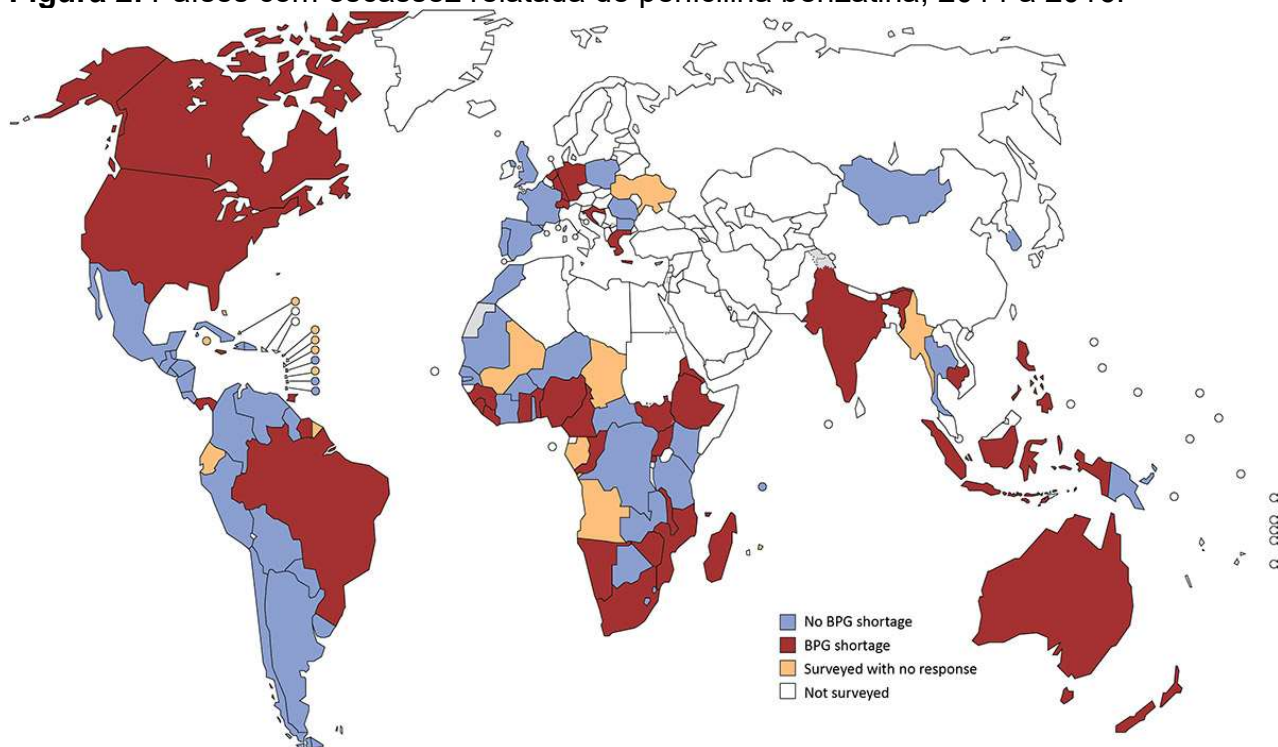
Fonte: Korenrom *et al.* (2019).

Legenda: África (AFR), Américas (AMR), Região do Mediterrâneo Oriental (EMR), Europa (EUR), Sudeste da Ásia (SEAR) e Região do Pacífico Ocidental (WPR).

A escassez de penicilina benzatina ameaçou o tratamento da sífilis em muitos países do mundo entre os anos de 2014 e 2016, pois esse medicamento é o único capaz de evitar a transmissão vertical da sífilis sem registro documental de resistência. Hoje existem esforços da OMS no sentido de harmonizar a qualidade do produto e os padrões de especificação entre os fabricantes, apesar dos valores de venda da penicilina não serem atrativos economicamente para quem fabrica, pois essa droga não é patenteada (WHO, 2019). A Figura 2 ilustra bem a situação dos estoques da penicilina nos países do mundo após levantamento feito pela OMS.

A Figura 2 demonstra a situação do Brasil no referido período, onde se registrou escassez de penicilina benzatina para o tratamento da sífilis, o que pode ter impactado nas altas taxas de incidência de SC no país nesse período (NURSE-FINDLAY *et al.*, 2017).

**Figura 2.** Países com escassez relatada de penicilina benzatina, 2014 a 2016.

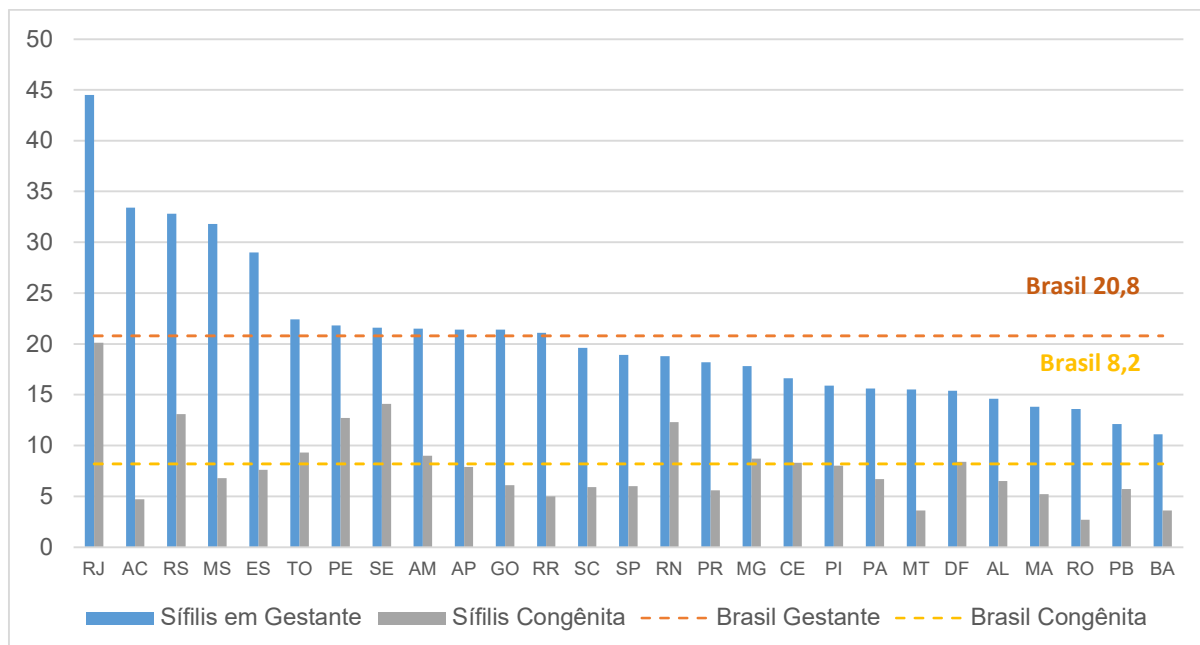


Fonte: WHO, 2019.

## 1.2 A SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Diante do desafiador cenário mundial frente à situação da sífilis em gestante e SC, o Brasil também registrou dados alarmantes desses agravos. A notificação compulsória da SC foi instituída no país através da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 e a notificação de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. (BRASIL, 2018). O Gráfico 1 mostra a situação epidemiológica da sífilis no Brasil no ano de 2019 e em cada um dos seus estados.

**Gráfico 1.** Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo unidade da federação, Brasil, 2019.



Fonte: DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

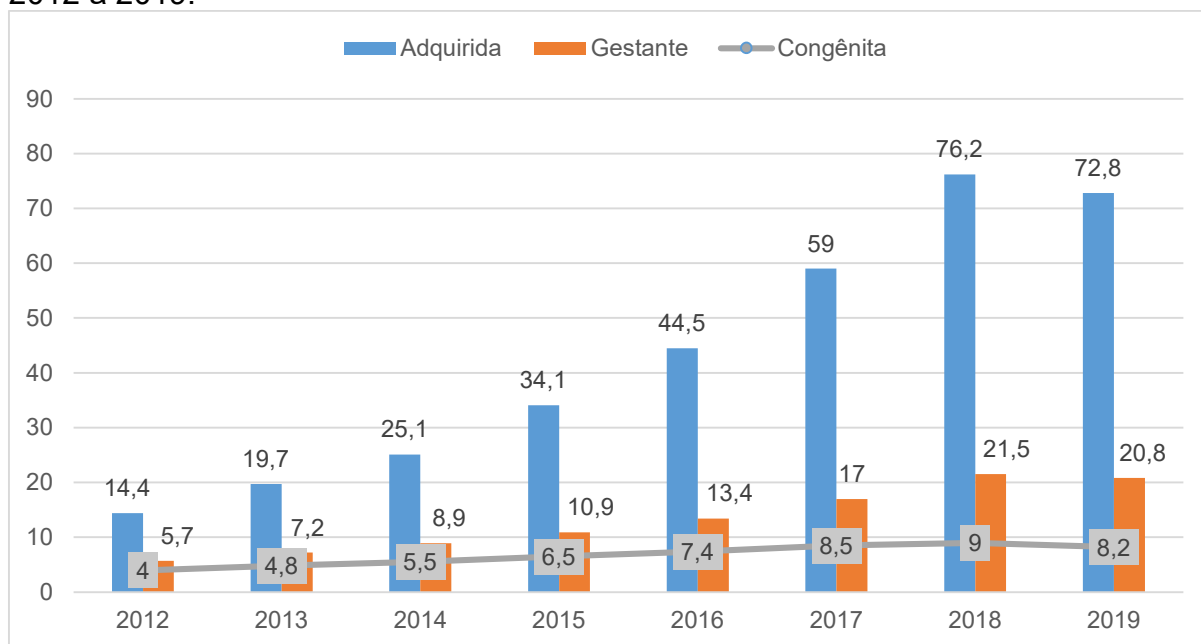
Assim como no ano anterior, nenhuma Unidade da Federação (UF) apresentou taxa de incidência de SC mais elevada que a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que pode refletir a melhora da notificação dos casos de sífilis em gestantes no país (BRASIL, 2020).

Em relação à sífilis em gestantes observamos doze estados com detecção acima da média brasileira, com destaque para os estados do Rio de Janeiro, Acre, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Espírito Santo. Em relação à SC, observam-se 8 estados com taxa de incidência superior à média nacional, sendo que o Espírito Santo não está mais entre esses estados.

Segundo os boletins epidemiológicos da sífilis publicados pelo MS (BRASIL, 2016, 2017, 2018 e 2019), o Espírito Santo, nos anos de 2015 a 2018, registrou taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de SC sempre acima da média nacional. Somente o boletim de 2020, que se refere aos dados de 2019, o estado registra a incidência de SC abaixo da média brasileira, o que não ocorre com a detecção de casos de sífilis em gestante.

O Gráfico 2 demonstra a evolução dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e aumento da incidência da SC no Brasil ao longo dos últimos anos, no período entre 2010 e 2018. A partir de 2019, verifica-se uma tendência de queda em todos os três agravos analisados.

**Gráfico 2.** Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico, Brasil, 2012 a 2019.



Fonte: DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

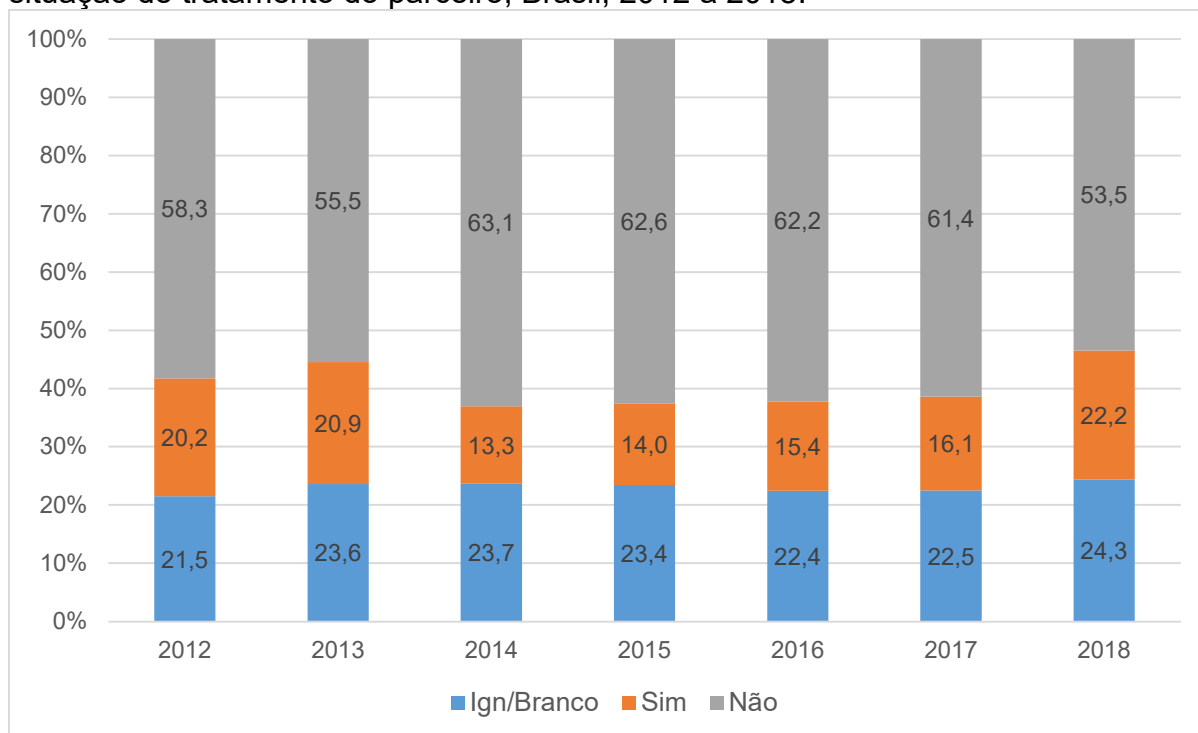
Embora se observe uma diminuição dos casos de sífilis em quase todo o país, cabe ressaltar que parte dessa redução pode estar relacionada à identificação de problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o que pode ocasionar diferença no total de casos entre as bases de dados municipal, estadual e federal de sífilis. O declínio no número de casos também pode decorrer de demora na notificação e alimentação das bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19 (BRASIL, 2020).

Esses dados apontam para o enorme desafio que é o enfrentamento à sífilis em um país com dimensões continentais, com realidades socioeconômicas distintas e limitações de acesso a serviços assistenciais de qualidade.

O Gráfico 3 revela uma situação de extrema relevância no que diz respeito ao controle da sífilis congênita: a situação de tratamento do parceiro. O SUS disponibiliza tais

dados somente até o ano de 2018. O percentual de parceiros não tratados é muito superior em todos os anos da série histórica. A confirmação do tratamento do parceiro se dá, na imensa minoria dos casos, ao longo do período considerado em todo o país.

**Gráfico 3.** Distribuição percentual de casos de sífilis congênita notificados segundo situação de tratamento do parceiro, Brasil, 2012 a 2018.



Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021), Acesso em 23/07/2021.

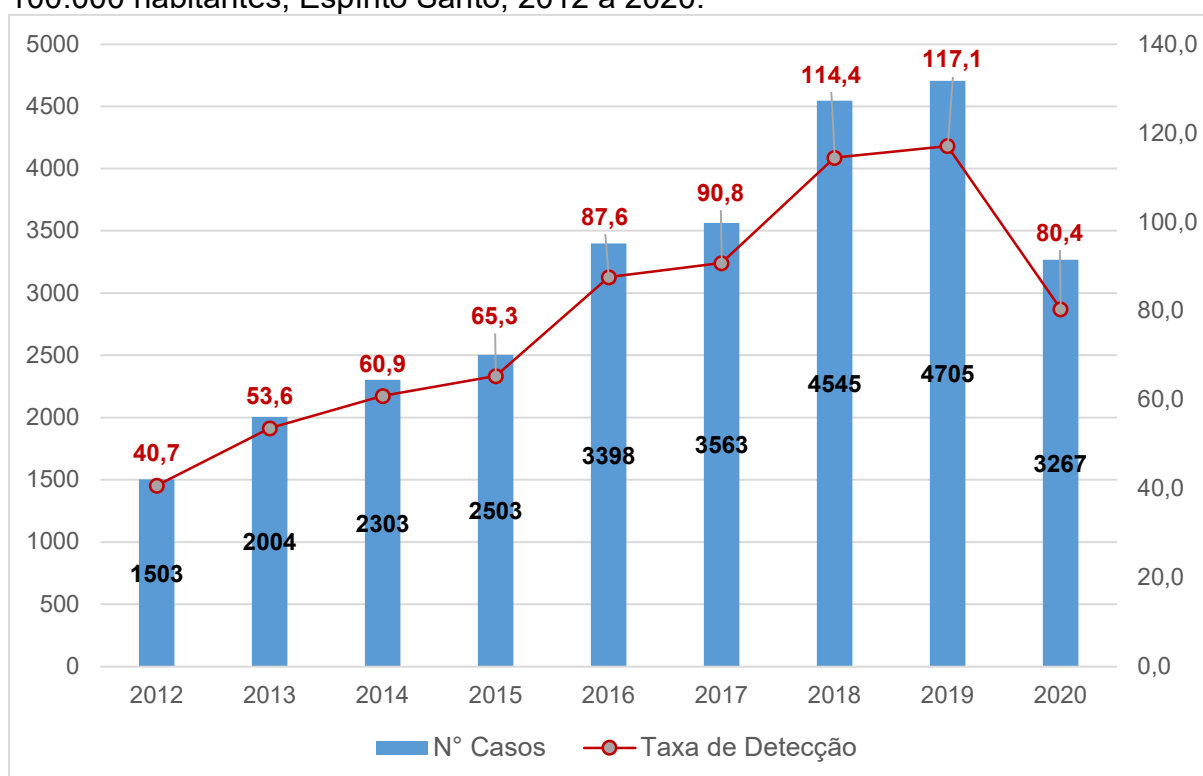
### 1.3 A SITUAÇÃO DA SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NO ESPÍRITO SANTO

Para melhor compreensão da situação epidemiológica da SC no Espírito Santo, é importante destacar a série histórica dos indicadores da sífilis adquirida e sífilis em gestante, sabendo-se que tais indicadores guardam forte relação entre si.

O Gráfico 4 demonstra o número de casos de sífilis adquirida segundo ano de notificação e a taxa de detecção no período entre 2012 e 2020 no estado do Espírito Santo. Esses dados evidenciam uma forte tendência do aumento da detecção de

casos de sífilis adquirida entre os anos de 2012 e 2019, quando o número de casos mais que triplicou, atingindo registros muito superiores à média nacional (72,8 casos por 100.000 mil habitantes) indicada no Gráfico 2. Em 2020, registrou-se uma queda brusca no número de casos detectados, o que pode estar relacionado com a pandemia da covid-19, que ocasionou a diminuição no número de registros ou ainda a diminuição da oferta de exames para testagem da doença.

**Gráfico 4.** Número absoluto de casos de sífilis adquirida e taxa de detecção por 100.000 habitantes, Espírito Santo, 2012 a 2020.

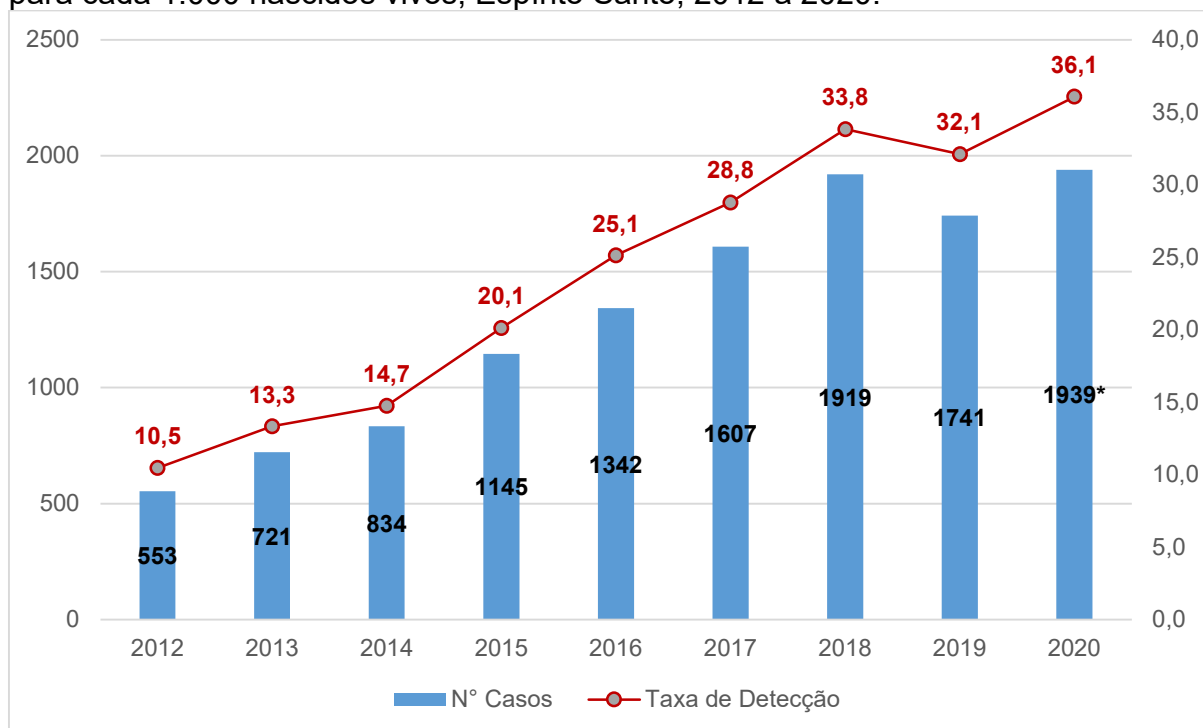


Fonte: elaborado pela autora com base em SESA (2021). Acesso em 29/06/2021.

Nesse cenário de altas taxas de detecção de sífilis adquirida, as taxas de detecção de sífilis em gestantes acompanham a tendência. O Gráfico 5 demonstra o número de casos notificados no estado do Espírito Santo entre os anos de 2012 e 2020. Fica evidente um expressivo aumento que representa mais do que o triplo de casos, comparando-se o primeiro e o último ano da série histórica. A detecção de casos em gestantes registrou ligeiro aumento no primeiro ano da pandemia da covid-19, mantendo-se bem acima da média nacional que, por sua vez, registrou cerca de 20 casos para cada mil nascidos vivos, conforme Gráfico 2.



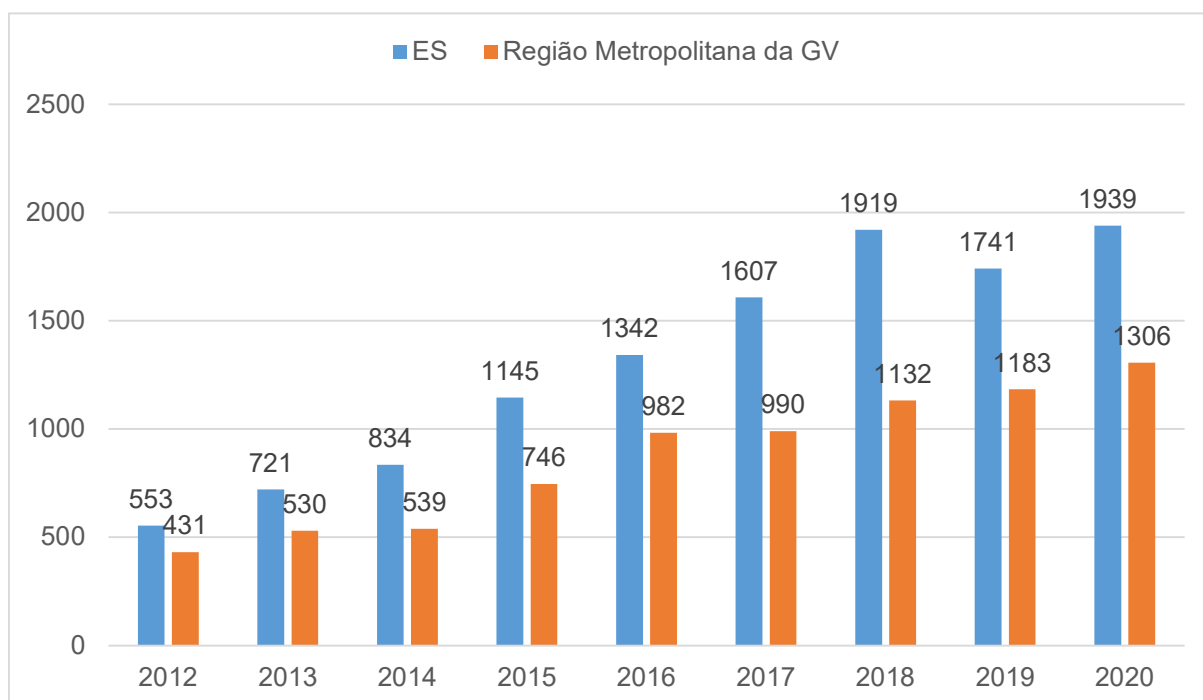
**Gráfico 5.** Casos de sífilis em gestante confirmados notificados e taxa de detecção para cada 1.000 nascidos vivos, Espírito Santo, 2012 a 2020.



Fonte: elaborado pela autora com base em SESA (2021). Acesso em 29/06/2021.

O Gráfico 6 compara a distribuição dos casos de sífilis em gestante em todo o estado do Espírito Santo, com a distribuição dos casos nos sete municípios da Grande Vitória, a saber, Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. No período considerado, 2012 a 2020, os municípios da Grande Vitória concentraram 67% de todos os casos confirmados notificados no estado. O Gráfico 6 reforça e representatividade dos sete municípios da Grande Vitória com seus altos registros de casos de sífilis na gestação no cenário capixaba. Tais registros devem ser analisados em comparação com os casos notificados e confirmados de sífilis congênita para os mesmos municípios no mesmo período a fim de se estabelecer um paralelo entre a capacidade da rede básica assistencial em detectar a doença precocemente durante o pré-natal, a realização do correto manejo clínico e finalmente ter o desfecho da cura materna e um conceito saudável.

**Gráfico 6.** Distribuição de casos de sífilis em gestante confirmados notificados por residência na região metropolitana da Grande Vitória e em todo o estado. Espírito Santo, 2012-2021.

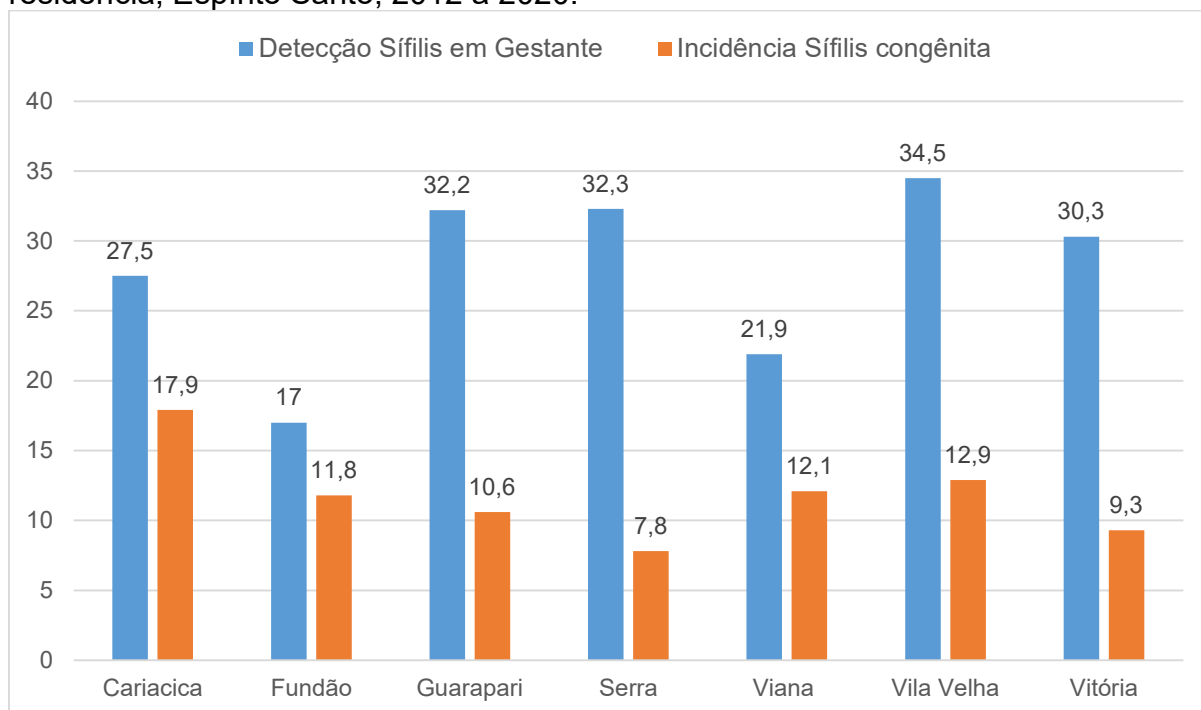


Fonte: elaborado pela autora com base em SESA (2021). Acesso em 02/07/2021.

O Gráfico 7 (DATASUS, 2021) a seguir ilustra essa relação e nos permite uma análise preliminar sobre a capacidade da rede básica assistencial destes municípios de ofertar os devidos cuidados pré-natais às gestantes com sífilis e seus parceiros.

Os gráficos apresentados indicam grande relevância dos municípios da Grande Vitória no cenário epidemiológico da sífilis em gestante e SC no estado (DATASUS, 2021). As taxas demonstradas no Gráfico 7 consideram o acumulado dos registros no período entre 2012 e 2020, tendo Cariacica, Guarapari, Serra, Vila Velha e Vitória registrado taxas de detecção de sífilis em gestantes bem acima da média nacional. Comparando a taxa de incidência de sífilis congênita do Brasil com os municípios da Grande Vitória, somente Serra registra uma incidência menor à média nacional de 8,2 casos para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2019.

**Gráfico 7.** Taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico e município de residência, Espírito Santo, 2012 a 2020.



Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

Ao longo dos últimos anos, o estado do Espírito Santo registrou taxas de incidência de SC muito acima do preconizado pelo MS, pela OMS e por outros organismos internacionais dos quais o Brasil é signatário. A taxa aceitável preconizada é de 0,5 casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos. Com o objetivo de alcançar taxas de incidência dentro do limite aceitável e reverter o grave cenário epidemiológico que o estado se encontrava para a SC, o Governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) instituiu o Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita no ano de 2017 (ESPÍRITO SANTO, 2017). A Tabela 1 demonstra a série histórica da taxa de incidência para cada 1.000 nascidos vivos bem como a evolução do número absoluto de casos.

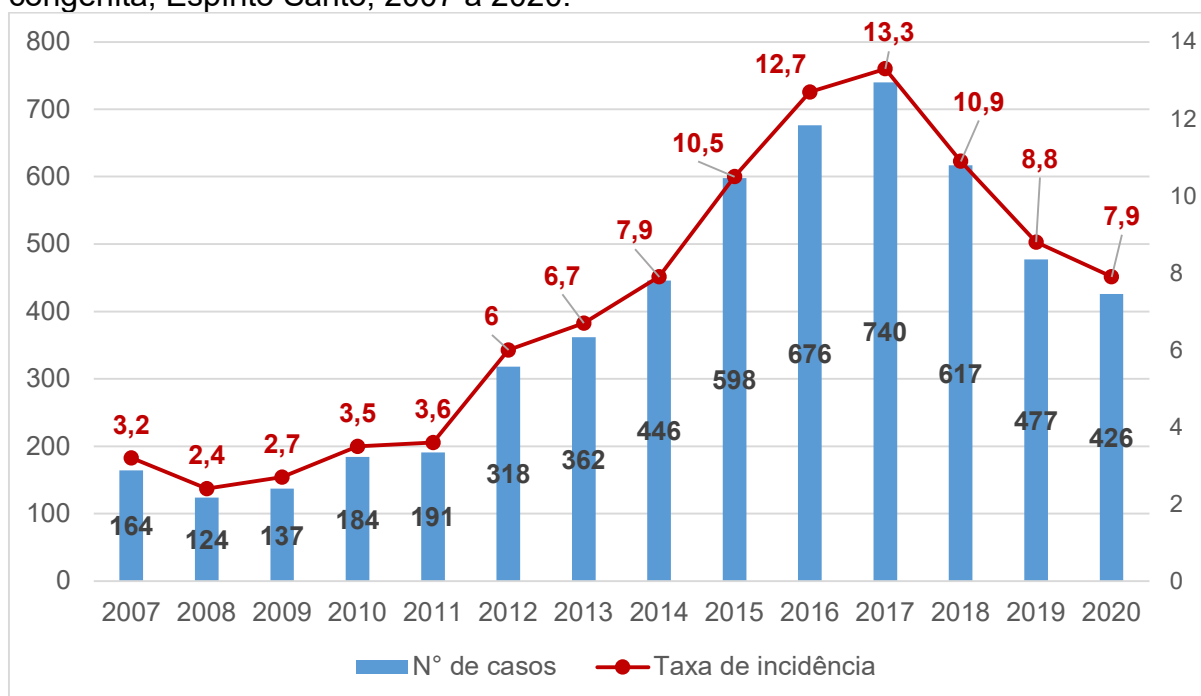
**Tabela 1.** Número absoluto de casos de sífilis congênita e taxa de incidência no período entre 2007 e 2020 no Espírito Santo.

<b>Ano do nascimento</b>	<b>Nascidos vivos (segundo estado de residência)</b>	<b>Nº de casos de sífilis congênita</b>	<b>Taxa de incidência por mil nascidos vivos</b>
2007	51.046	164	3,2
2008	51.909	124	2,4
2009	51.518	137	2,7
2010	51.879	184	3,5
2011	53.092	191	3,6
2012	52.857	318	6
2013	54.084	362	6,7
2014	56.564	446	7,9
2015	56.945	598	10,5
2016	53.419	676	12,7
2017	55.846	740	13,3
2018	56.723	617	10,9
2019	54.236	477	8,8
2020	53.754	426	7,9

Fonte: SESA (2021). Acesso em 29/06/2021.

O Gráfico 8 ilustra a evolução do número absoluto de casos de SC desde o ano de 2007 até 2020, assim como a taxa de incidência da doença para cada mil nascidos vivos que foram elencados na Tabela 1. A partir de 2018, se observa uma tendência de queda que se confirma nos anos seguintes. Tal queda pode estar relacionada à operacionalização do plano de enfrentamento à SC que a SESA pactuou em todas as regiões de saúde. Entretanto, os dados ainda apontam para uma longa jornada até que sejam alcançados os índices aceitáveis para esse agravo.

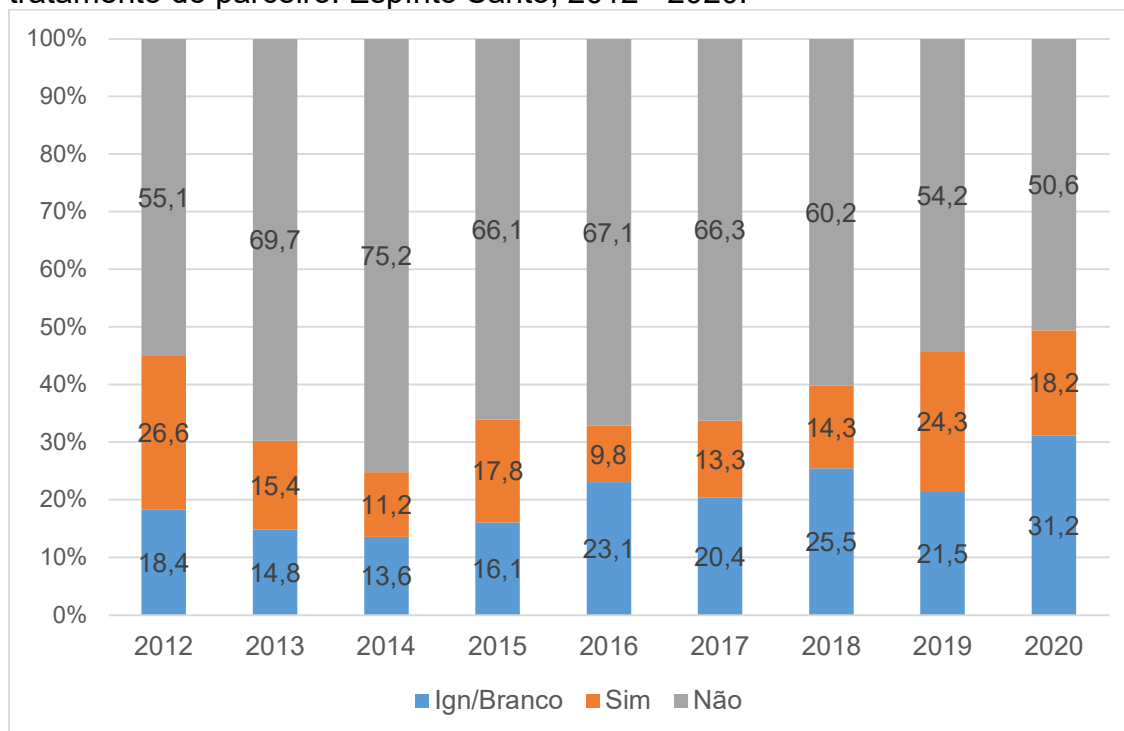
**Gráfico 8.** Número absoluto de casos notificados e taxa de incidência de sífilis congênita, Espírito Santo, 2007 a 2020.



Fonte: SESA (2021). Acesso em 02/07/2021.

O Gráfico 9 expõe a situação do tratamento concomitante do parceiro nos casos de SC no estado do Espírito Santo no período entre 2012 e 2020. A semelhança dos resultados dessa variável com o cenário nacional é grande, reproduzindo a situação de não tratamento do parceiro na maioria dos casos registrados no período estudado. Os dados de 2020 sugerem inclusive uma piora na qualidade do registro, pois a ocorrência do campo Ignorado/Branco aumentou quase 10 pontos percentuais. Também se observa diminuição percentual de casos de SC com os parceiros tratados no ano da pandemia.

**Gráfico 9.** Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo situação de tratamento do parceiro. Espírito Santo, 2012 - 2020.



Fonte: SESA (2021). Acesso em 29/06/2021.

#### 1.4 A SITUAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTES E DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SERRA

Segundo dados do e-Gestor Atenção Básica no período de referência de dezembro de 2020, o município de Serra possuía 517.510 habitantes, 42% de cobertura de ESF com 46 equipes e 205 Agentes Comunitários de Saúde; 79,24% de cobertura de Atenção Básica; 6 Unidades Regionais de Saúde (URS); 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS); e 18 equipes de saúde bucal e nenhum Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

A justificativa para o presente estudo ser feito no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Serra está demonstrada pela situação epidemiológica da sífilis que se desenhou no maior município do estado em termos populacionais. A situação demonstrada no âmbito nacional e estadual se reflete no município em questão. Apesar de Serra não apresentar as maiores taxas de incidência de SC dentre

os municípios da Grande Vitória, a situação epidemiológica para esse agravo está longe de atingir a situação desejável de 0,5 casos para cada mil nascidos vivos.

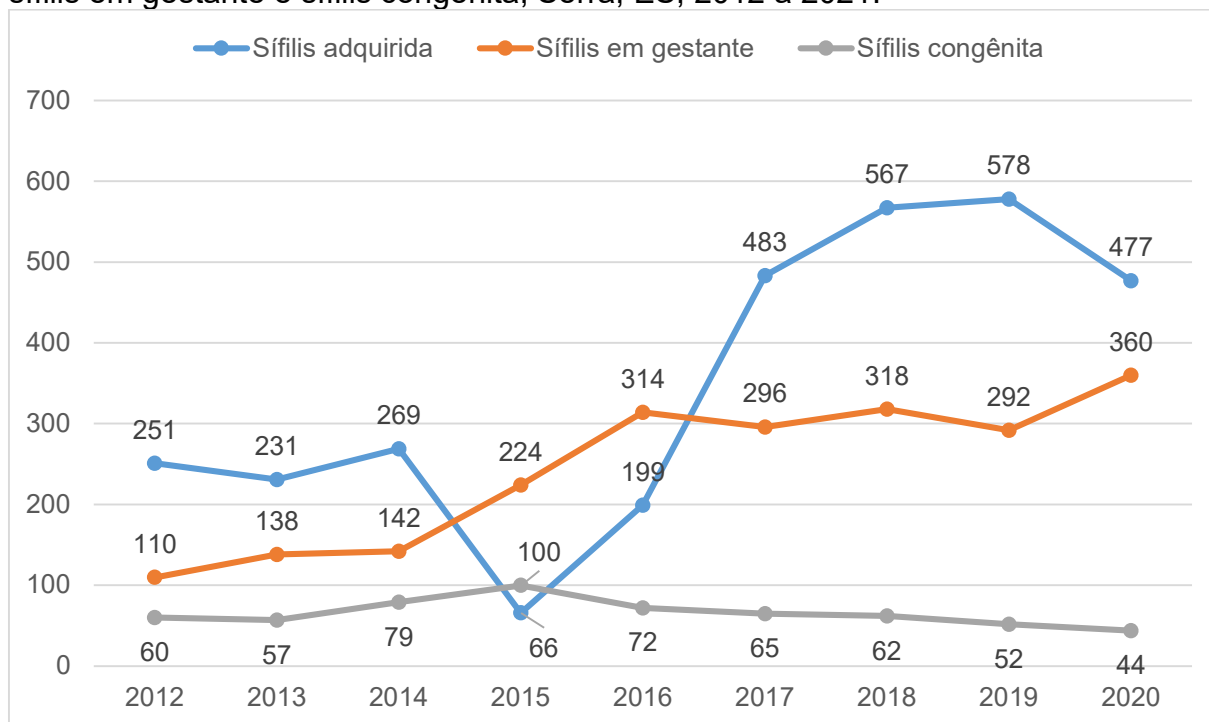
Os dados a seguir retratam o cenário que justifica a escolha desse município como campo de pesquisa e nos darão pistas para refletir posteriormente sobre as práticas de cuidado às gestantes com sífilis e seus parceiros. Fatores sociodemográficos como idade, escolaridade e raça/cor da gestante serão apresentados, bem como os fatores clínicos, como realização de pré-natal, momento do diagnóstico e tratamento adequado, dentre outros, para pensarmos seus impactos nos casos registrados de sífilis em gestante e congênita.

É relevante destacar que os dados de 2020 ainda são preliminares a depender da fonte que se obtêm os dados. Aqueles extraídos do TABNET/DATASUS/MS estão atualizados até junho de 2020. Aqueles que foram extraídos do e-SUS VS e TABNET/SESA foram atualizados até junho de 2021. Por esse motivo, optamos por fazer a análise dos dados por distribuição percentual de ocorrência, para que pudéssemos incluir os dados de 2020, mesmo que estivessem ainda em sua versão preliminar.

O Gráfico 10 traz a série histórica dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e SC diagnosticados e notificados no período entre os anos de 2012 e 2020 no município de Serra. Fica explícito que o número de casos de SC nunca superou os casos detectados de gestante com sífilis, o que é desejável, pois apontam para uma razoável capacidade de detecção e notificação da doença durante a gestação e a realização do tratamento, evitando a transmissão vertical na maioria dos casos.

É possível verificar que até 2016 os casos de sífilis em gestante mais que dobraram, registrando ligeira queda até 2019. A situação de 2020 aponta para novo aumento de casos no primeiro ano da pandemia do coronavírus, representando mais do que o triplo de casos em comparação com o primeiro ano da série histórica apresentada. Já os casos de sífilis adquirida registraram queda representativa no número de notificações após 4 anos consecutivos de aumento na ocorrência.

**Gráfico 10.** Número absoluto de casos confirmados notificados de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, Serra, ES, 2012 a 2021.



Fonte: DATASUS (2021). Acesso em 29 de junho de 2021.

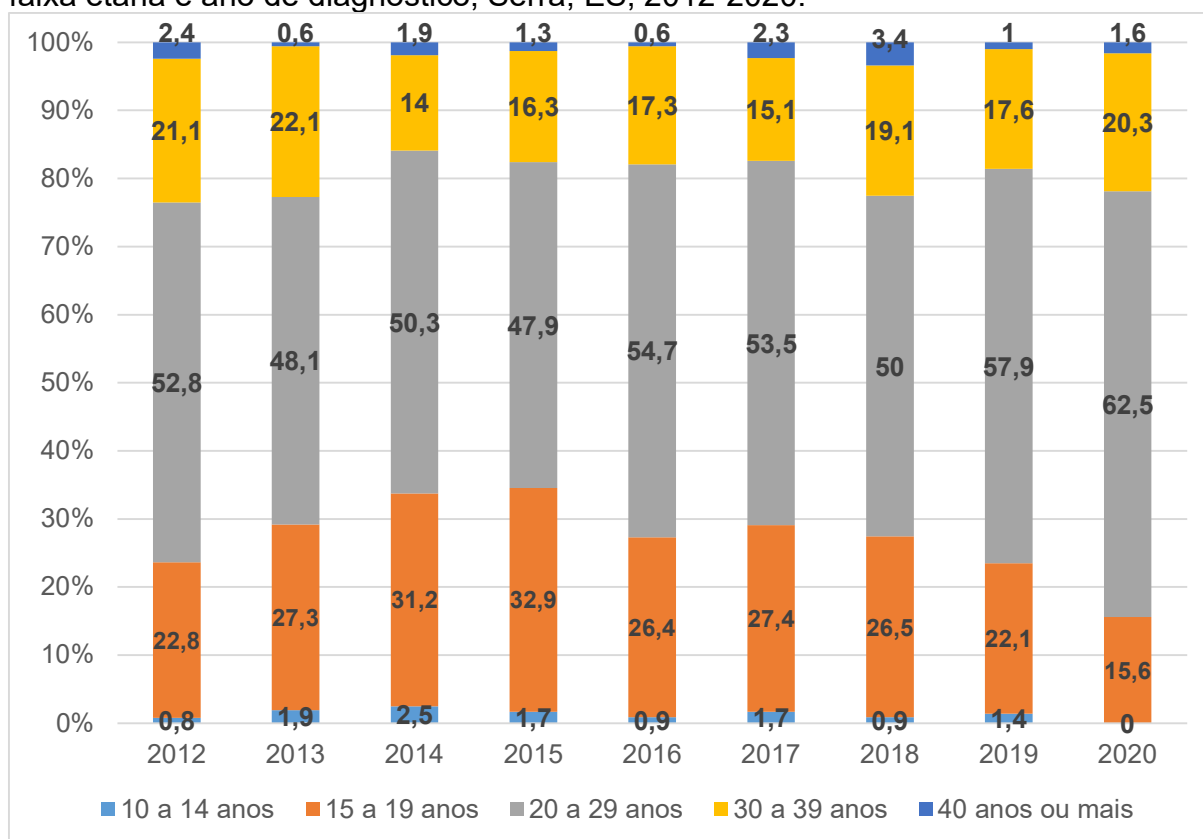
A série histórica de casos de SC demonstra um pico de 100 casos em 2015 e uma queda importante até o ano de 2020, atingindo 44 casos. O município refletiu a tendência de queda do número de casos registrada no cenário nacional, que pode ter sido influenciada pela demora na alimentação dos sistemas de informação oficiais, conforme já exposto.

No Espírito Santo, a situação da alimentação dos bancos de dados também pode ter sofrido influência da implantação de um novo sistema de informação de agravos de notificação compulsória. Em 03 de janeiro de 2020, foi publicada, no Diário Oficial, a portaria N° 001-R que instituiu o Sistema de Informação em Saúde e-SUS VS como o único sistema de informação oficial para agravos de notificação compulsória. O sistema foi desenvolvido no Estado, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e substituiu a utilização do sistema do MS, a saber, o Sinan. Possivelmente, a implantação de um novo sistema também tenha afetado de alguma forma a alimentação do banco de dados, que, nesse caso, estava na fase de implantação e implementação durante o ano de 2020.



O Gráfico 11 demonstra a distribuição percentual de casos de sífilis em gestante por faixa etária e ano de diagnóstico, no período entre 2012 e 2020. Observa-se uma predominância dos casos em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos. Também se destaca como bastante relevante a ocorrência de casos na faixa etária entre gestantes adolescentes de 15 a 19 anos. Preliminarmente, os dados apontam para uma redução de 6,5 pontos percentuais nos casos na faixa etária de adolescentes com 15 a 19 anos de 2019 para 2020 e nenhuma ocorrência de casos de sífilis em gestante em crianças de 10 a 14 anos.

**Gráfico 11.** Distribuição percentual de casos confirmados de sífilis em gestante por faixa etária e ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012-2020.



Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

A Tabela 2 traz a situação da escolaridade das gestantes positivas para sífilis na série histórica estudada com a distribuição percentual dos casos de acordo com o nível de escolaridade. O que chama bastante atenção na Tabela 2 é que, a partir de 2017, fica evidente uma qualificação no preenchimento da ficha de notificação onde o campo escolaridade marcada como ignorada tornou-se cada vez menos frequente, deixando de ser a resposta com a maior ocorrência.

Assim como para diversas situações e agravos em saúde, a escolaridade é um dos fatores determinantes para a maior ocorrência de casos para aquelas gestantes com menor grau de instrução. Apesar do elevado percentual de casos entre gestantes com ensino médio completo, observa-se que 65,8% dos casos registrados em 2020 são de gestantes com baixa escolaridade, aqui considerada como ensino médio incompleto.

**Tabela 2.** Distribuição percentual de casos confirmados de sífilis em gestante por escolaridade e ano de diagnóstico. Serra - ES, 2012-2020.

<b>Escolaridade</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Analfabeto	0,8	0,6	0	0,4	0	0	0	0	0
1a a 4a série incompleta	4,1	7,1	1,9	2,1	2,1	2	1,2	3,4	6,3
4a série completa	2,4	3,9	1,3	1,3	2,4	0,3	0,9	2,1	1,6
5a a 8a série incompleta	13,8	21,3	24,2	20,8	24	22,7	14,5	16,6	21,9
Fundamental Completo	8,1	5,8	5,1	9,6	9,4	5,7	9	9,3	14,1
Médio Incompleto	8,1	7,1	11,5	14,6	13,4	18,4	25,3	41,7	21,9
Médio Completo	15,4	9	8,3	12,5	17	36,8	38,3	19,7	23,4
Superior Incompleto	0,8	0	0	0,4	0,9	0,7	1,9	1,4	3,1
Superior Completo	0	0,6	0,6	0,8	0,9	0,7	0,9	1	1,6
Não se aplica	0	0,6	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	46,3	43,9	47,1	37,5	29,8	12,7	8	4,8	6,3

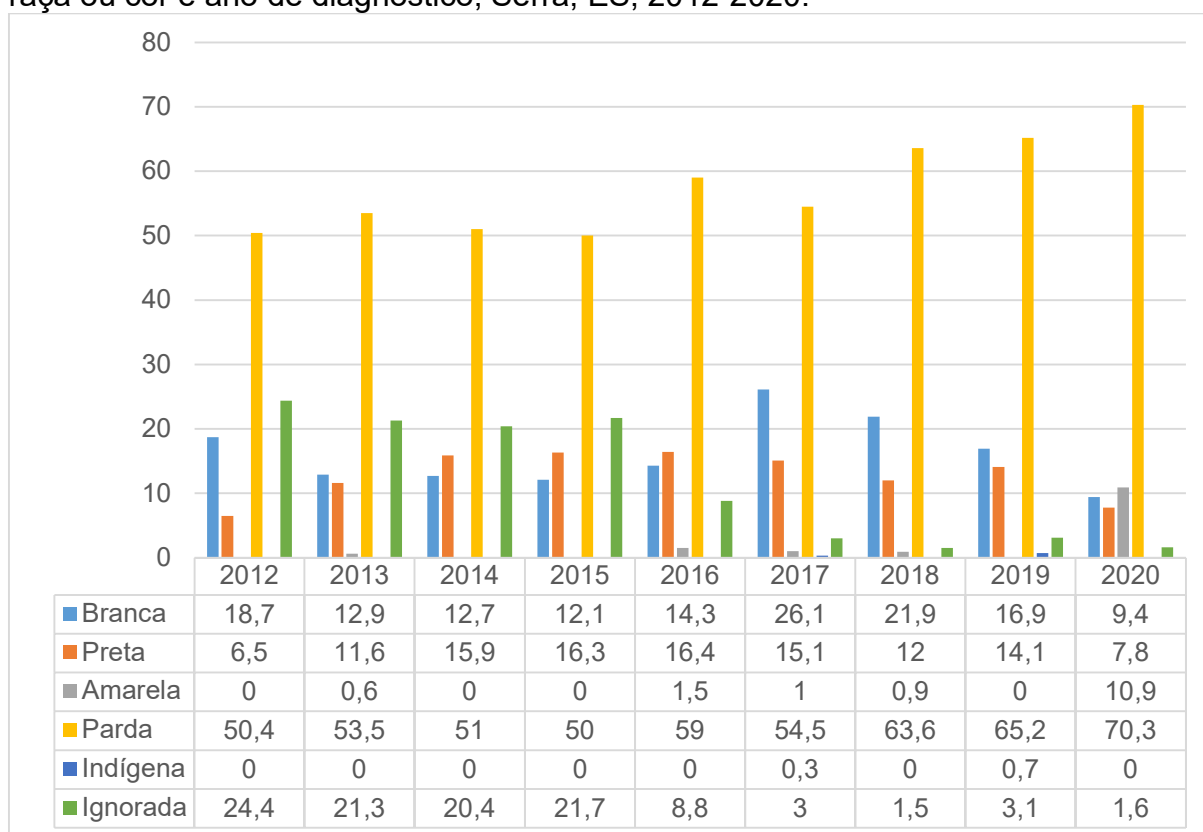
Fonte: elaborado pela autora, DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

O Gráfico 12 demonstra a distribuição percentual de casos de sífilis em gestante por raça e cor. A série histórica também aponta para uma qualificação do registro da informação, pois o campo “ignorado” representava 24,4% dos casos em 2012, caindo para somente 1,6% dos casos em 2020. As gestantes pardas em todos os anos da série histórica representam o maior percentual de casos positivos para sífilis, seguidas das gestantes brancas e pretas. Chama muita atenção o registro de quase 11% nos

dados de 2020 com das gestantes positivas serem da raça amarela, pois a série histórica indicava percentual ínfimo de mulheres da referida cor/raça.

O Gráfico 12 ainda evidencia uma questão racial importante na ocorrência dos casos de sífilis em gestantes pretas e pardas. Juntas, representaram cerca de 70% do total de casos nos anos da série histórica, sendo que em 2020 representaram 78% dos casos.

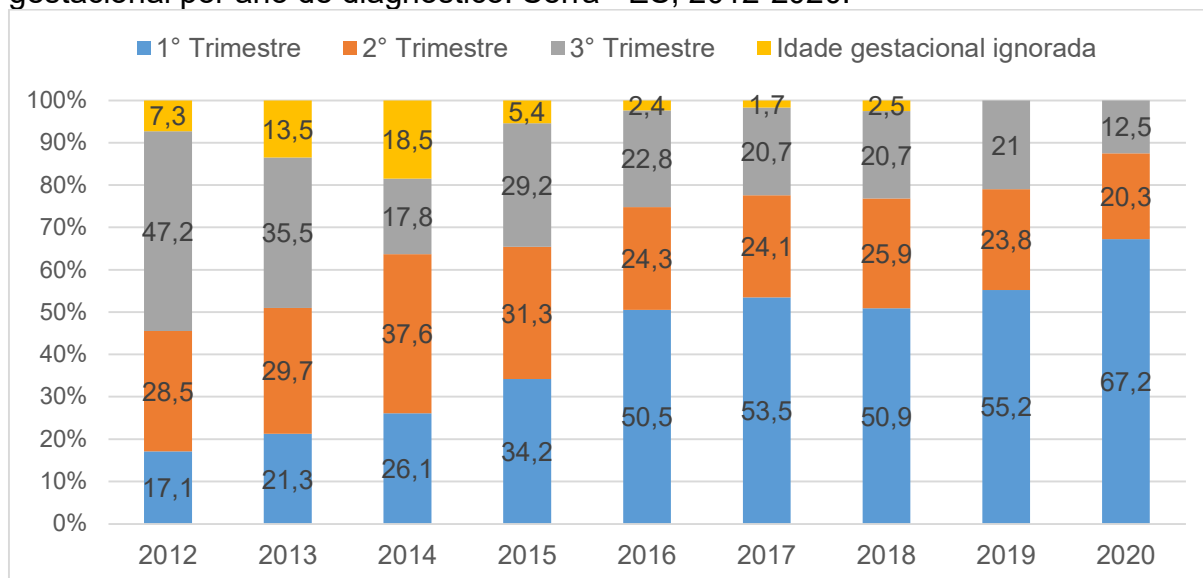
**Gráfico 12.** Distribuição percentual de casos confirmados de sífilis em gestante por raça ou cor e ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012-2020.



Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

Para concluir o levantamento dos dados sobre as gestantes positivas para sífilis no período estudado no município de Serra, ES, o Gráfico 13 apresenta a distribuição percentual de casos segundo a idade gestacional por ano de diagnóstico.

**Gráfico 13.** Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Serra - ES, 2012-2020.



Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

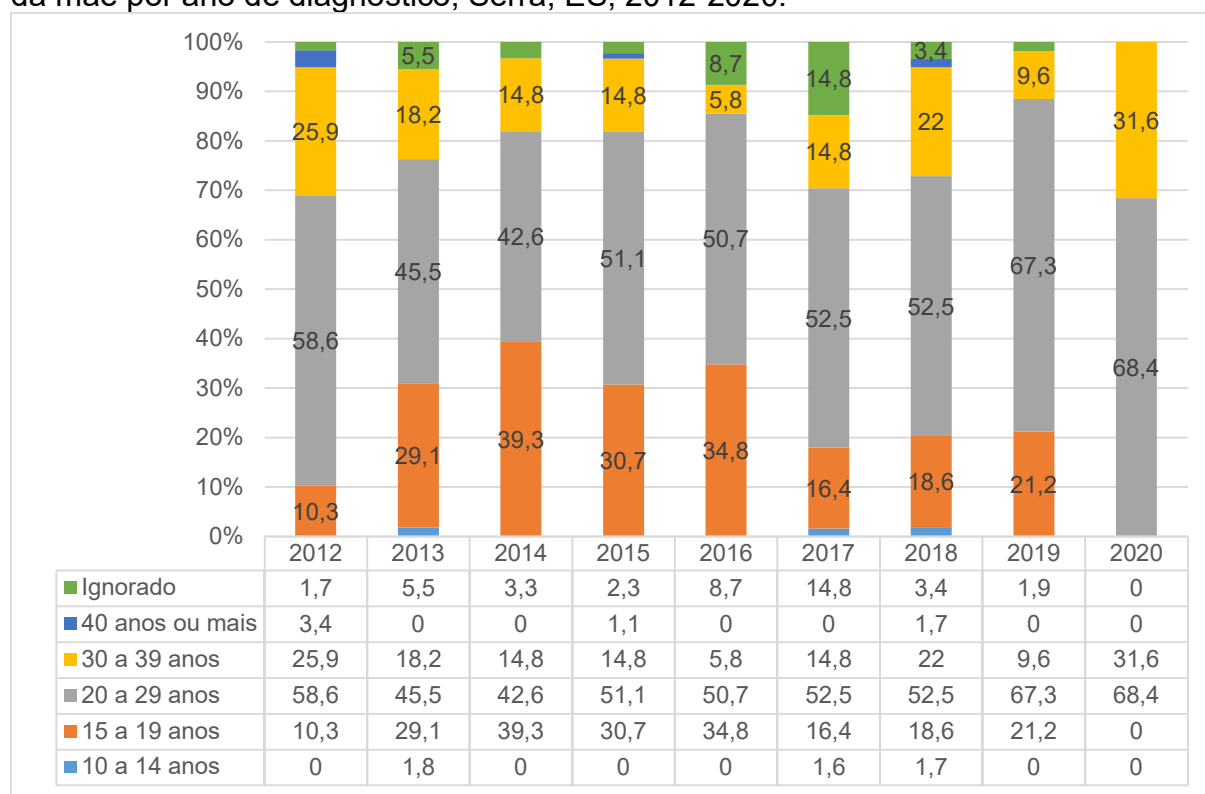
A série histórica demonstra melhora significativa da detecção da doença no 1º trimestre da gestação, saltando de 17%, em 2012, para 67%, em 2020. Tal fato aumenta bastante a chance de cura da gestante e evitabilidade da transmissão vertical da sífilis. A diminuição dos casos de SC ao longo do período estudado pode ter relação com a melhora na detecção dos casos durante a gestação, ou seja, detecção mais precoce. Também é evidenciada uma melhora na qualidade das notificações, pois o campo idade gestacional ignorada não teve registros em 2019 e 2020.

A seguir, serão demonstrados os dados referentes aos casos notificados de SC e sua distribuição percentual em relação a alguns fatores sociodemográficos e aspectos clínico-assistenciais, como realização de pré-natal, tratamento adequado da mãe e do parceiro, dentre outros.

O Gráfico 14 demonstra a distribuição percentual de casos de SC segundo faixa etária da mãe e ano de diagnóstico. Há um predomínio de casos em gestantes entre 20 e 39 anos, principalmente porque a grande maioria dos nascimentos (cerca de 85%) são de mulheres nessa faixa etária (SINASC/TABNET/SESA, Consulta em 24/04/2021).

O que chama a atenção é o percentual elevado de casos de sífilis congênita em gestantes adolescentes entre 15 e 19 anos até o ano de 2020. É importante destacar que para todos os nascidos vivos do período estudado no município de Serra (70.953 nascidos vivos no período entre 2012 a 2020), as gestantes desta faixa etária representaram cerca de 14% (10.102 gestantes) (SINASC/TABNET/SESA, Consulta em 10/07/2021), mas na ocorrência de SC representaram cerca de 24,5% dos casos no mesmo período (DATASUS, 2021).

**Gráfico 14.** Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012-2020.



Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

Essa situação evidencia a vulnerabilidade da gestação na adolescência e aponta para uma situação de ineficiência da rede assistencial para cuidar desses casos que exigem olhar mais cuidadoso, demandando articulação intersetorial. Estudo realizado no estado do Paraná, apontou que gestantes com idade inferior a 20 anos apresentaram maior risco de adquirir a infecção na gestação. Isso pode ser explicado pela vulnerabilidade da população adolescente, mais exposta às doenças sexualmente transmissíveis, visto que é uma fase de imaturidade etária, emocional e

cognitiva, além de um período de descobertas e de grande influência de grupos sociais (BRASIL, 2015).

A Tabela 3 mostra o percentual de casos de gestantes adolescentes positivas para sífilis que tiveram o desfecho perinatal de transmissão vertical (TV) no período entre 2012 e 2020.

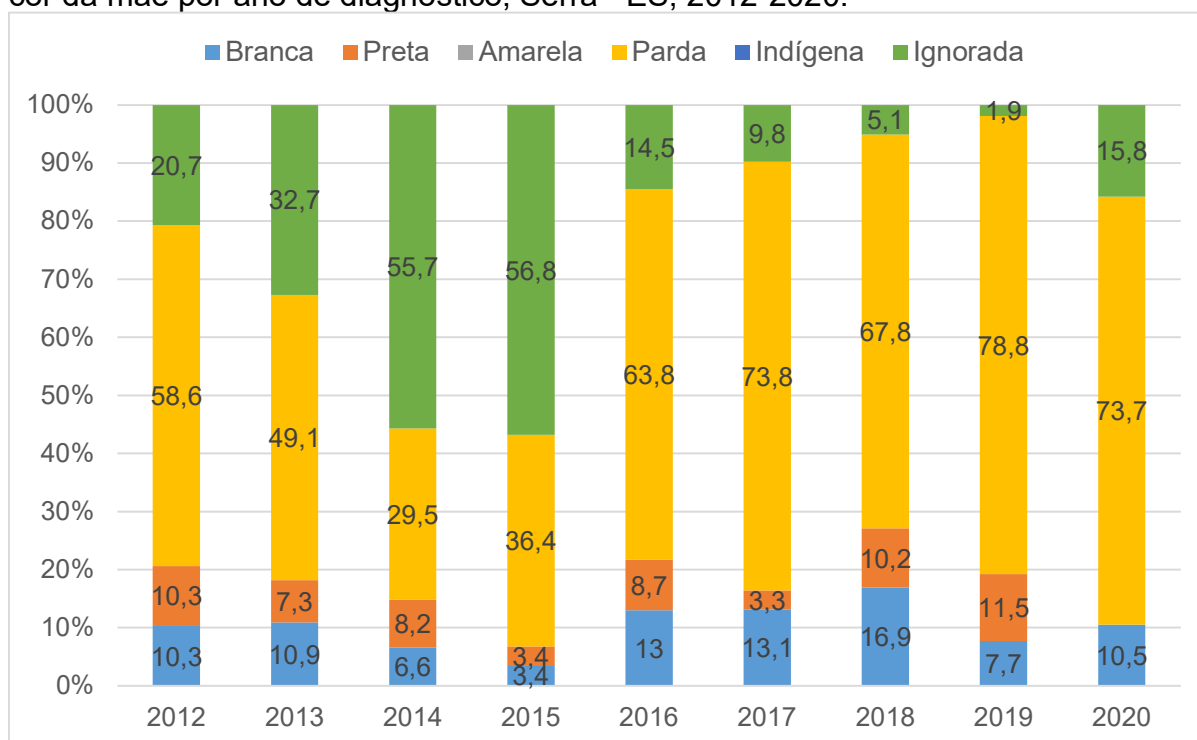
**Tabela 3.** Proporção de casos de gestantes com sífilis na faixa etária de 15 a 19 anos com desfecho de transmissão vertical.

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>Proporção de casos de transmissão vertical na faixa etária 15 a 19 anos</b>	21,4	38,1	49	34,2	27,6	12,2	12,8	17,2	0	24,5

Fonte: elaborada pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 24/04/2021.

O Gráfico 15 demonstra a distribuição percentual de casos de SC segundo raça ou cor da mãe. Há um predomínio muito evidente de casos em mulheres pardas na série histórica apresentada. Também chama atenção a qualificação da notificação a partir do ano de 2016, onde o campo “ignorado” deixa de registrar o maior número de ocorrências e a coleta dos dados sobre raça ou cor passa a acontecer de forma desejável. Preliminarmente esse avanço na qualificação da coleta de dados pareceu ter retrocedido um pouco no ano da pandemia do coronavírus especificamente para a informação relacionada a raça/cor, pois, em 2020, esse campo registrou 15,8% de ocorrências no campo ignorado, enquanto no ano anterior registrou somente 1,9%.

**Gráfico 15.** Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo raça ou cor da mãe por ano de diagnóstico, Serra - ES, 2012-2020.



Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

Na perspectiva da escolaridade da mãe, a Tabela 4 mostra a distribuição percentual de casos de SC por ano de diagnóstico no município de Serra, ES. Os dados apontam também para uma discreta melhora na qualidade dos registros, pois, na série histórica, o campo “ignorado” representou 63% das respostas em 2015, tendo esse percentual reduzido para 10,5% no ano de 2020. A escolaridade baixa é um importante fator determinante para a ocorrência de casos de SC.

A semelhança da maior ocorrência dos casos da sífilis em gestantes, as mães com baixa escolaridade representam 79% dos casos de SC no período estudado. O Estudo Nascer no Brasil observou um gradiente de infecção pela sífilis e de SC segundo escolaridade materna: quanto menor a escolaridade da mulher, maior a ocorrência de infecção pela sífilis e de SC (DOMINGUES; LEAL, 2016).

**Tabela 4.** Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2020.

<b>Escolaridade da Mãe</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Analfabeto	-	-	-	-	-	1,6	-	1,9	5,3
1ª a 4ª série incompleta	6,9	5,5	3,3	3,4	2,9	-	1,7	1,9	5,3
4ª série completa	3,4	7,3	3,3	1,1	-	-	3,4	1,9	-
5ª a 8ª série incompleta	17,2	25,5	13,1	11,4	11,6	6,6	6,8	17,3	31,6
Fundamental Completo	6,9	1,8	1,6	3,4	5,8	6,6	1,7	11,5	10,5
Médio Incompleto	8,6	5,5	13,1	10,2	10,1	23	15,3	36,5	26,3
Médio Completo	8,6	7,3	6,6	5,7	11,6	32,8	35,6	11,5	10,5
Superior Incompleto	-	-	-	-	-	3,3	-	-	-
Superior Completo	-	-	-	1,1	-	-	-	-	-
Ignorado	48,3	47,3	59	63,6	58	26,2	35,6	17,3	10,5

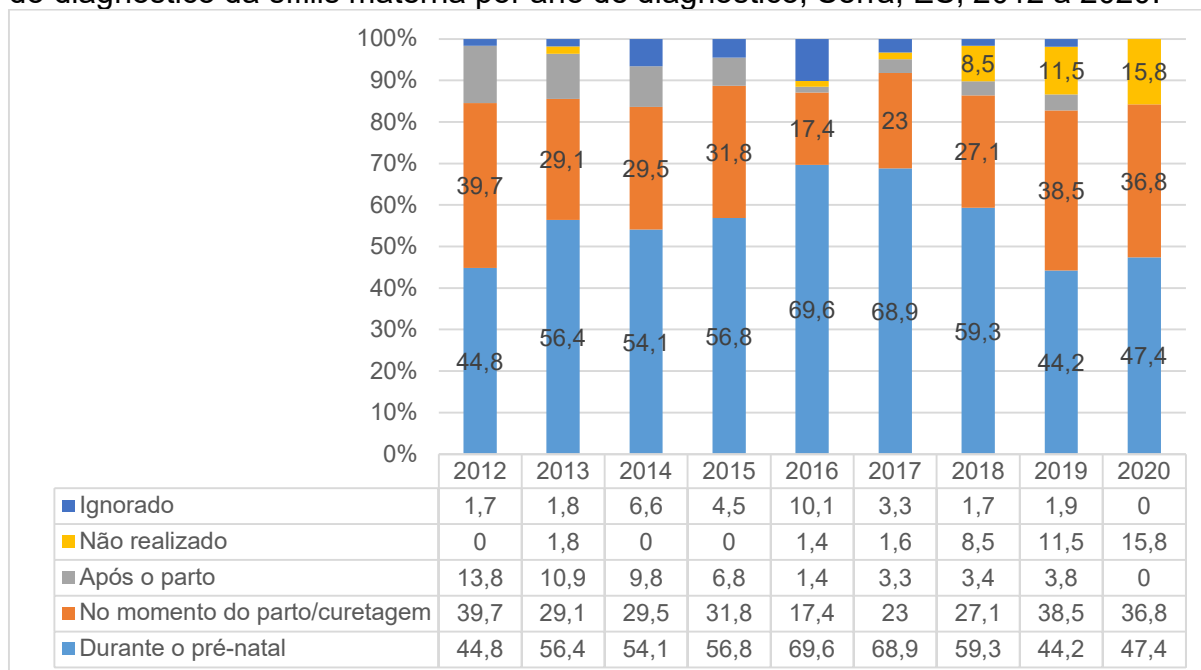
Fonte: elaboração da autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

O Gráfico 16 retrata a situação dos casos de SC por momento do diagnóstico da sífilis materna. A maioria dos casos é diagnosticado durante o pré-natal, mas ainda se percebe grande parte dos casos diagnosticados no âmbito hospitalar no momento do parto e da curetagem, nos casos de abortamento. Essa situação traz elementos interessantes para pensar a capacidade de detecção da sífilis em gestante e a qualidade do pré-natal, tendo em vista que cada consulta é uma oportunidade para realização do teste rápido ou de solicitação de exames, conforme preconizado nos protocolos clínicos.

Nos 2 últimos anos da série histórica trabalhada, observa-se uma redução do percentual de detecção de casos durante o pré-natal, ou seja, o diagnóstico da sífilis materna não foi realizado ou foi realizado no momento do parto/curetagem.



**Gráfico 16.** Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2020.

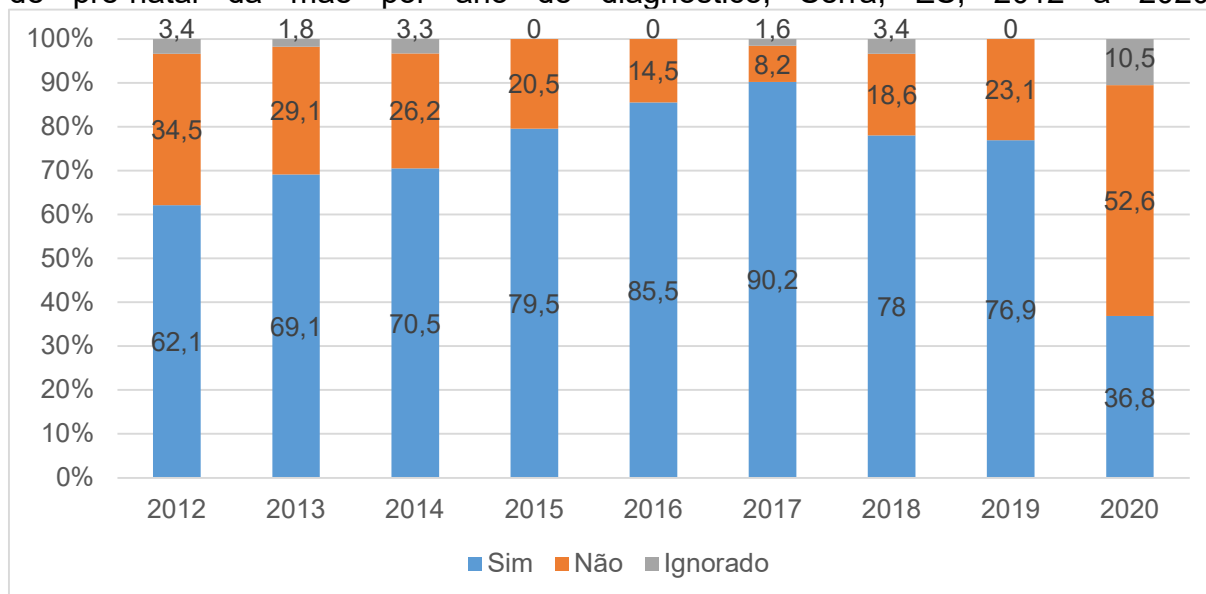


Fonte: DATASUS (2021).

O Gráfico 17 demonstra a distribuição percentual de casos de SC segundo a realização de pré-natal. É um dado que nos convoca muito a pensar sobre os motivos pelos quais uma gestante tem um desfecho clínico desfavorável mesmo tendo realizado o pré-natal. Os resultados de 2020 apontam para uma questão séria de dificuldade de acesso aos atendimentos à gestante. Também podemos pensar no não comparecimento das gestantes aos serviços de saúde em decorrência da pandemia, por medo da covid-19, ou ainda uma ineficiência das equipes de saúde em captarem precocemente as gestantes e fazer busca ativa das que forem faltosas.

É muito representativa a quantidade de desfechos perinatais indesejáveis nos casos de gestantes que realizaram o acompanhamento durante a gestação, ou seja, a princípio não houve problema de acesso e, mesmo assim, tiveram seus bebês com sífilis. Falhas na assistência pré-natal foram identificadas em estudo que estimou que, globalmente, mais de 80% das gestantes com sífilis receberam assistência pré-natal e que 66% dos desfechos adversos ocorreram em gestantes que não foram testadas ou tratadas para sífilis durante essa assistência. O estudo estimou que, globalmente, apenas 26% dos desfechos adversos associados à sífilis na gestação foram evitados pela assistência pré-natal (NEWMAN *et al.*, 2013).

**Gráfico 17.** Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2020.

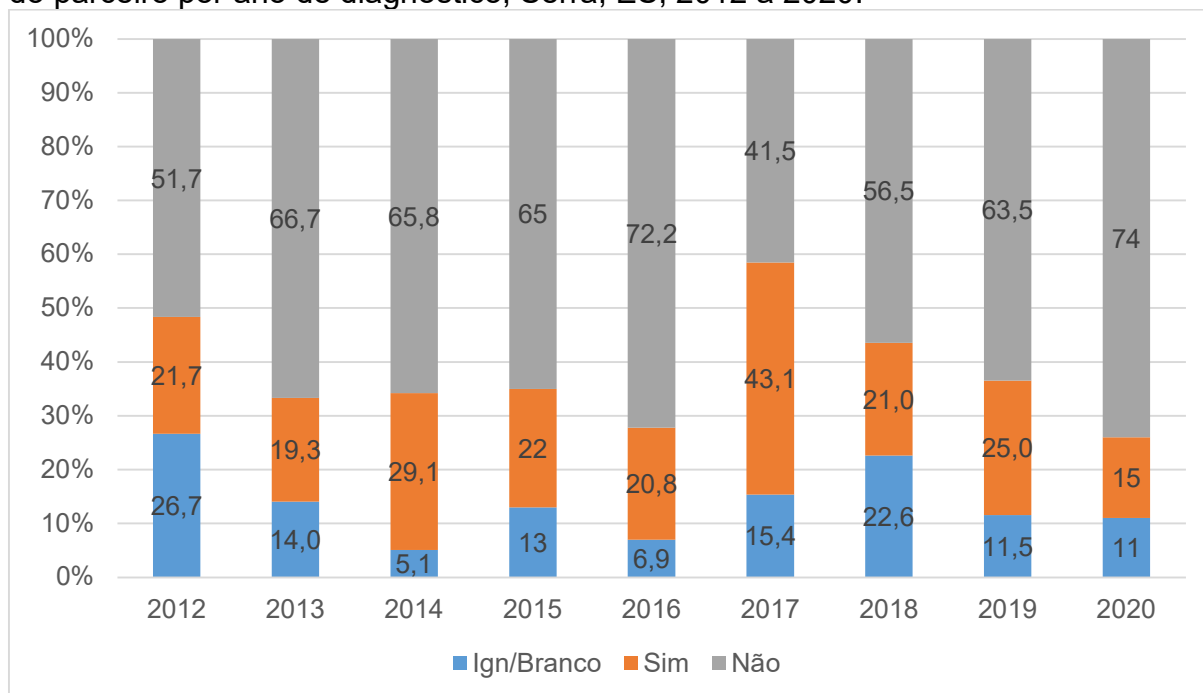


Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

Essa situação aponta fortemente para os processos de trabalho envolvidos no cuidado à gestante durante a assistência pré-natal, pois a gestante teve acesso ao serviço, mas o desfecho foi indesejado. Um dos desfechos que se verifica é o óbito fetal, sendo a SC um agravo que contribui significativamente para o óbito fetal. No mundo, 2,2 milhões de óbitos fetais ocorrem no terceiro trimestre, antes de iniciar o trabalho de parto, sendo a sífilis materna uma das causas de óbito, oportunamente manejáveis pelos cuidados pré-natais (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

O Gráfico 18 demonstra um dado de grande relevância para a compreensão do registro de altas taxas de incidência de SC, bem como a necessidade urgente de reorientação das estratégias de abordagem à gestante e sua parceria sexual durante o pré-natal. O Gráfico 18 aponta a situação do tratamento do parceiro para todos os casos de SC registrados ao longo do período estudado. A situação evidenciada no município de Serra, ES, sobre o aspecto do tratamento do parceiro é mais crítica em comparação ao cenário do estado, tendo em vista que o resultado apontado em 2020 mostra o maior percentual de parceiros não tratados (74%) e o menor percentual de parceiros tratados (15%) ao longo do período estudado.

**Gráfico 18.** Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo tratamento do parceiro por ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2020.



Fonte: elaborado pela autora com base em DATASUS (2021). Acesso em 29/06/2021.

O que se observa é a ausência do tratamento do parceiro da gestante na imensa maioria dos casos em todos os anos. Tal situação nos leva a refletir sobre os motivos pelos quais a parceria sexual da gestante não é incluída na rotina das condutas clínicas no manejo da gestante positiva para sífilis, tendo em vista a óbvia possibilidade de reinfeção, ou ainda nos levam a refletir sobre a assertividade e adequação das estratégias que hoje são utilizadas para a abordagem do parceiro e comunicação do diagnóstico e o manejo do casal positivo para sífilis. A situação evidenciada por esses dados foi uma grande motivação para que este trabalho fosse realizado com o foco sobre os aspectos da produção do cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro.

A importância do presente trabalho reside na relevância do cenário epidemiológico para o agravamento da SC no município de Serra, demonstrada acima. Os dados apresentados nos levam a pensar sobre uma questão forte de gênero quando se constata que, em média, 61,8% dos casos de SC no período estudado não tiveram o parceiro tratado para sífilis, o que significa grandes chances de reinfeção da gestante. Isso nos leva a pensar na maneira com que os profissionais de saúde manejam clinicamente as suas pacientes e procuram formas de envolver a parceria

sexual na produção do cuidado, sugerindo que aspectos subjetivos exercem influência na produção desse cuidado bem como no estabelecimento do vínculo e da corresponsabilização do cuidado entre o profissional e o usuário.

Entretanto, parece-nos óbvio que essa epidemia nunca será vencida se persistir a omissão do tratamento do parceiro, considerando todas as dificuldades em torno da abordagem do homem pelo profissional de saúde, o medo que a mulher possa ter de revelar o diagnóstico e as resistências do homem em reconhecer que está infectado com uma doença, que muitas vezes é assintomática, mas que necessita de tratamento. Os dados também apontam fortemente para a questão da qualidade do pré-natal, pois um grande número de casos de SC é proveniente de mães que tiveram acesso ao pré-natal, mesmo em municípios com ampla rede de serviços, equipes de saúde e disponibilidade de insumos, mas que não foram adequadamente testadas ou não foram adequadamente tratadas. Estudos apontam que a maior parte dos casos de SC é decorrente de falhas na testagem durante o pré-natal, ou de tratamento inadequado ou ausente da sífilis materna (REYES *et al.*, 1993; LAGO *et al.*, 2013; DOMINGUES *et al.*, 2021).

Para essa compreensão, este trabalho foi desenvolvido à luz da produção teórica de Emerson Mehry e Túlio Franco no que se refere a formulações no campo da produção do cuidado em saúde. Este trabalho evidencia e problematiza a ausência do tratamento do parceiro sexual da gestante na imensa maioria dos casos, refletindo sobre os motivos pelos quais o parceiro geralmente não é incluído na rotina das condutas clínicas no manejo da gestante positiva para sífilis, ou ainda refletindo sobre o fracasso das estratégias utilizadas para essa inclusão.

## 2 ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Nesta pesquisa, assumimos a subjetividade<sup>2</sup> como uma das dimensões que se impõem no processo de produção do cuidado em saúde (MERHY; FRANCO, 2003). Se pensarmos em uma UBS, que comporta três equipes de ESF, cada um dos profissionais de cada equipe se colocará de forma singular diante dos usuários e das suas respectivas demandas em saúde. Mesmo subordinados às mesmas normativas, as condutas diferem, pois as subjetividades são capturadas por diversos territórios existenciais e “recortes interessados”. Tal compreensão pode parecer evidente, mas tem grande importância para a análise feita neste trabalho.

A dinâmica e o cotidiano dos serviços de saúde, muitas vezes, fazem com que os profissionais tenham que se confrontar com o limite do sofrimento da vida, convocando-os a refletir sobre as suas próprias questões e limites no seu processo de construir-se cuidador. Tal fato torna necessária uma reflexão sobre a maneira como a produção de subjetividade dos trabalhadores da saúde opera e reflete nas relações de vínculo e acolhimento que se dão nos encontros da produção do cuidado.

Especificamente na produção do cuidado à gestante com sífilis, muitas situações desafiadoras se impõem e demandam a incorporação de uma conduta “expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de

---

<sup>2</sup> A noção de subjetividade aqui considerada, refere que esta não é fruto de uma estrutura psíquica ou que advém unicamente do sujeito. Ela é uma produção tanto coletiva quanto individual onde emergem territórios existenciais influenciadas por máquinas sociais, instituições e influências não humanas. “Penso, ao contrário, que é a subjetividade individual que resulta de um entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 340) No texto “Subjetividade e História” de Micropolítica: cartografias do desejo, Guattari afirma que: “a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização do indivíduo” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 31). Guattari a define como indissociavelmente vinculada ao plano do desejo, enquanto materialidade de onde emanam e sustentam-se as produções coletivas. Não é a subjetividade que emerge de uma singularidade do sujeito e sim este, a própria vida e o mundo que se encontram nela mergulhados. (SOARES, 2016). “A subjetividade não implica uma posse, mas uma produção incessante que acontece a partir dos encontros que vivemos com o outro. Nesse caso, o outro pode ser compreendido como o outro social, mas também como a natureza, os acontecimentos, as invenções, enfim, aquilo que produz efeitos nos corpos e nas maneiras de viver. Tais efeitos difundem-se por meio de múltiplos componentes de subjetividade que estão em circulação no campo social. A ‘subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social’” (MANSANO, 2009).

acolhimento, a criação de vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida” (MERHY, 2014).

Uma conduta de investimento clínico e negociação é necessária, caso se almeje um desfecho perinatal positivo, avançando para além de uma atitude prescritora de exames, remédios e condutas. Frequentemente, o trabalhador da saúde se depara com comportamentos sexuais que diferem daqueles que ele julga adequados, se depara com mulheres que não aderem ao tratamento pelas mais diversas razões, se depara com parceiros de gestantes que se negam a realizar o tratamento, ou ainda com mulheres que vivenciam relacionamentos abusivos e têm muita dificuldade de revelar o diagnóstico da sífilis aos seus parceiros, temendo atos violentos.

Nesse encontro entre o usuário e o trabalhador da saúde, repleto de adversidades e possibilidades, o ato de cuidar será desenhado, negociado e, conseqüentemente, passará a existir. Partimos do pressuposto de que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do Trabalho Vivo em Ato, isto é, o trabalho no momento em que está produzindo (FRANCO, 2013).

Merhy e Franco (2003) trazem à cena um trabalhador altamente implicado<sup>3</sup> nos seus processos de trabalho, não concebidos enquanto vítimas dos seus atos produtivos, relações e lugares. Discutem a fabricação de um sujeito ao mesmo tempo em que se fabrica o cuidado. Essa concepção traz o trabalhador como dimensão viva da produção em saúde, e é nele que se aposta a “invenção” de um modo de produção

---

<sup>3</sup> Neste trecho, mencionar um trabalhador implicado em seus processos de trabalho remete ao conceito de análise de implicação da Análise Institucional. Esta concepção propõe uma contraposição ao paradigma da neutralidade científica que postula um distanciamento/neutralidade entre pesquisador e objeto. Nesta lógica, afirma que não há um trabalhador que não esteja implicado em sua prática profissional. Contudo, segundo Heckert (2009, pg. 207) a implicação não deve ser uma espécie de verificação, constatação, tampouco deveria significar a compreensão do envolvimento pessoal e individual do pesquisador, dos trabalhadores sociais, com o campo de intervenção. É desse modo que será afirmada a importância não de constatar implicações, mas de operar a análise das implicações com as instituições (práticas sociais) que atravessam um dado campo, uma dada prática. A análise de implicação nos permite incluir os efeitos analisadores dos processos de intervenção, analisando a posição do profissional (pesquisador) nas relações sociais, na trama institucional. A implicação é um “nó de relações” (LOURAU, 2004, p. 190). Sempre presente em nossa atuação profissional, a implicação diz respeito aos nossos pertencimentos, investimentos libidinais, referências, posição de classe etc. (HECKERT, 2009).

do cuidado em saúde mais comprometido com a instauração de fluxos e movimentos contra-hegemônicos.

Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido, pelo menos, por dois grandes vetores de construção da realidade: um primeiro, diz respeito à produção de subjetividades presente nesse contexto, a semiotização dos fluxos, que os deixa carregados de significados. Um segundo, os afetos entre sujeitos, ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade (MERHY; FRANCO, 2013, p. 343-344).

Nessa concepção da produção do cuidado como resultado de uma gestão coletiva de afetos e relações, onde cada instância é capaz de imprimir efeitos na resultante do trabalho em saúde, almejamos a modificação do modelo assistencial, o que significa impacto no núcleo do cuidado. Para Merhy e Franco (2003) esse núcleo é composto por Trabalho Morto (tecnológico/instrumental) e Trabalho Vivo em Ato (relacional). A produção de saúde de forma integralizada e centrada na necessidade do usuário e da sua condição de saúde/doença, deve operar mais no campo das tecnologias leves, sempre tensionada pelo encontro de diferentes interesses, forças e subjetividades que se colocam no campo da micropolítica de organização dos processos de trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2013).

Nesse sentido, o cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro necessita de um olhar atento e implicado do profissional para que se estabeleça um cenário favorável ao acesso aos exames preconizados, ao tratamento adequado, às consultas necessárias e principalmente aos diferentes contextos de vida da gestante e do parceiro que interferirão no processo e que não estão descritos em nenhum manual ou protocolo. É nessa perspectiva que o potencial inventivo do profissional e seu autogoverno se manifestam.

O entendimento de que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, como trabalho em ato, instituído no campo da saúde coletiva pelo Emerson Merhy, revela uma força extraordinária que os próprios trabalhadores têm, para a mudança na saúde, pois, considerando que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho o coloca na posição de ser o principal agente de mudança. Esta liberdade o trabalhador pode usar para manter o modelo biomédico ou operar mudanças radicais no modo de produzir o cuidado, de qualquer forma, está no trabalho vivo

a potência, a possibilidade instituinte, o trabalho criativo (FRANCO, 2013, p. 13-14).

O grau de liberdade que se coloca na governança da clínica em saúde é importante para o entendimento da dificuldade de pactuação de ações que vão de encontro com a reprodução do modelo biomédico do cuidado, bem como no reconhecimento e legitimação das necessidades de saúde do usuário que busca o serviço de saúde. Franco e Merhy (2013) falam sobre a necessidade de saúde como expressão de desejo e não somente como uma carência ou falta. Assim, considerando-se que o trabalho em saúde é sempre bilateral/multilateral, temos as tecnologias leves como ferramentas de enfrentamento desse processo.

As tecnologias leves referem-se ao campo relacional em saúde, à grande possibilidade de se criar novas maneiras de cuidar, singulares. Na contrapartida, temos a tecnologia inscrita no instrumento/protocolo, chamada tecnologia dura, estruturada em um conhecimento técnico-científico, que também traz seu componente leve, por sofrer certa modificação de acordo com cada profissional que aplica uma dada técnica.

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2013, p. 141).

O trecho acima nos revela a necessidade de desnaturalizar o ato de cuidar médico-centrado. Mostra que ele foi produzido historicamente e pode, deve e está sofrendo mutações, por existirem atores envolvidos nesse processo advogando por um modelo assistencial integral, resolutivo e comprometido com a afirmação da vida, não com a reprodução de um cuidado serial e medicalizante. Mesmo que um usuário necessite de procedimentos altamente especializados, com equipamentos caros e insumos muito específicos, o núcleo do cuidado deve estar estruturado no campo das tecnologias leves, produzindo singularidade e integralidade da atenção.



No cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro, o que se coloca como essencial são as tecnologias leves, na medida em que se verifica frequente abandono ou não adesão ao tratamento por parte da gestante, tratamento inadequado, parceiros sexuais não tratados e parceiros que se recusam a receber o tratamento por diversos motivos. O investimento nas tecnologias centradas na relação e no vínculo com o usuário trarão importantes resultados para o enfrentamento da SC em um contexto favorável de recursos materiais, em detrimento do investimento nas tecnologias leveduras, que também exercem um papel importante.

Nessa lógica, a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado pode resultar na hegemonia do Trabalho Vivo. O processo de mudança do núcleo do cuidado é denominado transição tecnológica, viabilizado pela reestruturação produtiva. Ambos os conceitos estão no cerne da discussão dos modelos tecno-assistenciais de produção do cuidado em saúde. A reestruturação produtiva pressupõe um modo de fazer saúde diferente do modelo vigente anteriormente em dado espaço de trabalho.

É sempre um processo de construção determinado social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente. Assim, deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais, tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto dos usuários e na resolução dos seus problemas (MERHY; FRANCO, 2013, p. 145).

Nesse sentido, podemos considerar que, no Brasil, exista um grande processo de reestruturação produtiva em curso, com a implementação da ESF no âmbito da APS (MERHY; FRANCO, 2013). A existência da equipe multidisciplinar, a preponderância do território no planejamento das ações, a longitudinalidade do cuidado e o estabelecimento de vínculo entre usuário e equipes das unidades de saúde são alguns exemplos de mecanismos de produção de novas lógicas de cuidado. Entretanto, é evidente que as velhas práticas hegemônicas não deixam de existir por si mesmas. As práticas coexistem no cotidiano dos serviços e, dia a dia, vão se afirmando inéditas, fracassadas, saudáveis, mortificadoras, eficientes ou não. Muitas vezes testemunharemos a captura do Trabalho Vivo pelo Trabalho Morto, mas o inverso também pode ser verdadeiro.

Apesar dos esforços, a maior parte dos casos de SC evidencia lacunas, especialmente na assistência pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2021). Para tornar efetivo o uso das tecnologias leves no âmbito da assistência e produção do trabalho vivo, a forma de governar os processos de trabalho precisa primar por gestão, responsabilização, autonomização, acolhimento e vínculo (MERHY, 2013). Assim, é necessário que sejam superados os entraves que distanciam pacientes e suas parcerias dos serviços de saúde, mesmos naqueles municípios com condições mais favoráveis de infraestrutura e recursos humanos nos serviços de saúde, cultivando-se cotidianamente melhorias no campo relacional, olhando-se com singularidade para cada usuário dos serviços e superando o ato de cuidar médico-centrado (MERHY, 2013).

É importante destacar que, dentre os fatores que levam a falhas no acompanhamento pré-natal, a não testagem, ou a testagem insuficiente, o abandono ou não adesão ao tratamento por parte da gestante ou o tratamento inadequado, além de falhas no cumprimento do protocolo de testagem e tratamento, está o não comparecimento da gestante aos serviços, apesar da realização de buscas ativas e empenho da equipe de saúde. Isso pode evidenciar falta de vínculo com o serviço de saúde (PICCININI *et al.*, 2012).

Estudo de abordagem qualitativa realizado em Fortaleza evidenciou que questões institucionais e de gênero estiveram associadas ao não comparecimento do parceiro ao serviço de saúde, e que estratégias que facilitem a compreensão e empoderem a gestante precisam ser trabalhadas para que consiga argumentar junto ao parceiro a importância de comparecer ao serviço e tratar-se. Não foi encontrada uma estratégia ideal de convocação do parceiro, mas a sua presença nas consultas pré-natais pareceu ser um caminho que a facilitou. Os autores concluíram que o melhor modelo é aquele que considera as subjetividades trazidas pelos sujeitos (ROCHA, 2014).

A dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de ISTs pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem, atribuindo majoritariamente à mulher a grande responsabilidade pelo cuidado à saúde (CAMPOS *et al.*, 2012).

Destaca-se que, desde o final de 2017, o tratamento do parceiro sexual foi retirado do critério que define o tratamento materno adequado (BRASIL, 2017). Tal mudança foi

justificada pela necessidade de adequação da definição de casos de SC com os critérios da Organização Pan-Americana de Saúde (BRASIL, 2020). A possibilidade de registro dos casos de SC classificados pelo tratamento do parceiro (Sim; Não; Ign/Br) na ficha de notificação do Sinan só foi possível até 2018. Por consequência, o banco de dados do MS traz a série histórica da referida informação somente até 2018, dificultando o acompanhamento da eficácia das ações direcionadas a superar a ausência do tratamento do parceiro desde então (DATASUS, 2021).

Essa mudança é muito questionável quando os estudos apontam que a principal causa de inadequação do tratamento da gestante é o não tratamento de sua parceria sexual, pois, para quebrar a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção, é imprescindível o tratamento do parceiro. Além disso, a participação do pai ou parceiro durante todo o pré-natal contribui para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e do próprio parceiro. Os serviços de saúde precisam implementar o pré-natal do homem e seu tratamento no caso de sífilis ou de outra IST (DUARTE, 2007; BRASIL, 2016).

Considerando a dimensão subjetiva na produção do cuidado que se inscreve nas relações entre trabalhadores da saúde e usuários que procuram atendimento com alguma necessidade, é premente refletir sobre essa dimensão subjetiva nas situações em que o usuário não tem queixa ou sintoma, a princípio, como é o caso do parceiro da gestante. Nessa perspectiva, a inclusão do parceiro no tratamento precisa ter sua estratégia muito bem pensada, pois convocar um parceiro para aconselhamento e oferta de diagnóstico e tratamento é um tema que ainda está longe de consenso, com ásperas interfaces entre aspectos éticos, humanitários e sanitários (DUARTE, 2007).

Dentre os fatores que distanciam os parceiros das gestantes dos serviços ou unidades de saúde, alguns estão previstos, de uma forma mais geral, pelo Sinan, na notificação de sífilis em gestante: parceiro não teve mais contato com a gestante; parceiro não foi comunicado/convocado à unidade de saúde; parceiro foi comunicado/convocado à unidade de saúde para tratamento, mas não compareceu; parceiro foi comunicado/convocado à unidade de saúde para tratamento, mas recusou o tratamento; parceiro com sorologia não reagente, embora o protocolo atual do MS (BRASIL 2020b) recomende a prescrição de 2.400.000 UI de penicilina benzatina para

os parceiros de gestantes mesmo em caso de teste rápido negativo; e outro motivo (SINAN, 2016).

Ressalta-se que, na categoria “outro motivo” estão os parceiros não identificados, os que possuem moradia em outro bairro, município, estado ou país; a multiplicidade de parceiros; parceria inserida num contexto criminal, como tráfico de drogas e outros crimes, porém gozando de liberdade; parceiros com restrição de liberdade; parceiros não abordados pela gestante por medo; parceiros que vivem em situação de rua, não alcançados pelas equipes de consultório na rua ou pela equipe de atenção primária, parceiros usuários de álcool e drogas (CAMPOS *et al.*, 2012; CARDOSO *et al.*, 2018; MAGAZINER *et al.*, 2018).

As notificações dos casos de sífilis em gestantes e suas parcerias sexuais, que são compulsórias, revestem-se de grande importância, pois permitem que a vigilância epidemiológica auxilie com orientações para o manejo adequado dos casos, quando necessário, e auxilie no seu monitoramento. Também é necessário apontar que, além do parceiro estável ou pai da criança, é possível que a gestante tenha outras parcerias sexuais. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta e assistir a todas as pessoas com quem a gestante se relaciona sexualmente e essa é uma tarefa que demanda grande esforço (DOMINGUES *et al.*, 2021).

É nessa lógica que esta pesquisa se desenvolve, apostando na identificação dos aspectos envolvidos na produção de cuidado à gestante com sífilis e sua parceria sexual que vão de encontro aos modos de produzir e reproduzir os resultados epidemiológicos já conhecidos, problematizando em que medida as práticas atuais contribuem para a perpetuação ou piora do cenário da SC. Também aposta no reconhecimento de formas de cuidado que se instituem como potentes para a transformação do cenário atual para um cenário de um cuidado pautado na escuta das necessidades do usuário que se coloca cotidianamente nos serviços de saúde, principalmente no âmbito da APS. Pretende-se compreender em que medida o exercício do autogoverno dos trabalhadores da saúde se inscreve nesse contexto de atos cuidadores e como é a escuta e afirmação das necessidades em saúde das gestantes com sífilis e seus parceiros, mais enquanto desejo e menos enquanto carência, numa relação de cuidado influenciada ora por tecnologias leves, ora por

tecnologias leve-duras, ou ainda com predominância do Trabalho Morto sobre o Trabalho Vivo, e vice-versa.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar, através da perspectiva dos profissionais de saúde, os aspectos que afetam a produção do cuidado à gestante com sífilis e de seu parceiro nos encontros do pré-natal, no âmbito da Atenção Primária, no município de Serra, Espírito Santo.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este trabalho é uma pesquisa do tipo qualitativa de delineamento exploratório. Também traz em sua produção uma breve análise de dados epidemiológicos dos sistemas de informação oficiais disponíveis para subsidiar a análise sobre o cenário da sífilis em gestante e SC no município de Serra, Espírito Santo, e, mais objetivamente, a análise dos aspectos da produção do cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro no âmbito da APS durante os encontros do pré-natal.

A análise pretendida como principal foco deste trabalho atrai a abordagem qualitativa como metodologia viável para analisar aspectos vinculados às práticas da produção do cuidado, tendo em vista que se detêm a elementos da realidade que não são passíveis de quantificação, ou não deveriam ser. Ou seja, a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Tal entendimento reconhece um espaço mais profundo e complexo das relações e dos fenômenos (MINAYO *et al.*, 2007).

Sendo assim, devido ao alto percentual de parceiros sexuais das gestantes não serem tratados para sífilis, bem como devido à elevada incidência de SC no município estudado, optou-se por essa abordagem para a compreensão dos aspectos da produção do cuidado a gestante com sífilis e seu parceiro nesse contexto epidemiológico.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no âmbito da APS em UBS, no município de Serra, maior município do estado do Espírito Santo. Segundo dados do IBGE, o município possui uma população estimada para o ano de 2020 de 527.240 habitantes, tendo registrado 7.565 nascidos vivos no mesmo ano (SESA, 2021. Acesso em 12/06/2021). O

município campo deste estudo em dezembro de 2020 registrou uma cobertura de 42% da ESF e 79% de cobertura da Atenção Básica, segundo dados do E-gestor AB.

A escolha de UBS como local de pesquisa justifica-se por ser onde a oferta da assistência ao pré-natal se dá, através dos profissionais médicos e enfermeiros, para gestantes de risco habitual. Em função das restrições sanitárias impostas pela pandemia do novo coronavírus, a coleta de dados foi feita em ambiente virtual, através de preenchimento de formulário eletrônico, "Google Forms".

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram deste estudo profissionais médicos e enfermeiros que integram as equipes de saúde no âmbito da Atenção Primária, sendo ou não equipes de Saúde da Família, responsáveis pela assistência à gestante com sífilis e seu parceiro, durante o andamento do pré-natal de risco habitual.

Responderam ao questionário 4 médicos e 9 enfermeiros. Dos respondentes, 53,8% tinham mais de 3 anos de atuação no SUS; 30,8% tinham entre 1 e 3 anos de atuação e 15,4% tinham menos de 1 ano de atuação. Sobre o tempo de atuação no município estudado atuando na APS, 46,2% tinham mais de 3 anos de atuação; 23,1% tinham entre 1 e 3 anos de atuação e por fim 30,8% possuíam até 1 ano de atuação no município.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Após obtenção da carta de anuência do município de Serra e demais autorizações da Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para realizar a pesquisa, foi realizado contato telefônico com o Gerente da Atenção Primária à Saúde do município de Serra. Após identificação e breve explicação sobre a pesquisa, foi solicitado um encontro presencial com o referido gerente para que a pesquisa fosse



apresentada com mais detalhes em seus objetivos, metodologia e relevância de realização.

No encontro ocorrido na Secretaria Municipal de Saúde de Serra, ficou combinado que ele seria a via de transmissão do link de acesso ao questionário do Google Forms para os gerentes das 38 UBS. Estes, por sua vez, enviaram aos profissionais médicos e enfermeiros de suas respectivas unidades, através do aplicativo de mensagens WhatsApp, que já utilizavam para se comunicar.

As medidas sanitárias de restrição e distanciamento social impossibilitaram a realização de entrevistas presenciais. As entrevistas on-line também foram descartadas naquele momento pois os profissionais estavam com sua carga horária muito voltada aos atendimentos e com muita sobrecarga após 1 ano de pandemia. A resposta através do formulário enviado on-line foi considerada a melhor estratégia nesse contexto por possibilitar uma flexibilização maior de escolha do momento para respostas e possibilidade de realizar intervalos.

#### 4.5 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Os sujeitos da pesquisa foram captados através de convite enviado por aplicativo de mensagens pelo Gerente da Atenção Primária do município, tendo este feito uma conversa prévia de sensibilização para participarem do estudo, configurando-se uma amostragem não probabilística.

#### 4.6 COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período entre os dias 25/01/2021 e 07/04/2021 por meio de um questionário feito na ferramenta Google Forms, disponível para resposta em um link, tendo sido preenchido pelos profissionais médicos e enfermeiros integralmente on-line, de acordo com a disponibilidade e vontade de cada um deles.

À medida que os profissionais respondiam os questionários, as respostas eram compiladas em uma planilha Excel para constatar a saturação da amostragem e interromper a coleta. Segundo Minayo (2007), na pesquisa qualitativa, a coleta de dados pode ser interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação.

O questionário contava com 3 (três) perguntas de múltipla escolha voltadas para a caracterização dos respondentes (categoria profissional, tempo de atuação no âmbito da APS no SUS e tempo de atuação no âmbito da APS do município de Serra) e mais nove (9) perguntas abertas.

Os profissionais médicos e enfermeiros responderam ao questionário voluntariamente após o convite ter sido enviado aos seus celulares via aplicativo de mensagens instantâneas. A adesão foi de cerca de 5,11% do total de profissionais que receberam o link para resposta, pois obtivemos 13 respostas e uma média de 254 profissionais abordados por seu respectivo gerente de unidade.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados do presente estudo se deu a partir da Análise de Conteúdo Temática. Segundo Minayo (2007), esse tipo de análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência apresente algum significado relevante para o objeto de pesquisa. Esta desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos.

As respostas foram consolidadas em uma única planilha Excel sendo possível visualizar todas as respostas dadas para a mesma questão, bem como todas as respostas do mesmo profissional. As linhas foram organizadas pela categoria profissional (médicos e enfermeiros) e depois organizadas em observância ao tempo de atuação no SUS. Já as colunas representam cada uma das perguntas do questionário. Posteriormente, para facilitar a descrição dos resultados, as respostas

foram organizadas em seis tabelas menores, com poucas colunas, para que fossem transcritas no corpo deste trabalho. Por fim, o processo de análise e discussão dos resultados se deu em tópico em separado, logo após a descrição, para destacar essa etapa tão importante da pesquisa.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho recebeu aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) com o parecer nº 4.504.932 (APÊNDICE C). Também recebeu aprovação de realização no âmbito do município de Serra através de carta de anuência constante no processo administrativo nº 4233/2021.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

As respostas coletadas pelo formulário Google foram compiladas em uma planilha única em formato Excel. Para transcrição, foram divididas em 5 (cinco) tabelas menores para facilitar a organização dos dados transcritos e posterior análise. A Tabela 5 apresenta a consolidação das respostas sobre a caracterização dos participantes e os resultados das questões 1 e 2.

**Tabela 5.** Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa; caracterização dos participantes e questões 1 e 2.

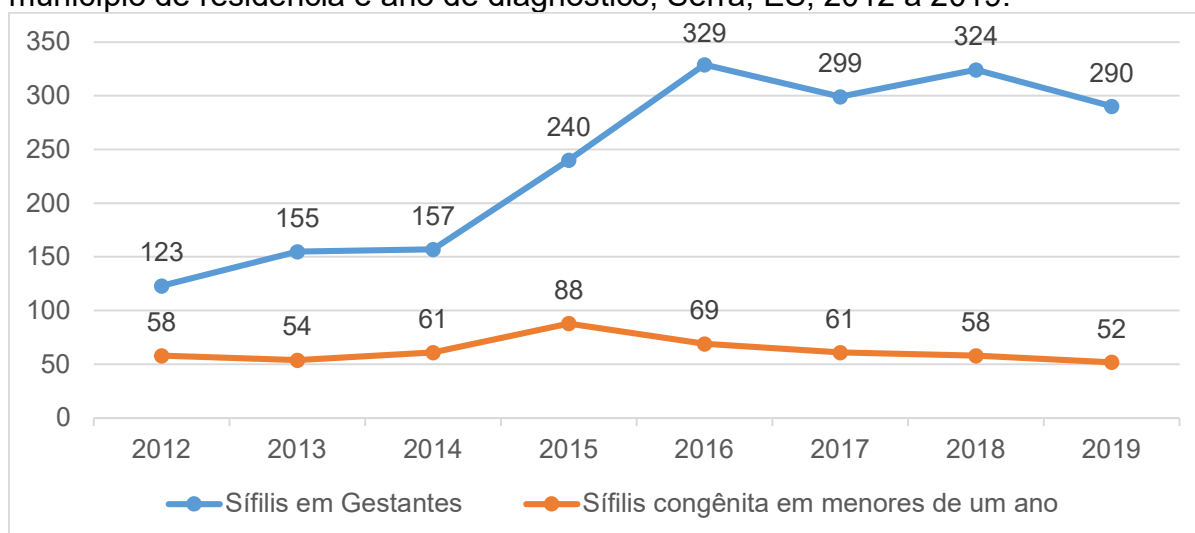
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Tempo de atuação na assistência no SUS no âmbito da APS</b>	<b>Tempo de atuação na APS no município de Serra/ES</b>	<b>1) Como você avalia a situação da sífilis congênita no município de Serra?</b>	<b>2) A que você atribui a alta incidência de sífilis congênita no município de Serra/ES?</b>
M1	1 a 3 anos	Até 1 ano	Prevalência alta, ainda que em redução	Pré-natal com poucas consultas (dificultando o diagnóstico precoce e tratamento), baixa adesão ao tratamento por parte da gestante/parceiro
M2	1 a 3 anos	Até 1 ano	Identificado no pré-natal damos seguimento na mãe e no bebê	Falta de informação da população
M3	1 a 3 anos	1 a 3 anos	Alta incidência	Falta de orientação à população
M4	Mais de 3 anos	Mais de 3 anos	Preocupante	Falta de prevenção
E1	Até 1 ano	Até 1 ano	Percebo que o número de casos de sífilis em gestantes está em grande quantidade. Enquanto isso a sífilis congênita sofreu uma queda, contudo o número ainda precisa diminuir para a promoção da saúde dessas crianças.	Falta de atividades educativas, um pré-natal cada vez de melhor qualidade.

E2	Até 1 ano	Até 1 ano	Em comparação ao número de gestantes com sífilis, devido ao tratamento o número de sífilis congênita é menor, mas ainda um número elevado	Falha no tratamento, abandono do tratamento, abandono do pré-natal
E3	1 a 3 anos	1 a 3 anos	Acima do esperado	Falta de adesão dos pacientes ao tratamento
E4	Mais de 3 anos	Mais de 3 anos	Precisamos melhorar. Devemos atuar no diagnóstico precoce e acompanhar de perto o tratamento. Um grande erro é a falta do registro	Pré-natal iniciado tardiamente e falta de monitoramento
E5	Mais de 3 anos	Mais de 3 anos	Elevada	Renda, escolaridade
E6	Mais de 3 anos	Mais de 3 anos	Endêmica	Recusa de tratamento ou tratamento incompleto da gestante e/ou parceiro.
E7	Mais de 3 anos	1 a 3 anos	Índice ainda alto, mas começamos a regredir o número de casos	Falta de adesão ao tratamento da gestante positiva ou do parceiro durante o pré-natal. Falta de comunicação entre médico e equipe de enfermagem para solicitar o teste rápido em tempo oportuno após a 28 semana de gestação a TODA gestante.
E8	Mais de 3 anos	Mais de 3 anos	Ainda temos muita incidência e muitos pacientes abandonam o tratamento ou nem procuram atendimento de pré-natal.	Falta de equipe, muita demanda pra pouco serviço oferecido e desconhecimento por parte da população
E9	Mais de 3 anos	Mais de 3 anos	Crescente	A diminuição da testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, a não prescrição pelo enfermeiro.

As três primeiras colunas da Tabela 5 trazem dados sobre a caracterização dos participantes. A primeira coluna identifica a categoria profissional do respondente, sendo “M” médico(a) e “E” enfermeiro(a). Os números identificam os médicos e enfermeiros participantes, sendo 4 médicos e 9 enfermeiros, totalizando 13 trabalhadores da saúde. Essa coluna é mantida em todas as tabelas para identificar a totalidade das respostas de cada profissional participante.

A segunda e terceira colunas contêm respostas sobre o tempo de atuação do profissional no SUS no âmbito da APS e na APS do município de Serra. Conforme mostra a Tabela 5, 53,8% (7) dos respondentes tinham mais de três anos de atuação no SUS; 30,8% (4) tinham entre um e três anos de atuação e 15,4% (2) tinham menos de um ano de atuação. Sobre o tempo de atuação na APS de Serra, 46,2% (6) tinham mais de três anos de atuação; 23,1% (3) tinham entre um e três anos de atuação e por fim 30,8% (4) possuíam até um ano de atuação no município. De modo geral, a maioria dos participantes possuía uma trajetória no âmbito da APS no SUS. Na quarta coluna, temos a questão 1 (Como você avalia a situação da sífilis congênita no município de Serra?) e estava vinculada a visualização do Gráfico 18.

**Gráfico 18.** Número de casos confirmados de sífilis em gestante e sífilis congênita por município de residência e ano de diagnóstico, Serra, ES, 2012 a 2019.



Fonte: elaborado pela autora com base em SESA (2021). Acesso em 10/12/2020.

A questão 1 traz certa homogeneidade nas respostas quanto à avaliação dos profissionais sobre a situação epidemiológica do município no que se refere à sífilis em gestante e SC. Os profissionais são quase unânimes em relatar que os dados retratam uma situação indesejada, com números elevados, preocupantes, que apresentam alta incidência e alta prevalência. E2 faz um apontamento importante sobre a relação entre o número de casos de sífilis em gestante, que é desejável que seja maior que o número de casos de SC, sugerindo boa qualidade de registros, capacidade de detecção da doença no pré-natal e êxito do tratamento. E4 fala da necessidade de diagnosticar precocemente e acompanhar o tratamento, destacando

atribuições do profissional e já sugerindo possíveis soluções para o problema e também apontando a falta de registro como erro.

Já a questão 2, que interroga possíveis causas para a alta incidência de SC no município estudado, suscita 61% de respostas em torno da “falta” de algum elemento. Somente uma resposta refere-se a falta de algum recurso, no caso, a falta de equipe enquanto recurso humano, mencionada por E8. Não foi relatada qualquer falta de recurso material ou de insumos. As demais respostas referem-se a “faltas” de aspectos mais comportamentais, educacionais, relacionais e que envolvem processos de trabalho e condutas clínicas, a saber: falta informação da população, falta prevenção, falta orientação, falta atividade educativa, falta adesão ao tratamento, falta monitoramento do tratamento e falta comunicação entre médico e equipe de enfermagem. Nesse universo de respostas, o tratamento ganha destaque, sendo mencionado por cinco profissionais como causa relevante na incidência de SC em Serra, ES.

As demais respostas relacionam-se com a presença, e não com a falta, de situações indesejadas, corroborando com o que a literatura já nos aponta sobre as diversas causas da alta incidência de SC: pré-natal tardio ou com poucas consultas, baixa adesão/falha ou abandono ao tratamento pela gestante e parceiro, dificuldade de diagnóstico precoce, diminuição da testagem e não uso de preservativo.

Foi registrada somente uma resposta relativa a aspectos sociodemográficos (renda e escolaridade) como possíveis causas da alta incidência de SC. De fato, esses aspectos são muito representativos nos casos registrados, tanto no município de Serra quanto no estado do Espírito Santo, conforme já demonstrado nesta pesquisa.

A Tabela 6 apresenta o consolidado das respostas para as questões 3 e 4. Estas se relacionam com a percepção dos profissionais a respeito do seu papel na produção do cuidado e se consideram que existe algum fator preponderante na assistência que não está sob o controle do profissional de saúde.

**Tabela 6.** Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa; questões 3 e 4.

Profissional	3) Conforme a sua percepção e entendimento, qual o papel do profissional médico/enfermeiro na produção do cuidado a gestante com sífilis e seu parceiro?	4) Você considera que existe algum fator preponderante na assistência ao pré-natal que NÃO ESTÁ sob controle do profissional de saúde? Qual?
M1	Diagnosticar, orientar, tratar	Fator social, modo de vida da gestante e seu parceiro, baixa adesão do parceiro no tratamento
M2	Orientação principalmente sobre prevenção sexual	Não
M3	Orientação, conscientização e tratamento	Mutirões de orientação, controle de verbas, publicidade.
M4	Acompanhar o caso com repetição mensal do VDRL e busca ativa em caso de abandono	Demora em procurar o pré-natal por parte da paciente
E1	Orientação, busca ativa, exames, tratar além de uma educação sexual.	Sim. Quando o paciente não realiza o pré-natal de forma correta, não realiza os exames e pior ainda quando não faz o tratamento.
E2	Busca ativa dos casos, acompanhamento do tratamento, investigação dos parceiros	Sim. <b>O querer da paciente.</b> Abandono do tratamento com troca de residência
E3	Realizar busca ativa e inserir o paciente ao nosso convívio explicando quais as complicações existentes.	Falta de especialista na rede, devido algumas restrições no atendimento.
E4	Tratamento correto e monitoramento. O registro é de extrema importância	A própria paciente. Ela mesma tem que colaborar com o tratamento
E5	Muito importante para prevenção e cura	Realizações de ultrassom
E6	Informar sobre a doença, seus sintomas e forma de transmissão; esclarecer os riscos da sífilis no feto; oferecer tratamento oportuno a gestante e ao parceiro.	O comprometimento em realizar o tratamento completo da sífilis.
E7	Realizar tratamento adequado de acordo com estadiamento, convencer o parceiro a realizar tratamento mesmo sem exame. Orientar sobre os riscos ao feto caso não tratamento e realizar o teste rápido no 1° e no 3° trimestre mesmo que solicite VDRL.	O compromisso da paciente e do parceiro em realizar o tratamento
E8	De extrema importância, pois tem a responsabilidade do tratamento, acompanhamento e orientação, inclusive no pós parto	A responsabilidade do paciente com seu tratamento
E9	Os profissionais devem desenvolver ações educativas e outras estratégias de prevenção, no intuito de orientar melhor às gestantes sobre a problemática e a forma de transmissão da sífilis e de seus resultados.	O início ao pré-natal tardiamente



A questão 3 pergunta qual seria o papel dos profissionais de saúde na produção do cuidado a gestante com sífilis e seu parceiro. As respostas foram bem diversas, mas com quatro ocorrências mais significativas. A primeira delas traz o papel de orientar/explicar/informar sobre os diversos aspectos da doença, do tratamento e possíveis consequências para o feto. Foram registradas 9 ocorrências relacionadas com esse papel de orientação aos pacientes. A segunda ocorrência mais significativa está relacionada com a responsabilidade que o profissional tem com o tratamento, tendo sido mencionada 6 vezes.

A terceira e quarta ocorrências mais significativas, busca ativa e monitoramento/acompanhamento do caso, tiveram o mesmo número de registros, a saber, 4. Também foram mencionadas como sendo papel dos profissionais médicos e enfermeiros a realização de exames/testes específicos para acompanhamento do caso. Somente três profissionais, todos enfermeiros, mencionaram o parceiro em suas respostas, tendo sido relacionadas com a investigação do parceiro, o tratamento do parceiro e o convencimento do parceiro.

A pergunta 4 traz o questionamento da existência de fatores preponderantes na assistência ao pré-natal que não estão sob o controle dos profissionais de saúde. O primeiro grupo de ocorrências mais significativas, 13 no total, são de respostas que se referem aos aspectos do comportamento e da escolha dos pacientes frente ao tratamento e ao pré-natal.

O comportamento de não aderir ao tratamento, abandonar o tratamento, não fazer os exames, não realizar o pré-natal ou o fazer tardiamente foram bastante mencionados. Nesse grupo de respostas, é interessante destacar a forma definida como o desejo do paciente é referido: o querer, o comprometimento, o compromisso, a responsabilidade. Também merecem destaque nesse grupo 3 registros focados no gênero do paciente. A fala de três profissionais enfatiza o comportamento da mulher em sua resposta: a demora em procurar o pré-natal por parte da paciente (M4); o querer da paciente (E2); a própria paciente. Ela mesma tem que colaborar com o tratamento (E4).

Também foram registradas 3 respostas mencionando fatores ligados à gestão ou administração dos serviços, não estando, portanto, sob controle do profissional:

mutirão de orientação, controle de verbas, publicidade (M3); Falta de especialistas na rede (E3); realização de ultrassom (E5).

Nessa pergunta, registramos somente uma resposta (M1) que identifica o “fator social” como preponderante na assistência ao pré-natal e que não está sob controle do profissional. Também se registrou somente uma resposta negativa (M2), ou seja, dizendo que não havia fatores relacionados à assistência ao pré-natal que não estavam sob o controle dos profissionais.

Na Tabela 7 estão demonstradas as respostas para as questões 5 e 6. Essas perguntas se referem às dificuldades no manejo clínico das gestantes positivas para sífilis e se utilizam estratégias específicas para esse público.

**Tabela 7.** Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa; questões 5 e 6.

<b>Profissional</b>	<b>5) Qual é a maior dificuldade que o profissional tem no manejo clínico nos casos de sífilis em gestante para evitar a sífilis congênita?</b>	<b>6) Quais estratégias você utiliza para enfrentar esta dificuldade?</b>
M1	Tratamento adequado por parte da gestante e seu parceiro	Oriento bastante quanto aos riscos caso não haja adesão ao tratamento
M2	Adesão ao tratamento	Monitoramento das gestantes
M3	Erros laboratoriais	Ajuda de colegas
M4	Medo de tomar a medicação	Ameaça de desenvolver sífilis terciária
E1	A maior dificuldade que tenho é com a família que não traz a criança para o acompanhamento após o nascimento. Necessitando de uma busca ativa que na maioria das vezes não temos sucesso.	Agente de saúde, ligação, comunico a recepção para que se por acaso veja a família na unidade me comunique, procuro outros números de contato das famílias e etc.
E2	Falha no tratamento	Busca ativa
E3	Adesão do paciente e paciente adolescente	Buscar ativa via telefone
E4	Tratamento do parceiro	busca ativa
E5	Gravidez não desejada	Orientar sobre os riscos da doença, sequelas...
E6	Adesão do parceiro ao tratamento.	Busca ativa, esclarecimento sobre as possíveis alterações no feto, assinatura de termo de recusa ao tratamento e encaminhamento para programa de Saúde da Mulher Municipal.
E7	Saber a dosagem? Na verdade, não vejo muito problema em relação a isso.	Se tem dúvida aplica as 3 doses de 2400.000UI benzetacil. Que com certeza vai dar certo

E8	Adesão correta ao tratamento e o tratamento do parceiro	Orientação, explicação sobre as consequências para a mãe e o bebê caso não faça o tratamento adequado. Busca ativa da paciente e parceiro
E9	O não tratamento em tempo oportuno geralmente ocasionado pelo início tardio do pré-natal, a não prescrição realizada pelo enfermeiro e não captação do parceiro.	Trabalho intersetorial; Inter consulta com médico para pronta prescrição e administração do medicamento imediatamente após o diagnóstico.

A pergunta 5 questiona qual é a maior dificuldade do profissional no manejo clínico da gestante positiva para sífilis afim de evitar o desfecho da SC. Se observa que 8 profissionais mencionaram o tratamento e suas nuances, a saber, adesão, falha, adequação e oportunidade, como a maior dificuldade para o manejo clínico. Dessas 8 respostas, 5 elegem o tratamento do parceiro como sendo a maior dificuldade nesses casos.

As demais respostas, 6 no total, não se repetem, sendo únicas em seus conteúdos como sendo a maior dificuldade do profissional: erros laboratoriais; medo de tomar a medicação; família que não leva a criança para acompanhamento após o nascimento; gravidez indesejada; saber a dosagem; e não prescrição pelo enfermeiro. As respostas evidenciam que o tratamento representa um grande desafio no manejo clínico das gestantes positivas para sífilis no contexto estudado, especialmente quando existe um parceiro mais resistente às abordagens dos profissionais de saúde.

A sexta pergunta se refere às estratégias de enfrentamento às dificuldades mencionadas na pergunta anterior. Das 8 respostas sobre o tratamento ser a grande dificuldade, registramos 5 respostas tendo a “busca ativa” a estratégia de enfrentamento utilizada. Somente profissionais enfermeiros mencionaram essa resposta.

A segunda estratégia mais mencionada foi a orientação/esclarecimento sobre os riscos envolvidos para o feto e a gestante em não realizar o tratamento. Essa resposta registrou 4 ocorrências. Estratégias como o monitoramento do caso e trabalho em conjunto com agentes comunitários de saúde foram citadas também, uma vez cada.

A Tabela 8 consolida as respostas das perguntas 7 e 8.

**Tabela 8.** Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa; questões 7 e 8.

<b>Profissional</b>	<b>7) Como você lida com a parceria sexual da gestante quando a sífilis é detectada? Qual abordagem utiliza?</b>	<b>8) Quais estratégias de adesão ao tratamento você utiliza quando se depara com uma gestante e/ou parceiro não adesos ao tratamento?</b>
M1	Explico sobre os riscos para a criança, e que é uma doença que tem cura, necessitando apenas de um tratamento adequado para reduzir os riscos	Orientação, solicito parceria do agente de saúde.
M2	Explico a importância do tratamento	Falo da doença e das complicações
M3	Chamá-la à consulta conjunta e orientar sobre a transmissão, cuidados e tratamento.	Falo dos riscos ao RN
M4	Agendo consulta imediata com a enfermagem	Ameaça de notificação à polícia!
E1	Oriento sobre o assunto, explico toda a necessidade do tratamento do parceiro e peço que retorne com o parceiro para a realização do tratamento, ainda peço todos os dados para uma futura busca ativa caso não retornem.	Em branco
E2	Abordagem clara	Tentativas de acolhimento, busca em residência, facilidades em dias de consultas e doses, demonstração dos riscos para o RN, etc
E3	Deixo bem especificado as complicações e demanda espontânea	Falo da importância da adesão e as complicações, tento trazê-lo para dar continuidade ao tratamento
E4	Busca ativa e orientações do risco	Não tive nenhuma dificuldade até agora
E5	Abordo a necessidade da saúde do bebê com um sexo seguro	Não tive
E6	Convoco o parceiro a se apresentar a unidade de saúde, oriento a respeito da doença, sua forma de transmissão e prevenção da doença.	Oriento sobre a doença e as possíveis consequências para o feto, assinatura de termo de recusa e encaminhamento para o programa saúde da mulher municipal.
E7	Explico que o parceiro pode estar infectado e só aparecer em exames daqui uns meses e a paciente ter que administrar novamente devido reinfecção pela bactéria e o risco para o feto de quanto mais tarde o tratamento mais chance o bebê tem de ter alguma seqüela. E importância do tratamento em conjunto.	Falo sobre a obrigatoriedade do tratamento, que vou levar para o juiz... rsrs... e reforço a abordagem da questão anterior
E8	Orientações sobre as consequências da doença sobre o paciente e bebê	Busca ativa e caso continue a negativa solicito assinatura em termo de recusa e comunico a secretaria de saúde
E9	Explicando de forma clara o que é a doença, a importância do tratamento e consequências da não adesão.	Explicando as consequências para ambos e para o bebê do não tratamento.

A questão 7 suscita quase que uma unanimidade de respostas quanto à abordagem utilizada para lidar com a parceria sexual da gestante positiva para sífilis. Dos profissionais, 11 mencionam que orientam e explicam sobre o assunto. Na conduta de explicação/orientação, 6 profissionais abordam os riscos e complicações para o bebê ou consequências da doença, 6 profissionais mencionam a importância do tratamento e somente 2 relataram que na atividade de orientação falam sobre as formas de transmissão e cuidados necessários para a prevenção. M4 responde que, para lidar com a parceria sexual da gestante com sífilis agenda consulta imediata com a enfermagem, enquanto E2 relata fazer uma “abordagem clara”.

Para a questão 8, que pergunta sobre quais estratégias de adesão ao tratamento utilizam quando ambos os pacientes não aderem, as respostas guardam muita semelhança com aquelas obtidas na pergunta anterior. Como estratégia, 8 profissionais também citaram a conduta de orientar/falar/demonstrar/explicar sobre os riscos, importância do tratamento e consequências de não o fazer. Desses 8 profissionais, 4 citaram especificamente os riscos ou consequências para o feto ou recém-nascido. Obtivemos 2 respostas de profissionais que até então não tiveram pacientes (gestante ou parceiro) com recusa na adesão ao tratamento. E1 deixou essa questão em branco. E8 mencionou a busca ativa e assinatura do termo de recusa e comunicação à Secretaria Municipal de Saúde. Por fim, chama a atenção a resposta de M4 que lança mão da ameaça de notificação a polícia como estratégia de adesão ao tratamento.

A Tabela 9 mostra a consolidação das respostas referentes à pergunta 9. Os resultados registrados na pergunta 9 foram unânimes em afirmar que o vínculo entre profissional e usuário é relevante. Foram 10 registros usando a palavra importante para qualificar esse vínculo. As palavras essencial, relevante e indispensável também foram utilizadas. Confiança, empatia, ética, acolhimento e segurança também foram termos suscitados a partir de uma pergunta que se referia ao vínculo na relação profissional/usuário. Chama atenção que E4, E6 e E7 relacionam a importância do estabelecimento do vínculo com o sucesso/êxito na adesão/convencimento ao tratamento. Também mencionam a importância de terem um espaço com liberdade e confiança para sanar dúvidas.

**Tabela 9.** Consolidação das respostas ao formulário da pesquisa; questão 9.

<b>Profissional</b>	<b>9) O que você pensa a respeito do vínculo entre profissional de saúde e usuário do serviço?</b>
M1	Importante
M2	Deve-se ter empatia e boa relação
M3	Importante
M4	Indispensável
E1	Penso que deve ser um atendimento atencioso e claro com ética.
E2	Deve ser de acolhimento
E3	De grande importância.
E4	É de extrema importância para adesão aos cuidados
E5	Muito importante
E6	Essencial para o convencimento ao tratamento.
E7	Importante. Pois dá a liberdade e confiança para sanar dúvidas e conseguir êxito no tratamento
E8	Importante pois é através dele que se constrói uma relação de confiança
E9	É de extrema relevância a interação paciente-profissional, em que sejam fornecidas todas as informações necessárias, que ele se sinta acolhido e seguro.

## 5.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O conteúdo das respostas ao questionário aplicado traz elementos importantes que sugerem aspectos que afetam a produção do cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro durante os encontros de pré-natal no âmbito da Atenção Primária.

Vale destacar que, nessa etapa do presente trabalho, ao analisarmos e interpretarmos informações geradas por uma pesquisa qualitativa, devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social (GOMES, 2002). Na análise dos resultados, o propósito é ir para além do descrito, operando uma decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas. Por fim, na interpretação, buscam-se os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vai além do descrito e analisado (GOMES, 2002).

É importante destacar que na ocasião da coleta dos dados deste trabalho, no período entre os dias 25/01/2021 até 07/04/2021, o estado do ES vivenciava o início da terceira onda de COVID-19 com um grande aumento no nº de casos novos e consequentemente de óbitos, tendo atingido seu pico em abril de 2021. COVID-19 é a doença causada por um novo coronavírus denominado SARS-CoV-2. A OMS tomou conhecimento deste novo vírus em 31 de dezembro de 2019, após um relatório de um grupo de casos de 'pneumonia viral' em Wuhan, na República Popular da China (WHO, 2020). Segundo o painel coronavírus (ESPÍRITO SANTO, 2021), no período da coleta dos dados, 2.492 óbitos foram registrados, o que representou 29,6% de todos os óbitos no estado desde o início da pandemia em abril de 2020. Até a data do último dia da coleta de dados o estado havia acumulado 8.413 óbitos.

Os profissionais entrevistados, quando questionados sobre como avaliavam a situação da SC no município de Serra, forneceram respostas que, além de comunicarem sua opinião sobre o cenário epidemiológico, falam sobre possíveis causas para essa situação indesejada, já adiantando as respostas que viriam na questão seguinte. A percepção dos profissionais ouvidos é muito semelhante em afirmar a inconformidade, a necessidade de melhora, a situação preocupante, a alta prevalência/incidência para a SC e sífilis em gestante. Mesmo sem mencionar

nenhum parâmetro, somente a série histórica dos últimos 8 anos, a percepção que os profissionais têm em torno da situação epidemiológica que envolve esses agravos é homogênea. Apenas 4 profissionais enxergaram nos dados do gráfico um cenário de melhora, apesar de ainda não ser o cenário ideal.

Os resultados dessa pergunta parecem óbvios, mas comunicam o primeiro grande aspecto da produção do cuidado: o reconhecimento de que a SC e sífilis em gestante são problemas a serem cuidados. A resposta de E4, “Precisamos melhorar. Devemos atuar no diagnóstico precoce e acompanhar de perto o tratamento. Um grande erro é a falta do registro” traduz a necessidade de melhorar a situação existente trazendo para si parte dessa responsabilidade. O reconhecimento de necessidade de transformação de uma situação indesejável já seria um começo para incluí-la no circuito da produção de cuidados. Com isso, o próprio mundo das necessidades está em permanente processo de “captura” pelas tecnologias dos saberes estruturados, porque pode e deve ser inventado em processo, no fazer do trabalho vivo, portanto, na intimidade entre o repensar a micropolítica do processo de trabalho em saúde e o seu processo de gestão (MERHY, 2013).

É necessário que os profissionais de saúde compreendam qual a real situação epidemiológica da sífilis em seu território para que assim possam se implicar no planejamento, execução e reorientação de condutas clínicas, individuais e coletivas, que possam ser capazes de atuar nas causas desse problema que eles próprios identificam e reconhecem.

As respostas suscitadas a partir da pergunta 2 nos fazem pensar em outros aspectos que afetam a produção desse cuidado. A maioria dos profissionais, a saber oito deles, estruturaram suas hipóteses sobre as possíveis causas para a alta incidência de SC em torno da falta de algum componente. Metade das respostas elencam essas faltas em torno da ausência de orientação/informação. Quando M2 menciona “falta de informação da população” sugere que a informação é um componente que a população já deveria ter. A resposta de M3, “falta de orientação à população” sugere que a orientação é algo a ser dado a população.

Também foi mencionada a falta de monitoramento (E4), falta de pré-natal de qualidade (E1) e falta de comunicação entre médico e equipe de enfermagem (E7) como possíveis causas da incidência de SC. Esse “grupo de faltas” guarda estrita relação



com as atividades circunscritas na responsabilidade cotidiana dos profissionais de saúde em sua atuação na produção do cuidado. As respostas de E1, E4 e E7 possuem relação direta com a atuação e envolvimento dos profissionais para que sejam realizados. Assim como as atividades de cunho educativo e informativo, as atividades elencadas acima pressupõem o investimento do profissional de saúde e uma postura ativa e interessada. As “faltas” elencadas enquanto possíveis causas da sífilis congênita se vinculam essencialmente às atribuições dos trabalhadores da saúde enquanto agentes cuidadores e donos de um fazer clínico.

Outro achado importante na fala dos profissionais é a relevância do tratamento e suas nuances na compreensão da incidência da sífilis congênita. A falha no tratamento, o abandono do tratamento, a recusa do tratamento, o tratamento incompleto e finalmente a “falta” de adesão ao tratamento sugerem que esse é outro aspecto de grande relevância na produção do cuidado a gestante com sífilis e seu parceiro. O tratamento da sífilis, seja na gestante, seja em seu parceiro, não deve ser um ato prescritivo, mas, sim, um conjunto de intervenções pactuadas entre profissional de saúde e usuário, resultantes do encontro da clínica enquanto ato criativo da relação profissional-usuário. Essa relação deveria ser não “objetal”, comandada pelo autoritarismo do profissional, mas do tipo “interseção-partilhada”, na qual acontecessem trocas, compartilhamentos, pela disponibilidade do profissional em liberar saberes e atos cuidadores, e pelo desejo do usuário em restabelecer sua autonomia<sup>4</sup> (MALTA *et al.*, 2004; MERHY, 2002).

O êxito do tratamento sucede uma série de acontecimentos que devem estar pautados na responsabilização, vinculação e autonomia. Na perspectiva da responsabilização, o tratamento necessita ser prescrito corretamente, conforme os protocolos existentes. O usuário precisa ter acesso ao medicamento e aos exames em tempo e local oportuno. O caso deve ser monitorado sistematicamente para garantir um desfecho

---

<sup>4</sup> Neste contexto do cuidado em saúde a autonomia tem uma dimensão coletiva, e não somente de uma escolha ou comportamento individual. É um processo dinâmico onde a autonomia implica em perdas e aquisições sempre gradativas, relativas a padrões individuais, sociais e históricos já estabelecidos. Segundo Campos e Campos (2006), autonomia não é o contrário de dependência ou a afirmação de uma liberdade absoluta. Entendem autonomia como a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências, podendo ser traduzida em um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos (CAMPOS *et al.*, 2006).

desejado. Na perspectiva da vinculação, a relação que se estabelece entre profissional e usuário deve ser de confiança, troca e empatia. É nesse espaço que se negociam os comportamentos e escolhas importantes para a adesão ao tratamento e o desfecho de cura que se deseja. Finalmente, na perspectiva da autonomia, os encontros devem buscar a autonomia dos sujeitos no seu modo de viver e caminhar, autonomizando o usuário, provendo informações e suporte que possam favorecer as suas escolhas responsáveis, que garantam maior qualidade de vida e independência dos atos de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Para superar as dificuldades que todas essas “faltas” acarretam, as ações indispensáveis se situam no campo das tecnologias leves e leve-duras, onde é necessária a mobilização e articulação de alguns saberes e práticas que se materializam nas abordagens assistenciais de um trabalhador da saúde junto a um usuário-paciente (MERHY, 1998). Qualquer abordagem que se adote para superar a falta de adesão do parceiro ao tratamento, por exemplo, decorrerá do trabalho vivo em ato. O desafio é que a resultante dessa abordagem produza a responsabilização em torno do problema, momentos de vínculo, confiabilidade e autonomia.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2013, p. 73).

Pensando na relevância do parceiro nessa dinâmica e da sua situação de não tratamento ou situação ignorada na maioria dos casos registrados de SC no Brasil, no estado e no município de Serra, conforme apresentado nos gráficos anteriores, não foi surpresa que a imensa minoria das respostas mencionou essa como sendo uma das causas atribuídas à alta incidência de SC. Somente 3 profissionais mencionaram a palavra parceiro na resposta referente às possíveis causas da SC. A intenção não é culpabilizar o parceiro, mas buscar compreender os motivos pelos quais não são tratados ou não aderem ao tratamento. Imagina-se que o pré-natal conjunto gestante-

parceiro seja uma alternativa ética, exequível e coerente, com elevado potencial de reduzir as taxas de transmissão vertical (DUARTE, 2007).

O pré-natal do homem não foi citado em nenhuma das respostas por nenhum dos profissionais médicos ou enfermeiros como sendo uma estratégia de abordar os parceiros para ofertar o tratamento da sífilis, nem de aproximar os serviços de saúde das necessidades do homem, tampouco uma forma de otimizar a presença do homem no serviço de saúde para ofertar um atendimento customizado para o público masculino. A dificuldade de tratamento do homem como parceiro sexual de portadores de IST pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes, prejudicando a procura por atendimento (TEBET *et al.*, 2019).

Nas afirmações sobre as questões que mesclam a percepção dos profissionais de saúde sobre seu papel com o levantamento de fatores que não estavam sob seu controle na produção do cuidado às gestantes com sífilis e seu parceiro, observa-se que os registros trazem bastante conteúdo para refletirmos. Apesar de bastante diversas, as respostas expressam o sentido que os profissionais atribuem a sua própria atuação nesse contexto, elencando suas responsabilidades e atribuições. Mencionam muito o papel de orientar sobre a doença, seus riscos, formas de transmissão e consequências. Em segundo lugar, mencionam o tratamento e seus aspectos como papel importante nesse processo.

De fato, o tratamento e a orientação são atividades fundamentais no exercício da clínica em saúde, especialmente no contexto de uma IST como a sífilis. Nesse caso, é preciso se atentar em qual tecnologia do cuidado deve sobressair na consecução do tratamento e da atividade de orientação. A clínica não é só saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma “disfunção biológica”, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado (MERHY, 2013).

Na prática clínica do profissional de saúde, as atividades de orientação constituem boa parte da sua intervenção que, por sua vez, não devem ser conversas unilaterais e depositárias de informações na cabeça do paciente. As atividades de orientação devem abrir espaço para uma relação de troca de saberes, crenças, inseguranças e campo para possibilidades de mudança de comportamento. A história do sujeito

necessita de espaço para emergir e se fazer ouvida, auxiliando na reorientação das escolhas e comportamentos que o usuário irá assumir na trajetória de seu processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, podemos dizer que a relação que se estabelece entre profissional de saúde e usuário-paciente em torno do tratamento da sífilis na gestante e em seu parceiro possui as três dimensões tecnológicas do cuidado. A primeira delas é a tecnologia dura que mobiliza os testes diagnósticos, os medicamentos prescritos e o prontuário alimentado. As tecnologias duras são expressas pelas máquinas e instrumentos, pautadas pela produção de procedimentos centrada no profissional (MERHY; FRANCO, 2013).

Em segundo lugar, a tecnologia leve-dura se circunscreve no saber médico e no conhecimento técnico da enfermagem. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem-estruturado, bem-organizado, bem-protocolado, normalizável e normalizado (MERHY, 1998).

Pode-se dizer que a tecnologia leve-dura no tratamento da sífilis em gestante e seu parceiro se manifesta no manejo clínico do caso, quando se pensam em estratégias para adesão da gestante e abordagem do parceiro para que o protocolo do tratamento medicamentoso e o protocolo de monitoramento da evolução clínica possa ser aplicado oportunamente.

Por fim, como grandes aliadas na produção do cuidado, temos a mobilização das tecnologias leves no exercício criativo de uma clínica que pretenda a afirmação ética do compromisso com a vida expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia (MERHY, 1998).

O conjunto de respostas registradas na questão 3 convocam a reflexão sobre a centralidade do trabalho vivo na produção do cuidado a gestante com sífilis e seu parceiro. Os papéis citados como de responsabilidade dos profissionais, a saber: diagnosticar, orientar, tratar, monitorar, realizar busca ativa, inserir o paciente no convívio, explicar riscos e complicações da doença, oferecer tratamento oportuno a

gestante e ao parceiro, investigar a doença no parceiro, convencer o parceiro e desenvolver ações educativas revelam a potência que o trabalhador da saúde tem na efetivação de uma relação cuidadora. Essa potência advém da situação de governo que o trabalho vivo em ato possui (MERHY,2013), podendo sempre manter com os sujeitos uma relação de vínculo, troca e acolhimento. Também revela uma força extraordinária que os próprios trabalhadores têm para a mudança na saúde, pois, considerando que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre o seu processo de trabalho o coloca na posição de ser o principal agente de mudança (FRANCO, 2013).

Isso posto, analisemos as declarações dos profissionais sobre a questão que se ocupou em indagar se existiam fatores preponderantes na produção do cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro que não estariam sob o controle dos profissionais. Ora, fica nítido o contraponto das duas perguntas, pois a questão 3 se refere ao papel do profissional, e a pergunta 4 se refere àquilo que não seria o seu papel, estando fora da sua possibilidade de ação.

Considerando as respostas registradas, a maioria refere aspectos do comportamento e da escolha dos pacientes frente ao tratamento durante o pré-natal. Os profissionais, de modo geral, mencionam que o comportamento de não aderir ou abandonar o tratamento, não fazer os exames, não fazer o pré-natal ou o fazer tardiamente não estavam sob o seu controle, sendo, assim, escolhas essencialmente realizadas pelos usuários-pacientes. Nesse sentido, é indispensável refletir os motivos pelos quais a gestante e seu parceiro por vezes optem por escolhas que poderão ser prejudiciais à sua saúde, mesmo diante da orientação dos profissionais cuidadores.

Em pesquisa realizada em Porto Alegre, RS, verificou-se que a maioria dos casos era de gestantes cujos parceiros não aderiram ao tratamento concomitante. Sugere-se que esse fato pode ser, em parte, justificado pela ideia de que os serviços de saúde são destinados, em sua maioria, a mulheres, crianças e idosos (HOLZTRATTNER *et al.* 2019).

Algumas respostas registradas se destacam pela forma como o desejo do paciente assume a centralidade da resposta, sendo antecedido por um artigo definido: **o querer** da paciente em colaborar com o tratamento, **o comprometimento** em realizar o tratamento completo, **o compromisso** em realizar o tratamento, **a responsabilidade**

com o tratamento. Sem dúvida, o tratamento se destaca como um aspecto com enorme potencial de afetar a produção do cuidado à gestante com sífilis, pois carrega em si mesmo o desafio de articular tecnologias duras, leve-duras e principalmente leves no espaço relacional forjado no encontro entre o profissional-cuidador e o usuário-paciente. Esse espaço, permeado de subjetividade, é o território que privilegia uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente: a tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves (FRANCO *et al.*, 1999).

A dimensão cuidadora, produtora de tecnologias leves, relacionais, torna-se fundamental para ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidarem com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários. Estes espaços de encontro são singulares para operar esta compreensão dos trabalhadores acerca das necessidades dos usuários, e portanto, com a produção de um cuidado integral à saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Nessa concepção, o território das tecnologias leves emerge como o campo mais estratégico para lidar com as nuances do tratamento bem como para compreender os comportamentos e escolhas assumidos pelos usuários-pacientes e construir modos de agir que resultem em um cuidado efetivo. O tratamento assume uma centralidade importante nos achados, tendo em vista o número de vezes que é citado e sua relação direta com outras respostas. Conseguir obter êxito no tratamento pressupõe um ato produtivo conjunto entre usuário paciente e profissional-cuidador, em uma íntima relação onde todos esses atores governam.

Com isto entendemos que uma dimensão chave do trabalho vivo em ato é o de estar sempre em situação de governo e, assim, mantendo sempre uma estreita vinculação com a discussão sobre os sujeitos em (e da) ação e o conjunto de teorias (caixas de ferramentas) que tem procurado pensar esta questão, em particular aquelas que contribuem para esclarecer a relação entre o sujeito em ação e o permanente estado de governar cotidianamente o seu caminhar no mundo e, em particular, o seu trabalhar no mundo (MERHY, 2013, p. 66).

No universo de respostas para a questão 4, destaca-se uma questão de gênero importante quando a fala de três profissionais afirma ser da gestante ou da paciente a responsabilidade em procurar o pré-natal, abandonar o tratamento ou colaborar com o tratamento. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

ressalta a importância da reflexão contínua sobre as construções sociais de gênero voltadas às masculinidades, buscando abolir papéis estereotipados que afastam os homens da saúde, do cuidado, do afeto e da construção de relações mais equitativas e humanizadas em suas parcerias sexuais e afetivas (BRASIL, 2016).

A responsabilização somente da gestante no cuidado à saúde, além de ser uma construção social machista, reforça práticas assistenciais que afastam o público masculino dos serviços de saúde, pois foi constatado que os homens geralmente acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, já com o problema de saúde instalado e evoluindo de maneira insatisfatória. Esse contexto aumenta os agravos da morbidade para a população masculina, causam maior sofrimento, menor possibilidade de resolução e maior ônus para o sistema (BRASIL, 2016).

Quando questionado sobre qual seria a maior dificuldade que o profissional tem no manejo clínico da gestante com sífilis para se evitar a transmissão vertical e quais estratégias utilizavam para enfrentar essas dificuldades elencadas, não é surpresa que o tratamento novamente aparece como o grande destaque. Ao todo, oito profissionais citam o tratamento como grande desafio na evitabilidade da transmissão vertical da sífilis; desse universo, cinco especificam o tratamento do parceiro. Também merecem destaque os dados dos gráficos apresentados na introdução, corroborando que a situação de não tratamento dos parceiros é uma realidade no Brasil, no estado e no município de Serra.

A convocação e o tratamento dos parceiros sexuais são decisivos para quebrar a cadeia de transmissão vertical da sífilis. Apesar da dificuldade no tratamento dos mesmos, estudo mostra que, no geral, os parceiros podem ser localizados, pois a maioria vivia com a mãe do bebê ou era o pai do recém-nascido, demonstrando que é possível o contato com eles (CAMPOS *et al.*, 2010; CAMPOS *et al.*, 2012).

As respostas registradas para a questão 6 sugerem que a busca ativa e a orientação são tecnologias bastante adotadas para enfrentarem as dificuldades do tratamento do parceiro e das falhas do tratamento em geral. Buscar ativamente e orientar são ações que unem necessidades e processos de intervenção orientados por tecnologias leves para operar sobre um encontro implicado em promover a mudança na vida e na saúde do usuário, bem como uma mudança no modo de agir e de se colocar diante das demandas em saúde dos usuários.

Os profissionais são quase unânimes ao relatarem que assumem uma conduta de orientação/explicação aos parceiros e à gestante, principalmente falando sobre as consequências e os riscos para o feto, quando questionados sobre qual abordagem utilizam com a parceria sexual quando a sífilis é detectada e como eles lidam com casais que não aderem ao tratamento.

Fica muito explícita a relevância da atividade de orientar os usuários-pacientes no exercício do cuidado por parte dos profissionais. Essa ação articula e mobiliza tecnologias-leves, pois, para além do conteúdo técnico embutido na fala do profissional, sobressai sua habilidade de fazer com que se estabeleça um diálogo interessado, capaz de operar mudanças na compreensão do usuário sobre as consequências da sua escolha, principalmente aquelas que também afetem um terceiro. Desse modo, pensar sobre os aspectos do diagnóstico e tratamento de IST, principalmente nos homens, sugere não apenas ater-se à oferta, organização e qualidade dos serviços, mas também a questões pessoais, sociais, históricas e culturais (TEBET *et al.*, 2019).

As atividades de orientação também devem propiciar espaço de escuta e acolhimento ao usuário para que possa expor seu entendimento sobre o seu estado de saúde. O acolhimento não é um momento fixo ou uma etapa, mas uma postura ética, política e, sobretudo, empática, que pode ocorrer em boa parte dos momentos de interação entre usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

Orientar e explicar devem ser traduzidos em um encontro de validação do conteúdo da fala do paciente e da resignificação da compreensão sobre sua doença e seus riscos. Nesse encontro, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) ou a produção da saúde (FRANCO *et al.*, 1999).

Quando perguntados sobre o que pensavam a respeito do vínculo entre profissional e usuário, foram unânimes em qualificar como importante, indispensável e essencial. O enfrentamento à SC não pode prescindir de um olhar atento à micropolítica da gestão do cuidado, considerando os aspectos que afetam a produção desse mesmo cuidado.



Cuidar de um casal positivo para sífilis pressupõe diagnosticar, tratar, orientar, responsabilizar, se vincular e autonomizar. Na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular não há a produção dessa responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRANCO *et al.*, 1999).

É uma jornada no campo das tecnologias leves e leve-duras que se assemelha ao cuidado de uma pessoa com doença crônica não transmissível (DCNT), pois, em certa medida, é uma doença de longa duração, demanda intensa atuação dos cuidadores, pode e deve ter projetos terapêuticos, necessita de acesso a apoio diagnóstico e ações integradas, como em uma linha de cuidado. Segundo Merhy e Cecílio (2003), o desenho da linha de cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada à imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

Um caminho viável para o enfrentamento à SC no contexto da Atenção Primária é o do estabelecimento da vinculação e da responsabilização entre profissional e usuário no processo de produção do cuidado na perspectiva da linha de cuidado. Essa perspectiva é centrada no campo das necessidades dos usuários, com a existência de um cuidador orientado por tecnologias leves, articulando ações e recursos necessários no contexto de uma rede de serviços.

Malta e Merhy (2010) falam sobre a crise em que a saúde passa pelo modo de cuidar que não vincula, que não se responsabiliza no processo terapêutico e que não opera com as tecnologias leves produtoras de um cuidado singular e que também atinge o cuidado às doenças infecciosas. Diante do exposto, os resultados desta pesquisa evidenciaram quatro aspectos que afetam a produção do cuidado a gestante com sífilis e seu parceiro segundo o olhar dos profissionais de saúde: o reconhecimento do problema que precisa ser cuidado, o tratamento e suas nuances, a orientação e o vínculo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento à sífilis congênita permanece como um grande desafio para a saúde pública tanto no município de Serra, quanto no estado do Espírito Santo, no Brasil e em diversos países do mundo, conforme os gráficos apresentados apontam. Esta doença desafia a gestão dos serviços de saúde e coloca em xeque a qualidade da assistência pré-natal prestada no âmbito da Atenção Primária, mesmo sendo um agravo evitável e curável.

Essa dissertação teve como objetivo principal a identificação de aspectos que afetem a produção do cuidado à gestante com sífilis e seu parceiro por meio da escuta aos profissionais de saúde que lidam diretamente com esse público, estabelecendo com eles uma relação cuidadora, mediada ora por tecnologias leve-duras, ora por tecnologias leves.

Os resultados deste trabalho identificaram quatro aspectos importantes na produção do cuidado a gestante com sífilis e seu parceiro: o reconhecimento de que a sífilis congênita é um problema que necessita ser cuidado; o tratamento e suas nuances, a orientação e o vínculo. Os aspectos identificados são importantes para que saibamos que na relação de cuidado que se estabelece com este público específico, devemos garantir não somente o acesso ao diagnóstico, exames, medicamentos e consultas, mas também ressignificar a articulação das tecnologias leves, privilegiando uma relação pautada no acolhimento, no vínculo, na escuta, na resolutividade, na corresponsabilização e autonomização do usuário-paciente. Em um cenário de recursos materiais disponíveis, é o Trabalho Vivo em Ato que opera na produção do cuidado em saúde, sendo determinante para bons desfechos perinatais.

Consideramos que este trabalho teve uma limitação quanto ao seu instrumento de coleta de dados, pois em função da pandemia e necessidade de distanciamento social, as entrevistas que seriam presenciais, tiveram que ser feitas através de formulário eletrônico. Apesar dos dados coletados apontarem aspectos importantes para esta pesquisa, consideramos que a entrevista presencial poderia trazer uma riqueza maior na fala do que na escrita das respostas. Também consideramos uma

baixa adesão na disposição em participar da pesquisa, talvez ocasionada pela exaustão e sobrecarga de trabalho dos profissionais assistentes decorridos tantos meses da pandemia da COVID-19.

Considerando que os resultados deste trabalho foram satisfatórios e relevantes, espera-se que possam nortear estratégias de educação permanente em saúde que viabilizem o empoderamento dos trabalhadores no processo de cuidado, com valorização de sua dimensão subjetiva para reconfiguração do modelo de atenção, colocando as tecnologias leves em evidência, potencializando sua dimensão criativa e seu autogoverno enquanto agentes produtores de relações cuidadoras capazes de transformar a vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-**DATASUS**. 2021. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 10 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Nota Informativa no 2 -SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota\\_Informativa\\_Sifilis.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf)> Acesso em 10 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Bol Epidemiol, especial. Out 2019a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>> Acesso em: 15 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. volume 51; n.18. Abr. 2020a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>> Acesso em: 28 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. 2018. Volume 49, N° 45. ISSN 23589450. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CAMPOS, A.L.A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.9, 2010.

CAMPOS, A.L.D.A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n.9, 2012.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, set. 2012, p. 397-402. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>.

CARDOSO, A.R.P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. DOI: [10.1590/1413-81232018232.01772016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016).

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. spe1, e2020597, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-4974202100005.esp1>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 32, n. 6, e00082415, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, Feb. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev Bras Ginecol Obstet.** vol. 29, n. 4, 2007, p. 171-174. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a01v29n4.pdf> Acesso em: 5 jul 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de IST/AIDS. **Boletim Epidemiológico nº 34/2019**. Espírito Santo, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Coronavírus. COVID-19. **Painel COVID-19 do Espírito Santo**. 2021. Disponível em: [www.coronavirus.es.gov.br](http://www.coronavirus.es.gov.br) Acesso em: 12 junho 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita**. Vitória: Espírito Santo, 2017. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Orient.%20Cidad%C3%A3o/S%C3%ADfilis/Plano%20S%C3%ADfilis\\_VERS%C3%83O%20FINAL.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Orient.%20Cidad%C3%A3o/S%C3%ADfilis/Plano%20S%C3%ADfilis_VERS%C3%83O%20FINAL.pdf) Acesso em: 25 maio 2020.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T.B. O reconhecimento da produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 15, n. 2, 1999, pp. 345-353. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>

FERREIRA NETO, J.F. Micropolítica em Mil Platôs: uma leitura. **Psicologia USP**, vol. 26, n. 3, 2015, p. 397-406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420140009>

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa quantitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 26ª edição. Petrópolis: Vozes, 2002.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

HECKERT, Ana Lucia C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.

HOLZTRATTNER, Jéssica Strube et al. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 24, e59316, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>

KORENROMP, Eline L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—estimates for 2016 and progress since 2012. **PloS one**, v. 14, n. 2, p. e0211720, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0211720

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). **Renê Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MAGAZINER, S. et al. Public health opportunities and challenges in the provision of partner notification services: the New England experience. **BMC Health Serv. Res.**, v. 18, n. 1, p. 75, 2018. DOI: 10.1186/s129-018-2890-7.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MANSANO, Sonia Regina Vargas Mansano. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da Unesp**. vol. 8, n. 2, 2009.

MERHY, E.E. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: Uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no Seu Modo de Trabalhar A Assistência. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., **Mapas Analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/New Mexico: University of New Mexico, 2007. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco\\_de\\_textos.html](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco_de_textos.html) > Acesso em: 25 maio 2020.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde** – a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

NASCIMENTO, Maria Isabel do et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 56-62, Feb. 2012 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200003>.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Med**. Vol. 10, 2013, e1001396.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.

NURSE-FINDLAY, Stephen, et al. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. **PLoS medicine**, v. 14, n.12, p. e1002473, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002473>

PICCININI, Cesar Augusto et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, pág. 27-33, março de 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>.

ROCHA, Ana Fátima Braga. **Aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará**. Dissertação [mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2014.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sífilis em gestante. Instrumentos para registro e análise. **Ficha de notificação/investigação**. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-em-gestante>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SOARES, Fabio Montalvão. A produção de subjetividades no contexto do capitalismo contemporâneo: Guattari e Negri. **Fractal: Revista de Psicologia**. v. 28, n. 1, 2016, pp. 118-126. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1170>.

TEBET, Danielle Galindo Martins et al. Percepções sobre o tratamento de homens com diagnóstico de sífilis: uma síntese rápida de evidências qualitativas. **BIS**, São Paulo, v. 20, n.2 , p.96-104, dez. 2019.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Espírito Santo: Vitória, 2016.

WHO. World Health Organization. Sexual and reproductive health. **Shortages of benzathine penicillin**. How big is the problem? And why it matters. WHO, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/shortages-benzathine-penicillin/en/>> Acesso em 21 março 2021.

WHO. World Health Organization. Sexual and reproductive health. **WHO publishes new estimates on congenital syphilis**. WHO, 27 February 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis-estimates/en/>> Acesso em: 21 jan 2020.

WHO. World Health Organization. **Q&As on COVID-19 and related topics**. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub>> Acesso em 21 março 2021.



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**OS TRABALHADORES DA SAÚDE E OS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS E SEU PARCEIRO**”, sob a responsabilidade de LUANA CRUZ FREIRE.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

#### **1) JUSTIFICATIVA**

Trata-se de uma pesquisa sobre os aspectos que afetam a produção do cuidado à gestante com sífilis e de seu parceiro, durante os encontros do pré-natal, no âmbito da Atenção Primária, no município de Serra-ES. Pretende-se um estudo para compreender a atuação dos sujeitos em sua ação produtiva e nas relações que estabelece com as usuárias gestantes com sífilis e seus parceiros durante o pré-natal.

#### **2) OBJETIVO DA PESQUISA**

Identificar, através da perspectiva dos profissionais de saúde, os aspectos que afetam a produção do cuidado à gestante com sífilis e de seu parceiro, durante os encontros do pré-natal, no âmbito da Atenção Primária, no município de Serra-ES.

#### **3) PROCEDIMENTOS**

Um formulário será enviado on-line com um questionário para que eu possa responder.

#### **4) DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

A duração da resposta ao questionário dependerá do meu ritmo e disponibilidade. Considerando ser um ambiente virtual, poderei responder ininterruptamente as perguntas ou de acordo com minha disponibilidade.

#### **5) RISCOS E DESCONFORTOS**

Os riscos desse projeto são mínimos, sejam eles físico, emocional, eventual, imediato ou tardio. Caso as perguntas do questionário me tragam lembranças que signifiquem sofrimento, desconforto ou constrangimento, poderei interromper a resposta ao questionário a qualquer tempo e retomar conforme minha concordância e disponibilidade de continuar, ou ainda cancelar minha participação a qualquer tempo. Será garantido o sigilo em relação às informações produzidas e coletadas através das minhas respostas.

#### **6) BENEFÍCIOS**

Esta pesquisa pode suscitar em mim reflexões em relação a minha prática profissional, principalmente com relação à assistência prestada a gestante com sífilis e seu parceiro. O questionário pode ser um meio de escuta para boas práticas e sugestões de melhorias e reconhecimento dos desafios do cotidiano em saúde que enfrento. O estudo também contribuirá com sugestões de conteúdos mais assertivos a serem abordados em formações e cursos no âmbito da Educação Permanente para a melhora da qualidade do pré-natal e para o enfrentamento à sífilis congênita. O devido retorno da pesquisa ocorrerá após a conclusão do estudo.

### **7) ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA**

Se algum dano ocorrer devido a essa pesquisa, poderei fazer contato com a pesquisadora a qualquer tempo.

### **8) GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO**

Não sou obrigado a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de minha recusa. Caso decida retirar este consentimento, eu não serei mais contatado(a) pela pesquisadora.

### **9) GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE**

A pesquisadora e sua orientadora neste estudo comprometem-se a resguardar minha identidade durante todas as fases da pesquisa, e mesmo depois dela.

### **10) GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO**

Esta pesquisa não tem qualquer custo para mim enquanto participante que responde ao questionário.

### **11) GARANTIA DE INDENIZAÇÃO**

Não se aplica a mim, pois não existe a possibilidade de danos que exijam indenização.

### **12) ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, poderei entrar em contato com a pesquisadora LUANA CRUZ FREIRE, telefone (27) 99773-3937, endereço AV: AUGUST SAINT HILAIRE, N° 126, CASA 37, MANGUINHOS, SERRA/ES ou a professora Maria Angélica Carvalho Andrade (27 99292-4807) no endereço: Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. Também poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando a proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais, tendo seu horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

### **13) CONDIÇÕES GERAIS**

Declaro ainda que fui informado (a) e esclarecido (a) sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos **e que voluntariamente aceito participar deste estudo.** Também declaro que poderei solicitar a pesquisadora, a qualquer tempo, uma cópia deste termo.

**O PREENCHIMENTO SERÁ REALIZADO ONLINE E POR ESSE MOTIVO, SUA PARTICIPAÇÃO ESTARÁ CONDICIONADA AO ACEITE DO CONVITE**

**ASSINALANDO ABAIXO A OPÇÃO “DIANTE DOS ESCLARECIMENTOS PRESTADOS, CONCORDO EM PARTICIPAR, COMO VOLUNTÁRIO(A), DA PESQUISA INTITULADA “OS TRABALHADORES DA SAÚDE E OS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS E SEU PARCEIRO”.**

Concordo em participar

Não concordo em participar

## APÊNDICE B

Questionário para profissional da saúde – formulário eletrônico

### CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL (Múltipla escolha)

Categoria Profissional: médico ou enfermeiro

Tempo de atuação no SUS no âmbito da APS: Menos de 1 ano /Entre 1 e 3 anos/  
Mais de 3 anos

Tempo de atuação no âmbito da APS no município de Serra: Menos de 1 ano /Entre  
1 e 3 anos/ Mais de 3 anos

### QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS ABERTAS

- 1) Como você avalia a situação da sífilis congênita no município de Serra?
- 2) A que você atribui a alta incidência de sífilis congênita no município?
- 3) Conforme a sua percepção e entendimento, qual o papel do profissional médico/enfermeiro na produção do cuidado a gestante com sífilis e seu parceiro?
- 4) Você considera que existe algum fator preponderante na assistência ao pré-natal que não está sob controle do profissional de saúde? Qual?
- 5) Qual é a maior dificuldade que o profissional tem no manejo clínico nos casos de sífilis em gestante para evitar a sífilis congênita?
- 6) Quais estratégias você utiliza para enfrentar esta dificuldade?
- 7) Como você lida com a parceria sexual da gestante quando a sífilis é detectada? Qual abordagem utiliza?
- 8) Quais estratégias de adesão ao tratamento você utiliza quando se depara com uma gestante e/ou parceiro não adesos ao tratamento?
- 9) O que você pensa a respeito do vínculo entre profissional de saúde e usuário do serviço?

## APÊNDICE C

### Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OS TRABALHADORES DA SAÚDE E OS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS E SEU PARCEIRO

**Pesquisador:** Luana Cruz Freire

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 39930620.0.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.504.932

##### Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado "OS TRABALHADORES DA SAÚDE E OS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS E SEU PARCEIRO" é um trabalho de natureza qualitativa exploratória que será desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em Unidades de Saúde da Família (USF), do município de Serra Espírito Santo. Os participantes serão escolhidos a partir da indicação da coordenação municipal, configurando-se uma amostragem não-probabilística. O estudo prevê um procedimento de coleta de dados por aplicação de questionário de forma virtual, a ser respondido de on-line. As respostas serão analisadas a partir da Análise de Conteúdo Temática.

##### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo apresentado pela pesquisadora será identificar, através da perspectiva dos profissionais de saúde, os aspectos que afetam a produção do cuidado à gestante com sífilis e de seu parceiro, durante os encontros do pré-natal, no âmbito da Atenção Primária do Município da Serra.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios foram descritos e os riscos foram apresentados, assim como a forma de minimizá-los, atendendo o que preconiza a resolução 466/2012.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: SN

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITÓRIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.504.802

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

-

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Folha de rosto apresentada com assinaturas;
2. TCLE apresentado com todos os itens obrigatórios para o formato on-line;
3. Cronograma atualizado;
4. Carta de anuência apresentada da Secretaria Municipal da Serra devidamente assinada pela Secretária Municipal de Saúde;

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências, considerando que a pesquisadora atendeu as solicitações das versões anteriores. Neste sentido salvo melhor juízo sou de parecer favorável à realização da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1451907.pdf	14/01/2021 13:13:00		Aceito
Outros	CARTAANUENCIA_SERRA_14JAN20.pdf	14/01/2021 13:12:22	Luana Cruz Freire	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_14JAN21.doc	14/01/2021 13:07:25	Luana Cruz Freire	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjQualMes_LUANA_CRUZ_Serra_14jan21.docx	14/01/2021 13:04:35	Luana Cruz Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ONLINE_Serra_14jan21.docx	14/01/2021 13:04:08	Luana Cruz Freire	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEP.pdf	09/11/2020 15:33:33	Luana Cruz Freire	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: SN

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.504.902

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Neecessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 20 de Janeiro de 2021

---

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES Município: VITORIA

Telefones: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**APÊNDICE D**  
**REFLEXÕES SOBRE O NÃO TRATAMENTO E ADESÃO DO PARCEIRO**  
**SEXUAL DA GESTANTE POSITIVA PARA SÍFILIS**

Luana Cruz Freire<sup>1</sup>

Mara Rejane Barroso Barcelos<sup>2</sup>

Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>3</sup>

## **RESUMO**

Diante do registro de altas taxas de incidência de sífilis congênita no estado do Espírito Santo, este ensaio evidencia e problematiza a ausência do tratamento do parceiro sexual da gestante na imensa maioria dos casos, refletindo sobre os motivos pelos quais esse parceiro geralmente não é incluído na rotina das condutas clínicas no manejo da gestante positiva para sífilis.

## **INTRODUÇÃO**

A sífilis é a segunda causa infecciosa de natimortos em todo o mundo e um importante contribuinte evitável para a morbimortalidade infantil (WHO, 2019). Cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis a cada ano, a maioria das gestantes não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento. Nesse contexto, em torno de 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao concepto, levando a resultados adversos como morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita (NONATO, 2015).

Esse agravo diminuiu em todo o mundo, entre 2012 e 2016, embora a prevalência materna tenha se mantido estável. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem trabalhando no combate à sífilis congênita no mundo e, até o momento, alcançou a eliminação da transmissão vertical em Cuba, Armênia, Bielorrússia, República de Moldova, Anguilla, Antígua e Barbuda, Bermudas, Ilhas Cayman, Montserrat, São Cristóvão e Nevis, Malásia e mais recentemente nas Maldivas (WHO, 2019).



Entretanto, apesar da diminuição global no número de casos, a ocorrência continua elevada. Novas estimativas mostram que havia mais de meio milhão (cerca de 661.000) de casos de sífilis congênita em 2016, resultando em mais de 200.000 natimortos e mortes de recém-nascidos a cada ano. Conseguir a eliminação global de sífilis congênita, no entanto, exigirá melhorar o acesso à triagem e ao tratamento precoce da sífilis no pré-natal, monitorando clinicamente todas as mulheres diagnosticadas com sífilis e seus bebês, melhorando o gerenciamento dos parceiros e reduzindo a prevalência de sífilis na população em geral, expandindo testes, tratamento e vinculação dos parceiros aos serviços de saúde que ofertam cuidados pré-natais (KORENROMP *et al.*, 2019).

Entre os anos de 2014 e 2016, a escassez de penicilina benzatina ameaçou o tratamento da sífilis em muitos países do mundo, pois esse medicamento é o único capaz de evitar a transmissão vertical da sífilis, sem registro documental de resistência. O Brasil também registrou escassez dessa medicação, o que pode ter tido impactado nas altas taxas de incidência de sífilis congênita no país nesse período (NURSE-FINDLAY *et al.*, 2017).

No desafiador cenário mundial frente à situação da sífilis em gestante e sífilis congênita, no Brasil, no período de 2014 a 2018, evidenciaram-se dados alarmantes desses agravos, o que pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Embora se observe diminuição dos casos de sífilis congênita a partir de 2019 no país, o declínio no número de casos também pode decorrer de demora da notificação e da alimentação das bases de dados do Sinan, devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2020a).

Em relação à sífilis em gestantes, observamos onze estados com detecção acima da média brasileira, com destaque para os estados do Rio de Janeiro, Acre, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Espírito Santo. Em relação à sífilis congênita, observam-se 8 estados com taxa de incidência superior à média nacional, sendo que o Espírito Santo não está mais entre os estados que possuem a incidência maior que a média nacional registrada (BRASIL, 2020a).

Na comparação das taxas de detecção de sífilis em gestantes e incidência de sífilis congênita nas capitais brasileiras no ano de 2017, Vitória foi a capital com o terceiro maior registro de sífilis em gestantes e com taxa de incidência de sífilis congênita acima da média nacional (BRASIL, 2018). Desde 2016, o município de Vitória reformulou o plano de enfrentamento da sífilis, refletindo esforços conjuntos dos setores de vigilância e assistência no combate à doença (VITÓRIA, 2016). Em 2020, esse cenário na capital se alterou, sendo ainda alta a taxa de detecção de gestantes com sífilis (4ª maior do Brasil) e a incidência de sífilis congênita caiu drasticamente, ficando abaixo da média nacional (BRASIL, 2020a).

Importante ressaltar que a notificação compulsória da sífilis congênita foi instituída no país por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, e a notificação de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2018).

Para melhor compreensão da situação epidemiológica da sífilis congênita no estado do Espírito Santo, é importante destacar a série histórica dos indicadores da sífilis adquirida e sífilis em gestante, sabendo-se que tais indicadores guardam forte relação entre si. Segundo o Boletim Epidemiológico Sífilis 2019 (SESA, 2020), o ES possui a 5ª maior taxa de detecção de sífilis adquirida no cenário nacional, registrando 114 casos para cada 100.000 habitantes. A série histórica no período de 2012 a 2018 mostra que o número de casos desse agravo triplicou no Espírito Santo.

Já o boletim do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a) traz o cenário da capital Vitória com a maior taxa de detecção de sífilis adquirida entre todas as capitais brasileiras. Tal resultado pode estar relacionado com o fato de o município possuir laboratório próprio e capaz de realizar testagem para sífilis bem como registro automático de resultados dos exames e notificação imediata no E-SUS VS em função da avançada informatização da sua rede assistencial.

Nesse cenário de altas taxas de detecção de sífilis adquirida, as taxas de detecção de sífilis em gestantes também são muito elevadas. O estado do ES registrou um crescimento de pouco mais que o triplo dos casos notificados, comparando os anos de 2012 e 2019 (BRASIL, 2021).

Tais registros devem ser analisados em comparação com os casos notificados e confirmados de sífilis congênita no mesmo período, a fim de se estabelecer um

paralelo entre a capacidade da rede básica assistencial em detectar a doença precocemente durante o pré-natal, a realização do correto manejo clínico e, finalmente, ter o desfecho da cura materna e um conceito saudável.

Ao longo dos últimos anos, o estado do ES registrou uma incidência de sífilis congênita crescente entre os anos de 2007 a 2018 (BRASIL, 2021), com taxas muito acima do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por outros organismos internacionais dos quais o Brasil é signatário. A taxa aceitável preconizada é de 0,5 casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos. Com o objetivo de alcançar taxas de incidência dentro do limite aceitável e reverter o grave cenário epidemiológico que o estado se encontra para a sífilis congênita, o Governo do Estado, por meio da SESA, instituiu o Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita no ano de 2017 (ESPÍRITO SANTO, 2017). No cenário de evolução do número absoluto de casos desde o ano de 2007 no estado, é importante destacar o registro de uma ligeira queda a partir do ano de 2018, apesar de ainda representar altíssima incidência (BRASIL, 2021). Analisando a totalidade dos casos registrado de sífilis congênita no estado no período entre os anos de 2012 e 2018, os dados demonstram uma situação muito crítica no que se refere ao tratamento do parceiro. Para todos os 3.370 casos notificados no período, somente 498 (14,78%) registraram tratamento do parceiro sexual da gestante. Em 2.221 casos (65,91%) o parceiro não foi tratado e, por fim, em 656 casos (19,47%), essa informação é ignorada ou está em branco na ficha de notificação (BRASIL, 2021).

Os dados apresentados nos levam a pensar sobre uma questão forte de gênero quando se constata que cerca de 65% dos casos de sífilis congênita no período estudado não tiveram o parceiro tratado para sífilis, o que significa grandes chances de reinfecção da gestante (BRASIL, 2021). Isso nos leva a pensar na maneira com que os profissionais de saúde manejam clinicamente as suas pacientes e procuram formas de envolver a parceria sexual na produção do cuidado, sugerindo que a subjetividade exerce influência na produção desse cuidado, bem como no estabelecimento do vínculo e da corresponsabilização do cuidado entre o profissional e o usuário. Nesse sentido, dentre os fatores de grande relevância para a compreensão do registro de altas taxas de incidência de sífilis congênita, destaca-se a necessidade urgente de reorientação das estratégias de abordagem à gestante e sua parceria sexual durante o pré-natal.

Outro dado de destaque é em relação ao momento do diagnóstico da sífilis materna no ES. No período de 2012 a 2018, observa-se que a maioria foi diagnosticada durante o pré-natal (57,48%), apesar de ainda ser expressivo o quantitativo de casos que são diagnosticados no âmbito hospitalar (28,46%), no momento do parto, e da curetagem, nos casos de abortamento. Essa situação traz elementos importantes para pensar a capacidade de detecção da sífilis na gestante e a qualidade do pré-natal no ES (BRASIL, 2021).

Estudos apontam que a maior parte dos casos de sífilis congênita é decorrente de falhas na testagem durante o pré-natal, ou de tratamento inadequado ou ausente da sífilis materna (REYES *et al.*, 1993; LAGO *et al.*, 2013; DOMINGUES *et al.*, 2021). Entretanto, parece-nos óbvio que essa epidemia nunca será vencida se persistir a omissão do tratamento do parceiro, considerando todas as dificuldades da abordagem do homem pelo profissional de saúde, o medo da revelação do diagnóstico que a mulher possa ter e as resistências do homem em reconhecer que está infectado com uma doença que necessita de tratamento. Os dados também apontam fortemente para a questão da qualidade do pré-natal, pois um grande número de casos de sífilis congênita é proveniente de mães que tiveram acesso ao pré-natal, mesmo em municípios com ampla rede de serviços, equipes de saúde e disponibilidade de insumos, mas que não foram adequadamente testadas ou não foram adequadamente tratadas (DOMINGUES *et al.*, 2021).

No ES essa situação está ilustrada através dos casos confirmados de sífilis congênita e realização do pré-natal no período de 2012 a 2019. Observa-se que é muito representativa a quantidade de desfechos perinatais indesejáveis nos casos de gestantes que realizaram o acompanhamento durante a gestação, ou seja, em 77,74% (BRASIL, 2021) dos casos de sífilis congênita a mãe realizou pré-natal e, mesmo assim, tiveram seus bebês com sífilis. Tais dados também são relevantes e apontam para um sério problema de qualidade do pré-natal no estado do Espírito Santo, pois para os casos onde o acesso não foi um problema, a baixa qualidade do manejo clínico fica bem evidente.

Essa situação aponta fortemente para os processos de trabalho envolvidos no cuidado à gestante durante a assistência pré-natal, pois a gestante teve acesso ao serviço, mas o desfecho foi indesejado. Nesse contexto, é relevante destacar que um dos

desfechos que se verifica é o óbito fetal, sendo a sífilis congênita um agravo que contribui significativamente para o óbito fetal. No mundo, 2,2 milhões de óbitos fetais ocorrem no terceiro trimestre, antes de iniciar o trabalho de parto, sendo a sífilis materna uma das causas de óbito, oportunamente manejáveis pelos cuidados pré-natais (NASCIMENTO, *et al.*, 2012).

Diante desse contexto, questiona-se como essa situação epidemiológica da sífilis congênita se desenhou em um cenário com uma situação favorável no que diz respeito à cobertura de Atenção Básica, à cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), à quantidade de equipes, ao sistema informatizado e à disponibilidade de insumos diagnósticos e terapêuticos para o agravo em questão. Por que se instala essa situação epidemiológica tão crítica de sífilis congênita, até mesmo em municípios com ampla rede de serviços, tradição de gestão e boa série histórica de indicadores de saúde? Além disso, tal situação nos levaria a pensar sobre quais os motivos da parceria sexual da gestante não ser incluída na rotina das condutas clínicas no manejo da gestante positiva para sífilis.

Este ensaio pretende contribuir com a temática do enfrentamento da sífilis congênita a partir da compreensão dos aspectos que podem estar envolvidos na produção do cuidado a gestante com sífilis durante o pré-natal, principalmente apontando elementos para reverter a situação de não tratamento e adesão do parceiro.

### **A subjetividade na produção do cuidado em saúde**

Neste capítulo, assumimos a subjetividade como uma das dimensões que se impõem no processo de produção do cuidado em saúde (MERHY; FRANCO, 2003). Se pensarmos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que comporta três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cada um dos profissionais de cada equipe se colocará de forma singular diante dos usuários e das suas respectivas demandas em saúde. Mesmo subordinados às mesmas normativas, as condutas diferem, pois as subjetividades são capturadas por diversos territórios existenciais e “recortes interessados”. Tal compreensão parece um tanto óbvia, mas nos parece de grande valor para este trabalho.

A dinâmica e o cotidiano dos serviços de saúde, muitas vezes, fazem com que os profissionais tenham que se confrontar com o limite do sofrimento da vida,

convocando-os a pensar em suas próprias questões e limites no seu processo de construir-se cuidador. Tal fato torna necessária uma reflexão sobre a maneira como a produção de subjetividade dos trabalhadores da saúde opera e reflete nas relações de vínculo e acolhimento que se dão nos encontros da produção do cuidado.

Especificamente na produção do cuidado à gestante com sífilis, muitas situações desafiadoras se impõem e demandam a incorporação de uma conduta “expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação de vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida” (MERHY, 2014). É preciso uma conduta de investimento clínico e negociação, caso se almeje um desfecho perinatal positivo, avançando para além de uma atitude prescritora de exames, remédios e condutas. Frequentemente, o trabalhador da saúde se depara com comportamentos sexuais que diferem daqueles que ele julga adequados, se depara com mulheres que não aderem ao tratamento pelas mais diversas razões, se depara com parceiros de gestantes que se negam a realizar o tratamento, ou ainda com mulheres que vivem relacionamentos abusivos e têm muita dificuldade em revelar o diagnóstico da sífilis aos seus parceiros, temendo atos violentos.

Nesse encontro entre o usuário e o trabalhador da saúde, repleto de adversidades e possibilidades, o ato de cuidar será desenhado, negociado e, conseqüentemente, passará a existir. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do Trabalho Vivo em Ato, isto é, o trabalho no momento em que está produzindo (FRANCO, 2013).

Merhy e Franco (2003) trazem à cena um trabalhador altamente implicado em seus processos de trabalho, não concebidos enquanto vítimas de seus atos produtivos, relações e lugares. Discutem a fabricação de um sujeito ao mesmo tempo em que se fabrica o cuidado. Essa concepção traz o trabalhador como dimensão viva da produção em saúde, e é nele que se aposta a “invenção” de um modo de produção do cuidado em saúde mais comprometido com a instauração de fluxos e movimentos contra-hegemônicos.

Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido, pelo menos, por dois grandes vetores de construção da realidade: um primeiro, diz respeito à produção de subjetividades presente nesse contexto, a

semiotização dos fluxos, que os deixa carregados de significados. Um segundo, os afetos entre sujeitos, ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade (MERHY; FRANCO, 2013, p.343-344).

Nessa concepção da produção do cuidado como resultado de uma gestão coletiva de afetos e relações, onde cada instância é capaz de imprimir efeitos na resultante do trabalho em saúde, almejamos a modificação do modelo assistencial, o que significa impacto no núcleo do cuidado. Para Merhy e Franco (2003) esse núcleo é composto por Trabalho Morto (tecnológico/instrumental) e Trabalho Vivo em Ato (relacional). A produção de saúde de forma integralizada e centrada na necessidade do usuário e da sua condição de saúde/doença, deve operar mais no campo das tecnologias leves, sempre tensionada pelo encontro de diferentes interesses, forças e subjetividades que se colocam no campo da micropolítica de organização dos processos de trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2013).

Nesse sentido, o cuidado à gestante com sífilis necessita de um olhar atento e implicado do profissional para que se estabeleça um cenário favorável ao acesso aos exames preconizados, ao tratamento adequado, às consultas necessárias e principalmente aos diferentes contextos de vida da gestante que interferirão no processo e que não estão descritos em nenhum manual ou protocolo. É nessa perspectiva que o potencial inventivo do profissional e seu autogoverno irão manifestar-se.

O entendimento de que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, como trabalho em ato, instituído no campo da saúde coletiva pelo Emerson Merhy, revela uma força extraordinária que os próprios trabalhadores têm, para a mudança na saúde, pois, considerando que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho o coloca na posição de ser o principal agente de mudança. Esta liberdade o trabalhador pode usar para manter o modelo biomédico ou operar mudanças radicais no modo de produzir o cuidado, de qualquer forma, está no trabalho vivo a potência, a possibilidade instituinte, o trabalho criativo (FRANCO, 2013, p. 13-14).

O grau de liberdade que se coloca na governança da clínica em saúde é importante para o entendimento da dificuldade de pactuação de ações que vão de encontro com a reprodução do modelo biomédico do cuidado, bem como no reconhecimento e

legitimação das necessidades em saúde do usuário que busca o serviço de saúde. Franco e Merhy (2013) falam sobre uma necessidade em saúde como expressão de desejo e não somente como uma carência ou falta. Assim, considerando-se que o trabalho em saúde é sempre bilateral/multilateral, temos as tecnologias leves como ferramentas de enfrentamento desse processo.

As tecnologias leves referem-se ao campo relacional em saúde, à grande possibilidade de se criar novas maneiras de cuidar, singulares. Na contrapartida, temos a tecnologia inscrita no instrumento/protocolo, chamada tecnologia dura, estruturada em um conhecimento técnico científico, que também traz seu componente leve por sofrer certa modificação de acordo com cada profissional que aplica a técnica.

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2013, p.141).

O trecho acima nos revela a necessidade de desnaturalizar o ato de cuidar médico-centrado. Mostra que ele foi produzido historicamente e pode, deve e está sofrendo mutações, por existirem atores envolvidos nesse processo advogando por um modelo assistencial integral, resolutivo e comprometido com a afirmação da vida, não com a reprodução de um cuidado serial e medicalizante. Mesmo que um usuário necessite de procedimentos altamente especializados, com equipamentos caros e insumos muito específicos, o núcleo do cuidado deve estar estruturado no campo das tecnologias leves, produzindo singularidade e integralidade da atenção.

No cuidado à gestante com sífilis, o que se coloca como essencial são as tecnologias leves, na medida em que se verifica frequente abandono ou não adesão ao tratamento por parte da gestante, tratamento inadequado, parceiros sexuais não tratados ou que se recusam a receber o tratamento. O investimento nas tecnologias centradas na relação e no vínculo com o usuário trarão importantes resultados para o enfrentamento da sífilis congênita em um contexto favorável de recursos materiais,



em detrimento do investimento nas tecnologias leve-duras, que também exercem um papel importante.

Nessa lógica, a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado pode resultar na hegemonia do Trabalho Vivo. O processo de mudança de núcleo do cuidado é denominado transição tecnológica, viabilizado pela reestruturação produtiva. Ambos os conceitos estão no cerne da discussão dos modelos tecno-assistenciais de produção do cuidado em saúde. A reestruturação produtiva pressupõe um modo de fazer saúde, diferente do modelo vigente anteriormente em dado espaço de trabalho.

É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. Assim deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto dos usuários e na resolução dos seus problemas (MERHY; FRANCO, 2013, p. 145).

Nesse sentido, podemos considerar que, no Brasil, exista um grande processo de reestruturação produtiva em curso, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família no âmbito na Atenção Primária à Saúde (MERHY; FRANCO, 2013). A existência da equipe multidisciplinar, a preponderância do território no planejamento das ações, longitudinalidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo entre usuário e equipes das unidades de saúde são alguns exemplos de mecanismos de produção de novas lógicas de cuidado. Entretanto, é evidente que as velhas práticas hegemônicas não deixam de existir por si mesmas. As práticas coexistem no cotidiano dos serviços, dia a dia vão se afirmando inéditas, fracassadas, saudáveis, mortificadoras, eficientes ou não. Muitas vezes testemunharemos a captura do Trabalho Vivo pelo Trabalho Morto, mas o inverso também pode ser verdadeiro.

Apesar dos esforços, a maior parte dos casos de sífilis congênita evidencia lacunas especialmente na assistência pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2021). Para tornar efetivo o uso das tecnologias leves no âmbito da assistência e produção do trabalho vivo, a forma de governar os processos de trabalho precisa primar pela gestão, responsabilização, autonomização, acolhimento e vínculo (MERHY, 2013). Assim, é necessário que sejam superados os entraves que distanciam pacientes e suas parcerias dos serviços de saúde, mesmos naqueles municípios com condições mais favoráveis de infraestrutura e recursos humanos nos serviços de saúde, cultivando-se

cotidianamente melhorias no campo relacional, olhando-se com singularidade para cada usuário dos serviços e superando o ato de cuidar médico-centrado (MERHY, 2013).

Importante destacar que, dentre os fatores que levam a falhas no acompanhamento pré-natal, a não testagem ou testagem insuficiente, o abandono ou não adesão ao tratamento por parte da gestante ou ao tratamento inadequado, além de falhas no cumprimento do protocolo de testagem e tratamento, está o não comparecimento da gestante aos serviços, apesar da realização de buscas ativas e empenho da equipe de saúde. Isso pode evidenciar falta de vínculo com o serviço de saúde (PICCININI *et al.*, 2012).

Estudo de abordagem qualitativa realizado em Fortaleza evidenciou que questões institucionais e de gênero estiveram associadas ao não comparecimento do parceiro ao serviço de saúde, e que estratégias que facilitem a compreensão e empoderem a gestante precisam ser trabalhadas, para que a mesma consiga argumentar junto ao parceiro a importância de comparecer ao serviço e tratar-se. Não foi encontrada uma estratégia ideal de convocação do parceiro, mas a sua presença nas consultas pré-natais pareceu ser uma estratégia que a facilitou. Os autores concluíram que o melhor modelo é aquele que considera as subjetividades trazidas pelos sujeitos (ROCHA, 2014). A dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de IST pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem e atribuindo majoritariamente à mulher a grande responsabilidade pelo cuidado à saúde (CAMPOS *et al.*, 2012)

Destaca-se que, desde o final de 2017, o tratamento do parceiro sexual foi retirado do critério que define o tratamento materno adequado (BRASIL, 2017). Tal mudança foi justificada pela necessidade de adequação da definição de casos de sífilis congênita com os critérios da Organização Pan-Americana (OPAS/OMS). A possibilidade de registro dos casos de sífilis congênita classificados pelo tratamento do parceiro (Sim; Não; Ign/Br) na ficha de notificação do SINAN só foi possível até 2018. Por consequência, o banco de dados do Ministério da Saúde (TABNET) traz a série histórica da referida informação somente até 2018, inviabilizando o acompanhamento da eficácia das ações direcionadas a superar a ausência do tratamento do parceiro.

Essa mudança é muito questionável quando os estudos apontam que a principal causa de inadequação do tratamento da gestante é o não tratamento de sua parceria sexual, pois, para quebrar a cadeia de transmissão e evitar a reinfeção, é imprescindível o tratamento do parceiro. Além disso a participação do pai ou parceiro durante todo o pré-natal contribui para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e do próprio parceiro. Os serviços de saúde precisam implementar o pré-natal do homem e seu tratamento no caso de sífilis ou de outra IST (DUARTE, 2007; BRASIL, 2016).

Considerando a dimensão subjetiva na produção do cuidado que se inscreve nas relações entre trabalhadores da saúde e usuários que procuram atendimento com alguma necessidade, é necessário também refletir sobre essa dimensão subjetiva nas situações em que o usuário não tem queixa ou sintoma, a princípio, como é o caso do parceiro da gestante. Nessa perspectiva, a inclusão do parceiro no tratamento precisa ter sua estratégia muito bem pensada, pois convocar um parceiro para aconselhamento e oferta de diagnóstico e tratamento é um tema que ainda está longe de consenso, com ásperas interfaces entre aspectos éticos, humanitários e sanitários (DUARTE, 2007).

Dentre os fatores que distanciam os parceiros das gestantes dos serviços ou unidades de saúde (US), alguns estão previstos, de uma forma mais geral, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, na notificação de sífilis em gestante: parceiro não teve mais contato com a gestante; parceiro não foi comunicado/convocado à US; parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu; parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas recusou o tratamento; parceiro com sorologia não reagente, embora o protocolo atual do Ministério da Saúde (BRASIL 2020b) recomende a prescrição de 2.400.000 UI de penicilina benzatina para os parceiros de gestantes mesmo em caso de teste rápido negativo; e outro motivo (SINAN, 2016).

Ressalta-se que, na categoria “outro motivo” estão os parceiros não identificados, os que possuem moradia em outro bairro, município, estado ou país; a multiplicidade de parceiros; parceria inserida num contexto criminal, como tráfico de drogas e outros crimes, porém gozando de liberdade; parceiros com restrição de liberdade; parceiros não abordados pela gestante por medo; parceiros que vivem em situação de rua, não

alcançados pelas equipes de consultório na rua ou pela equipe de atenção primária, parceiros usuários de álcool e drogas (CAMPOS *et al.*, 2012; CARDOSO *et al.*, 2018, MAGAZINER *et al.*, 2018)

Com relação ao enfrentamento da escassez da penicilina, salienta-se que há um ensaio clínico, em fase de implementação, avaliando a eficácia da cefixima no tratamento da sífilis ativa em mulheres não grávidas, denominado Projeto CeBra, realizado pelo Ministério da Saúde com apoio da OMS e em parceria com pesquisadores brasileiros, visando estabelecer opções alternativas seguras de tratamento para a sífilis, em uma soma de esforços para eliminação da sífilis congênita. Em princípio, seu uso está sendo proposto em caso de redução de estoques de penicilina benzatina, alergia grave a esse medicamento ou impossibilidade de administração de injeções (BRASIL, 2020b).

Esse aspecto do insumo farmacêutico é um ponto muito sensível no enfrentamento à sífilis congênita. Segundo a OMS (WHO, 2021), por se tratar de um medicamento não patenteado, ele é vendido por valores muito baixos, mas possui um custo de produção elevado, pois demanda investimento na infraestrutura da linha de produção para garantir que o produto seja estéril. Essa condição limita o interesse da indústria farmacêutica na sua ampla produção e disponibilização ao mercado mundial.

As notificações dos casos de sífilis em gestantes e suas parcerias sexuais, que são compulsórias, revestem-se de grande importância, pois permitem que a vigilância epidemiológica auxilie com orientações para o manejo adequado dos casos, quando necessário, e auxilie no seu monitoramento (DOMINGUES *et al.*, 2021). Também é necessário apontar que, além do parceiro estável ou pai da criança, é possível que a gestante tenha outras parcerias sexuais. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta e assistir todas as pessoas com quem a gestante se relaciona sexualmente e essa é uma tarefa que demanda grande esforço (DOMINGUES *et al.*, 2021).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na atualidade, embora o enfrentamento da sífilis continue a ser um desafio para a gestão dos serviços de saúde, com implicações diretas no campo da Vigilância e

Assistência, entende-se que para se reverter a situação de não tratamento e adesão do parceiro, cabe a união de todas as tecnologias, duras e leves, superando a fragmentação do cuidado.

Almeja-se o aprimoramento do modelo assistencial, com impacto no núcleo do cuidado, conduzindo a uma reestruturação produtiva e levando a um modo diferente de se fazer saúde. Nesse sentido, as consultas pré-natais devem ocorrer precocemente; a inserção dos parceiros através da implementação do pré-natal do homem deve ser buscada precocemente e cotidianamente pela equipe de saúde; os testes precisam ser ofertados desde a primeira consulta de pré-natal, realizados na gestante pelo menos no primeiro trimestre e início do terceiro trimestre e precisam estar acessíveis a todos os profissionais habilitados para realizá-los; deve haver garantia de consultas conforme protocolo para gestantes e parceiros; deve ser realizada busca ativa, sempre que houver perda de acompanhamento; e deve ser garantida a penicilina benzatina às gestantes e parceiros, bem como o adequado monitoramento pós-tratamento, permitindo a adequada abordagem em caso de reinfecção.

Avanços no cenário atual do enfrentamento da sífilis no país poderão ocorrer a partir de políticas públicas com maior envolvimento de autoridades sanitárias, gestores dos serviços de saúde, profissionais de saúde e população geral. Nesse contexto, é relevante ainda ressaltar que há uma expectativa positiva em torno dos resultados da pesquisa em andamento sobre o uso da cefixima como alternativa para o tratamento de sífilis, podendo esse medicamento vir a ser uma possibilidade de garantia de tratamento.

Assim, espera-se ter contribuído com a temática do enfrentamento da sífilis congênita a partir da compreensão dos aspectos envolvidos na produção do cuidado à gestante com sífilis e para a reflexão sobre os motivos pelos quais o parceiro geralmente não é incluído na rotina das condutas clínicas no manejo da gestante com sífilis.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do

HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Nota Informativa no 2 -SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota\\_Informativa\\_Sifilis.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf)> Acesso em 10 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. 2018. Volume 49, N° 45. ISSN 23589450. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Sífilis** 2019. Bol Epidemiol, especial. Out 2019a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>> Acesso em: 15 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. volume 51; n.18. Abr. 2020a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>> Acesso em: 28 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 248p., 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-**DATASUS**. 2021. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 10 de abril de 2021.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, set. 2012, p. 397-402. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>.

CARDOSO, A.R.P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. DOI:10.1590/1413-81232018232.01772016.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 30, n. spe1, e2020597, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-4974202100005.esp1>.

DUARTE G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev Bras Ginecol Obstet.** vol. 29, n. 4, 2007, p. 171-174. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a01v29n4.pdf>> Acesso em: 5 jul 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita**. Vitória: Espírito Santo, 2017. Disponível em:

<[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Orient.%20Cidad%C3%A3o/S%C3%ADfilis/Plano%20S%C3%ADfilis\\_VERS%C3%83O%20FINAL.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Orient.%20Cidad%C3%A3o/S%C3%ADfilis/Plano%20S%C3%ADfilis_VERS%C3%83O%20FINAL.pdf)> Acesso em: 25 maio 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de IST/AIDS. **Boletim Epidemiológico n° 34/2019**. Espírito Santo, 2019.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

KORENROMP, Eline L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—estimates for 2016 and progress since 2012. **PloS one**, v. 14, n. 2, p. e0211720, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0211720

MAGAZINER, S. et al. Public health opportunities and challenges in the provision of partner notification services: the New England experience. **BMC Health Serv. Res.**, v. 18, n. 1, p. 75, 2018. DOI: 10.1186/s129-018-2890-7.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., **Mapas Analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/New Mexico: University of New Mexico, 2007. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco\\_de\\_textos.html](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco_de_textos.html) > Acesso em: 25 maio 2020.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde – a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, Maria Isabel do et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, Feb. 2012, p. 56-62. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 set. 2019.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

NURSE-FINDLAY, Stephen, et al. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. **PLoS medicine**, v. 14, n.12, p. e1002473, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002473>

PICCININI, Cesar Augusto et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic. : Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, pág. 27-33, março de 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>.

ROCHA, Ana Fátima Braga. **Aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará**. Dissertação [mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2014.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sífilis em gestante. Instrumentos para registro e análise. **Ficha de notificação/investigação**. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-em-gestante>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Espírito Santo: Vitória, 2016.

WHO. World Health Organization. Sexual and reproductive health. **Shortages of benzathine penicillin**. How big is the problem? And why it matters. WHO, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/shortages-benzathine-penicillin/en/>> Acesso em 21 março 2021.

WHO. World Health Organization. Sexual and reproductive health. **WHO publishes new estimates on congenital syphilis**. WHO, 27 February 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis-estimates/en/>> Acesso em: 21 jan 2020.

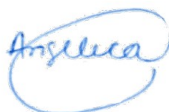


Vitória, ES, 12 de novembro de 2021.

### DECLARAÇÃO

Eu, Maria Angélica Carvalho Andrade, atesto que a Editora ÁREA 27 publicará, sob minha organização, juntamente com outros organizadores, a obra **“GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA: DA POLÍTICA À AÇÃO”**. A obra se encontra em processo de aceite e revisão de capítulos e tem previsão de lançamento para o segundo semestre de 2021, e será publicada na versão digital. Também atesto que, dentre os capítulos que comporão o livro, estará o de Luana Cruz Freire, Mara Rejane Barroso Barcelos e Maria Angélica Carvalho Andrade, sob o título **“Reflexões sobre o não tratamento e adesão do parceiro sexual da gestante positiva para sífilis”**.

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink that reads "Angélica". The signature is written in a cursive style and is enclosed within a light blue oval shape.

Maria Angélica Carvalho Andrade  
Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social  
Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Espírito Santo