



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Vivian Sauer Torres da Silva

**Os (Des) caminhos da Sífilis Congênita no Município de
Botucatu/ São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu- Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Coorientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete

**Botucatu
2016**

VIVIAN SAUER TORRES DA SILVA

OS (DES) CAMINHOS DA SÍFILIS CONGÊNITA NO
MUNICÍPIO DE BOTUCATU/SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Coorientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Silva, Vivian Sauer Torres da.

Os (Des) caminhos da sífilis congênita no município de Botucatu, São Paulo / Vivian Sauer Torres da Silva. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Coorientador: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Capes: 40406008

1. Sífilis congênita, hereditária e infantil. 2. Serviços de saúde à maternidade. 3. Gravidez. 4. Cuidados primários de saúde. 5. Botucatu (SP).

Palavras-chave: Assistência à saúde; Gravidez; Sífilis; Sífilis congênita.

*Dedicatoria e
Agradecimentos*

DEDICATÓRIA

A todas as mães que vivenciaram a sífilis congênita e aos seus bebês

AGRADECIMENTOS

A Viviane, Renata, Cecília, Adriana Silva e Adriana, agentes estratégicas do Programa Municipal DST/Aids. Minha admiração pelo empenho e dedicação em busca da eliminação da sífilis congênita em Botucatu. Foi entre vocês que tudo começou...

As agentes estratégicas que passaram pelo Programa Municipal DST/Aids. Acredito que todo esforço de vocês não foi em vão.

A amiga Juliane Andrade pelas suas preciosas contribuições e disponibilidade em todos os momentos. Sempre ao meu lado.

A Marli pelas orientações, paciência e apoio, e por me ensinar que tudo isso é um processo e que cada um tem seu tempo.

A Vera pelas ótimas contribuições na coorientação deste trabalho e revisão final.

A equipe da Policlínica Central – CS1 que com força e maturidade guiaram nosso navio quando precisei navegar em outros mares...

Ao Renan e, em especial, a amiga Graziela por guiarem nossa tripulação.

A todas as equipes de saúde da atenção primária pelo esforço neste desafio de lutar contra a sífilis.

Ao núcleo de vigilância epidemiológica municipal pela disponibilização dos dados.

Ao grupo PET vigilância em Sífilis pelos inúmeros frutos da reflexão e trabalho em equipe.

As minhas amigas Camila Polo e Mariana Ignácio por toda parceria em mais essa etapa.

A Luciene pela colaboração e disponibilidade na coleta de dados, junto ao SAE de Infectologia.

A Ana Lúcia pela compreensão e apoio para que todo esse processo pudesse acontecer.

A Rosemary que tão gentilmente corrigiu as referências.

Ao meu querido amigo professor Nelson que, mais uma vez realiza a revisão de português. Se não fossem suas aulas de redação...

Ao meu querido Apolo por ter me acompanhado em muitos momentos, mas que não pode ficar para etapa final desse trabalho. Meu companheiro de vida.
(In memoriam)

Aos queridos Niko e Joaquim que me trazem alegria diária em meio às tribulações.

A cada membro da minha família, por me apoiarem, cada um à sua maneira em todas as etapas de minha vida. Que continuemos para sempre unidos.

E, finalmente, a Deus que vem me ensinando que tudo tem seu tempo...

EPÍGRAFE

O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e
esfria, aperta e daí
afrouxa, sossega e depois
desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.

Guimarães Rosa

Resumo e
Abstract

Silva VST. Os (Des) caminhos da sífilis congênita no município de Botucatu/São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

RESUMO

A sífilis congênita é um evento sentinela e um dos mais graves desfechos adversos que podem ser prevenidos durante a gestação. Sua eliminação configura-se como desafio diretamente ligado ao controle da sífilis na gestação, tanto pela atenção à saúde da gestante, quanto à de seus parceiros. A alta prevalência da transmissão vertical vem apontando perdas de oportunidades durante todas as fases da doença na gestação, justificando o presente estudo que teve por objetivo analisar o itinerário terapêutico percorrido por mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e propor fluxo de cuidados a gestantes diagnosticadas com sífilis no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de pesquisa exploratória de cunho qualitativo embasada no referencial teórico do Itinerário Terapêutico. Fizeram parte do estudo 17 mães que tiveram filhos nascidos no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014. Os dados foram obtidos por consulta as ficha de notificação de sífilis em gestante e de sífilis congênita, ficha de acompanhamento domiciliar de sífilis congênita do Programa Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, prontuários e por meio de entrevista semiestruturada com as mães. A análise dos dados foi realizada segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, na vertente Temática. Predominaram as mães que tinham alto nível de escolaridade, baixa renda, multiplicidade de parceiros sexuais na vida, multiparidade e antecedente de sífilis. Verificou-se que houve o uso de drogas ilícitas durante o período gestacional por duas mães investigadas. A maioria das mães realizou o pré-natal em unidades básicas de saúde do município, com seis ou mais consultas, entretanto, cinco mães iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre de gestação, sete tiveram o diagnóstico de sífilis no terceiro trimestre de gestação e uma no parto, seis mães não finalizaram o tratamento em até 30 dias antes do parto, e ocorreram dois óbitos fetais. A maioria dos bebês apresentou sinais clínicos e/ou alterações laboratoriais sugestivas de sífilis congênita. A maior parte dos parceiros não foi tratada. A análise das entrevistas permitiu a exploração de três temas e seus respectivos núcleos de sentido: Tema 1 - Foi muito difícil ter sífilis na gestação; Tema 2 - Foi bem doloroso ver meu bebê ficar internado e Tema 3 - Apesar de tudo, ainda sei pouco sobre sífilis. Pela análise do itinerário terapêutico das mães, pôde-se depreender que este foi marcado por preocupação, medo, decepção, dor, violência institucional e cuidado desumanizado que implicaram sofrimento, superado com apoio de familiares e profissionais de saúde. Com base nos achados deste estudo foi elaborada uma proposta de fluxo de cuidados dirigido as gestantes com sífilis focado no processo de trabalho das equipes da rede de atenção primária à saúde, desde o diagnóstico até o nascimento. Por fim, considera-se que este estudo vem contribuir para o planejamento de ações mais abrangentes voltadas ao cuidado integral de gestantes com diagnóstico de sífilis e à prevenção da sífilis congênita, uma vez que revela dificuldades enfrentadas por mulheres que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita, além de aspectos da vulnerabilidade individual, social e programática que devem ser abordados na atenção integral à saúde deste grupo populacional.

Palavras-chave: Sífilis, Sífilis Congênita, Gravidez, Assistência à Saúde.

Silva VST. The (Un) paths of congenital syphilis in the city of Botucatu/São Paulo. Thesis (Master) – Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

ABSTRACT

Congenital syphilis is a sentinel event and one of the most severe adverse outcomes that can be prevented during pregnancy. Its elimination represents a challenge directly linked to syphilis control during pregnancy, because of the care for the pregnant woman's and her partners' health. The high prevalence of vertical transmission has appointed the loss of opportunities during all phases of the disease during pregnancy, justifying this study, which was intended to analyze the therapeutic itinerary of mothers whose infants were notified as cases of congenital syphilis in the Reportable Disease Information System and to propose a care flow for pregnant women diagnosed with syphilis in Primary Health Care. An exploratory and qualitative research was undertaken based on the theoretical framework of the Therapeutic Itinerary. The study participants were 17 mothers who had children born between January 2013 and December 2014. The data were collected by consulting the notification forms for syphilis in pregnant women and congenital syphilis, as well as the domestic monitoring form of congenital syphilis of the Municipal Program for Sexually Transmitted Diseases/Aids, patient histories and semistructured interviews with the mothers. The data were analyzed using Bardin's Thematic Content Analysis. Mothers were predominant with a high education level, low income, multiple sexual partners in life, multiple births and a history of syphilis. Two of the mothers had used illegal drugs during pregnancy. Most of the mothers received antenatal care at primary health care services in the cities, with six or more consultations, but five mothers started antenatal care in the third pregnancy term, seven were diagnosed with syphilis in the third term and one when giving birth, six mothers did not get treatment in the first 30 days after birth and two fetal deaths occurred. Most of the infants presented clinical signs and/or laboratory changes suggesting congenital syphilis. Most of the partners were not treated. The analysis of the interviews permitted exploring three themes and their respective central meanings: Theme 1 – It was very difficult to have syphilis during pregnancy; Theme 2 – It was very difficult to see my baby in hospital and Theme 3 – Despite everything, I still know little about syphilis. Based on the analysis of the mothers' therapeutic itinerary, it could be inferred that it was marked by concern, fear, deceit, pain, institutional violence and dehumanized care, which implied suffering, overcome with the support of family members and health professionals. Based on these study findings, a care flow proposal was elaborated focused on the pregnant women with syphilis. Finally, this study contributes to the planning of more comprehensive actions focused on integral care delivery to pregnant women diagnosed with syphilis and on the prevention of congenital syphilis, as it reveals difficulties faced by women with children notified as cases of congenital syphilis, besides aspects of individual, social and program vulnerability, which should be addressed in integral health care for this population group.

Key words: Syphilis, Congenital Syphilis, Pregnancy, Health Care.

*Lista de Quadros e
Lista de Abreviaturas*

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Caracterização sociodemográfica, comportamental, ginecológica e obstétrica de mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015.....32
- Quadro 2** – Características comportamentais no período gestacional de mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015.....34
- Quadro 3** – Características de nascimento dos filhos que foram notificados como caso de sífilis congênita. Botucatu, 201536
- Quadro 4** – Fluxo pelos serviços de saúde de mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015.42
- Quadro 5** – Motivos para notificação do filho como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015.....43
- Quadro 6** – Temas e núcleos de sentidos. Botucatu, 2015.....44

LISTA DE SIGLAS

- APS – Atenção Primária à Saúde
- ECLIA – Ensaio Quimioluminescente
- ELISA – Enzime–Linked Immunosorbent Assay
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FTA –Abs -Fluorescent Treponemal Antibody- Absorption
- IST– Infecção Sexualmente Transmissível
- MS – Ministério da Saúde do Brasil
- NV – Nascido Vivo
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PM – Programa Municipal
- PN – Pré-natal
- SC – Sífilis Congênita
- SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SUS – Sistema Único de Saúde
- T. pallidum* – *Treponema pallidum*
- TNT – Teste Não Treponêmico
- TPHA – Treponema Pallidum Hemagglutination
- TT – Teste Treponêmico
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- USF – Unidade Saúde da Família
- VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

Sumário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Local e participantes do estudo	26
3.3 Procedimentos para obtenção dos dados.....	28
3.4 Referencial teórico e técnica de análise dos dados	28
3.5 Aspectos éticos	29
4 RESULTADOS.....	31
4.1 Caracterização das participantes do estudo	31
4.2 Fluxo pelos serviços de saúde das mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita.....	37
4.3 A experiência de se ter um filho notificado como caso de sífilis congênita.....	43
4.4 Proposta de fluxo de cuidados às gestantes diagnosticadas com sífilis no âmbito da Atenção Primária à Saúde	67
5 DISCUSSÃO	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXOS	93
APÊNDICES	102

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença transmissível, pandêmica, causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. pallidum*). Sua transmissão é predominantemente sexual, mas pode ocorrer por via transplacentária e, mais raramente, por transfusão sanguínea ou inoculação acidental (PASSOS; NAHN JÚNIOR; ALMEIDA FILHO, 2005; TRAMONT, 2010).

Classifica-se em duas fases: sífilis recente - com duração aproximada de um ano, representada pelas formas primária, secundária e latente recente e sífilis tardia – quando há mais de um ano de evolução e engloba a forma latente tardia e a terciária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Reconhecida na Europa no século XV (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006) essa doença teve, na década de 1940, com o advento da penicilina, queda significativa da sua incidência, com recrudescimento, na década de 1980, associado ao uso de drogas, liberdade sexual, surgimento da pílula e condições socioeconômicas deterioradas (PASSOS; NAHN JÚNIOR; ALMEIDA FILHO, 2005; CAMPOS, 2006). Desta forma, há mais de 500 anos a sífilis desafia a humanidade (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis impacta negativamente no âmbito socioeconômico e sanitário repercutindo, principalmente, nas mulheres e crianças (VALDERRAMA; ZACARIAS; MANZIN, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde estimam-se 12 milhões de casos novos de sífilis ao ano e dois milhões entre gestantes que podem transmitir a infecção, verticalmente, com consequências graves para o feto. (OMS, 2008)

No enfrentamento da sífilis congênita (SC) a gestante precisa ser diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada e, em tempo oportuno, concomitante ao seu (s) parceiro (s) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2011).

O diagnóstico laboratorial da sífilis pode ser realizado pela pesquisa direta do agente etiológico, que demanda capacitação técnica, ou por meio de testes sorológicos que detectam anticorpos e se dividem em (SÃO PAULO, 2010):

- Treponêmicos: (Treponema Pallidum Hemagglutination – TPHA, Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption- FTA-Abs, Enzime-Linked Immunosorbent Assay – ELISA, Ensaio Quimioluminescente – ECLIA e

Teste Rápido) utilizados para triagem e confirmação de casos reagentes detectados pelo método não-treponêmico;

- Não-treponêmicos: Venereal Disease Research Laboratory – VDRL e Rapid Plasma Reagin – RPR, utilizados em triagem e monitoramento após o tratamento.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza rastreio de sífilis na primeira consulta de pré-natal ou primeiro trimestre de gravidez, além de repeti-lo com 28 semanas e no momento do parto (SÃO PAULO, 2010).

A terapêutica efetiva, durante a gestação, na prevenção da transmissão vertical é, exclusivamente, realizada com penicilina benzatina (WALKER, 2001). O esquema terapêutico deve ser estabelecido, de acordo com a fase clínica da doença, respeitando intervalo semanal, a via de administração intramuscular e a dose recomendada. (SÃO PAULO, 2010)

O tratamento materno adequado contempla: uso da penicilina benzatina nas doses e intervalos preestabelecidos, de acordo com a fase clínica da doença que deve ser finalizada em até 30 dias antes do parto e tratamento concomitante do parceiro sexual com sífilis. Deve apresentar queda de dois títulos ou títulos estáveis de sorologia não-treponêmica, se o título inicial for menor ou igual a 1:4. É considerado tratamento concomitante do parceiro sexual aquele que ocorrer entre o início e término de tratamento da gestante (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2014).

A transmissão do *T. pallidum* na SC ocorre, geralmente, por via transplacentária, da gestante inadequadamente tratada ou não tratada para o conceito, em qualquer fase da gestação. A taxa de transmissão vertical é de 70% a 100% na fase recente, reduzindo para até 30% na fase tardia (SÃO PAULO, 2010).

Classifica-se em precoce, quando as manifestações clínicas na criança ocorrem até os dois anos de idade, e tardia após este período (TALHARI S; TAHARIC, 2005).

Dentre as manifestações mais comuns na fase precoce estão: icterícia, palidez, febre, púrpura, alteração no sistema nervoso central, hematológico e esquelético, além de lesões muco-cutâneas, rinite serossanguinolenta, hepato e esplenomegalia (SARACENI, 2005).

Na fase tardia, manifesta-se, em geral, por meio de alterações ósseas como a fronte olímpica, tibia em sabre, nariz em sela e articulações de Clutton, além de dentes de Hutchinson, molares em amora, rágades, ceratite intersticial e surdez por lesão neurológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

São critérios definidores de caso de SC para fins de vigilância epidemiológica em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 a):

1- Filhos de mães não tratadas, inadequadamente tratadas ou sem comprovante de tratamento, que foram ou não diagnosticadas no pré-natal com teste treponêmico e/ou teste não - treponêmico reagentes, independente dos títulos durante a gestação ou parto;

2- Indivíduos menores de 13 anos que apresentem, ao menos, uma das evidências sorológicas:

- Teste não - treponêmico com títulos ascendentes;
- Teste não - treponêmico reagente após os seis meses de vida, excluídas as situações de monitoramento terapêutico;
- Teste treponêmico reagente após 18 meses de vida;
- Lactentes com títulos em teste não - treponêmico maiores que os da mãe;
- Teste não - treponêmico reagente com ao menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de SC;

3- Aborto ou óbito fetal de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas com teste treponêmico e/ou não treponêmico reagentes, independente dos títulos, durante a gestação, parto ou curetagem;

4- Infecção por *T. pallidum* na placenta, cordão umbilical e/ou amostra das lesões em necropsia ou biópsia proveniente da criança, aborto ou óbito fetal por intermédio de exames microbiológicos.

A SC é um evento sentinela (MAGALHÃES; KAWAGUCHI; DIAS, 2011) dentre os mais graves desfechos adversos que podem ser prevenidos durante a gestação. Além das perdas fetais e perinatais, 50% dos recém-nascidos poderão sofrer sequelas físicas ou do desenvolvimento (LIMA, 2004). Anualmente ocorrem cerca de 440.000 mortes perinatais decorrentes das SC, no mundo (WHO, 2011).

A eliminação da SC destaca-se como compromisso entre os países da América Latina e Caribe em consonância com a meta da OMS e Organização Pan-americana

de Saúde (OPAS) de reduzir essa taxa a 0,5 caso por mil nascidos vivos (NV) até o ano de 2015 (OMS, 2008).

Em 2006, o MS apresentou o “Pacto Pela Saúde” incluindo metas de redução da transmissão vertical da sífilis. A seguir, foi lançado o “Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis” por meio do Programa Nacional de DST/Aids. Ainda englobando propostas de redução da transmissão vertical, a Rede Cegonha, instituída em 2011, propôs ações de prevenção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e implantação de testes rápidos para triagem da sífilis na rede de atenção às gestantes. Tais ações foram propostas com a finalidade de alcançar a meta de eliminação da OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Houve um aumento expressivo na taxa de incidência da SC, em território nacional, de 1,7 casos por mil NV em 2004 para 4,7 em 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b). No Estado de São Paulo, entre os anos de 2009 e 2012, esse aumento foi de 128%, respectivamente de 1,4 para 3,2 casos por mil NV (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO CRT, 2013).

No mesmo período, o município de Botucatu apresentou as taxas de 1,8 e 12,5 por mil NV, sendo a mais recente quatro vezes maior que a do estado de São Paulo, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO CRT, 2013).

A eliminação da SC é um importante desafio que está diretamente ligado ao controle da sífilis na gestação, por meio da assistência pré-natal de qualidade não só da gestante, mas também de seu(s) parceiro(s).

A alta prevalência de transmissão vertical vem apontando perdas de oportunidades em todas as fases da doença durante a gestação (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO CRT, 2012). Neste sentido, a literatura aponta falhas no aconselhamento pré-teste, no diagnóstico e no manejo do tratamento das gestantes e sua(s) parceria(s) sexual (is), demonstrando qualidade insatisfatória do atendimento (GALACTORE; ROSSO; SACAE, 2012; DOMINGUES; SARACENI; HAART; LEAL, 2013).

Pesquisa realizada em 2009, que propôs revisão de alguns aspectos relacionados à transmissão vertical da sífilis, enfatizando aspectos preventivos, diagnósticos e terapêuticos com base nas normatizações e orientações propostas pelo MS do Brasil apontou que a assistência suplementar vem ignorando os riscos

da sífilis, que tem incidido não apenas em usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), mas em toda sociedade. Destacou que profissionais médicos que atuam neste setor desconhecem protocolos técnicos do MS e, raramente, notificam os casos de SC ou em gestante, incrementando a subnotificação (LORENZI; FIAMINGHI, 2009).

Outros estudos também denotaram baixa qualidade das informações e subnotificação de sífilis em gestante e congênita no SINAN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; PAHO, 1995; GALACTORE; ROSSO; SACAE, 2012; DOMINGUES; SARACENI; HAART; LEAL, 2013).

Tendo em vista que a SC é uma doença passível de ser evitada por medidas simples e de baixo custo, conclui-se que as estratégias utilizadas não estão conseguindo solucionar o problema ou identificar as suas causas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; PAHO, 1995).

As pesquisas que demonstraram o perfil da sífilis nas regiões brasileiras são de origem epidemiológica e desenvolvidas por meio de metodologia quantitativa, no entanto os estudos de cunho qualitativo são raros. Esses, por sua vez, tentam compreender o universo das mães que tiveram filhos notificados como caso de SC, entretanto, a maior parte deles, aborda apenas a avaliação ou estrutura dos serviços de assistência pré-natal (SILVA et al., 2010).

Ressalta-se que, por meio da compreensão da percepção de mães que vivenciaram ter filhos notificados como caso de SC, permeada pela subjetividade e representações simbólicas que interferem no seu modo de ser, possa aperfeiçoar os resultados de estudos quantitativos que já investigaram esta temática (SILVA et al., 2010).

Na busca de compreender melhor como se dá o processo saúde-doença em vários agravos à saúde, alguns estudos vêm recorrendo ao referencial do itinerário terapêutico (MERINO; MARCON, 2007; MUSSI; PASSOS; CARAMELI, 2007; GERHARDT, 1996).

Compreendem-se por itinerário terapêutico projetos e estratégias que estabelecem uma relação entre a dimensão sociocultural e práticas individuais no âmbito da saúde do indivíduo visando descobrir os caminhos percorridos na sua relação singular com a doença (GERHARDT, 2006; MATOS, 2000).

Segundo Martinez (2006) o itinerário terapêutico se constitui dos movimentos de indivíduos ou grupos em busca da manutenção ou restauração da saúde por

meio de recursos que incorporam das práticas religiosas a tratamentos caseiros até os serviços biomédicos.

As trajetórias das pessoas em direção ao cuidado são representadas por subjetividades no processo de adoecimento e tratamento que sofrem influências de diversos fatores e, muitas vezes, estão em descompasso aos fluxos pré-estabelecidos pelo serviço de saúde (CABRAL et al., 2011). Essa trajetória, representada por escolhas, vai ao encontro à definição de itinerário terapêutico no âmbito da literatura socioantropológica (KLEINMAN, 1978).

Os antropólogos sugerem classificações de sistemas terapêuticos e, dentre elas, o mais utilizado, na atualidade, é o modelo proposto por Kleiman (KLEINMAN, 1980; RABELO; ALVES; SOUZA, 1999), criador do conceito de sistemas de cuidados com a saúde (*Health Care System*) em que se articulam saúde, doença e cuidados (KLEINMAN, 1980).

Os sistemas de cuidado de saúde se compõem de três subsistemas sociais nos quais se vivenciam a doença: o profissional, o folk e o popular. O subsistema profissional representa a medicina e profissões paramédicas como ciência e sistemas médicos tradicionais (chinês, ayurvédico, etc). O *folk* é formado por curandeiros, rezadores, espiritualistas, ou seja, profissionais não oficiais, e o popular é representado pelos leigos da sociedade (automedicação, conselho de amigo, etc.) que engloba, inicialmente, a maioria das questões que envolvem interpretações e tratamentos ligados à doença (KLEIMAN, 1980).

O itinerário terapêutico não representa apenas os modelos de serviços com seus funcionamentos utilizados pelas pessoas em busca da cura, mas estabelece relação no âmbito sociocultural e na escolha singular do indivíduo (VELHO 1994).

Segundo Rabelo, Alves e Souza (1999), essa questão se reporta à análise dos universos nos quais as pessoas buscam tratamentos para as suas aflições. Desta forma, o conhecimento do itinerário terapêutico dos indivíduos pode subsidiar a promoção ou adequação de estratégias dos profissionais e serviços de saúde em relação ao acesso e cuidado integral e, portanto, oferecer elementos para identificação dos entraves ao diagnóstico e tratamento adequado e oportuno da gestante com sífilis.

A presente investigação se justifica na medida em que:

- A sífilis tem agente etiológico conhecido, formas de transmissão definidas (DUARTE, 2009), diagnóstico e tratamento efetivo e de baixo custo (LORENZI; FIAMINGHI, 2009) que são normatizados por protocolos do MS que, quando realizados em tempo oportuno, podem evitar a transmissão vertical;
- Botucatu é município privilegiado quanto ao acesso à rede de cuidados materno-infantis e vem apresentando alta taxa de incidência de SC.

Esta pesquisa visa responder à seguinte questão: “Quais as experiências de mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita, considerando os cuidados obtidos nos serviços de saúde desde a gestação ao nascimento?”

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o itinerário terapêutico percorrido por mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita, tendo em vista propor fluxo de cuidados a gestantes diagnosticadas com sífilis no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, comportamental, ginecológico e obstétrico das mães que tiveram filhos notificados como caso de SC.
- Descrever o fluxo de assistência às gestantes desde o diagnóstico até o momento do parto.
- Descrever os cuidados obtidos no ciclo gravídico-puerperal até o nascimento de seus filhos.
- Apreender as concepções e experiências maternas perante a SC.

Aspectos Metodológicos

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa exploratória de cunho qualitativo.

A pesquisa qualitativa se ocupa de questões que reportam a significados, valores, aspirações e atitudes de um universo particular que não podem ser mensurados ou operacionalizados por meio de variáveis (MINAYO, 2001), mas voltadas a uma compreensão intrínseca em um determinado grupo, organização, entre outros (GOLDENBERG, 1997, p. 34), permitindo abordagens e conceitos inovadores (MINAYO, 2006).

A pesquisa com metodologia não quantitativa advém de demandas subjetivas da realidade (GRANGER, 1967). Sua natureza é representada pelo subjetivo e intuitivo na profundidade das relações humanas, sem quantificar, mas procurando compreender as relações sociais dentro de suas vivências cotidianas (MINAYO, 2001).

O método qualitativo valoriza as interpretações do sujeito em relação aos seus sentimentos e pensamentos (MINAYO, 2006), dessa forma consideramos a metodologia adequada para responder às indagações deste estudo, justificando sua escolha.

3.2 Local e participantes do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Botucatu, localizado no centro do estado de São Paulo, com população estimada, em 2015, de 134.858 habitantes. O município possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,800, acima do apresentado pelo estado, 0,783, em 2010 (FUNDAÇÃO SEAD, 2014).

No ano de 2013, a taxa de natalidade por mil habitantes foi de 12,67, e a mortalidade infantil por mil NV de 10,19 abaixo dos índices estaduais de 14,45 e 11,47 respectivamente. Em 2013, a cobertura do município de sete ou mais consultas de pré-natal foi de 83,13%, superior à do estado, no mesmo período, que foi de 76,64%, demonstrando melhores resultados municipais frente ao estadual, quanto a indicadores de saúde materno-infantil (FUNDAÇÃO SEADE, 2014).

A rede de Atenção Básica à Saúde no município é composta por 19 unidades de saúde, sendo cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais duas são unidades escola vinculadas à Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, 11 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 14 equipes, uma equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vinculada a uma UBS e três Policlínicas. Todas recebem profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Conta, ainda, com o Espaço Saúde “Profa. Dra. Cecília Magaldi” que disponibiliza os serviços: Centro de Atenção Psicossocial Rede Viva (CAPS 1), Clínica do Bebê, farmácia municipal, acupuntura, homeopatia, ginecologia, urologia e gastroenterologia e o Programa Municipal de DST/Aids (PMDST/Aids).

O município possui uma maternidade pública e uma privada. A Pública está localizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, referência em obstetrícia e neonatologia para os municípios do Departamento Regional de Saúde - DRS VI – Bauru, especialmente para os 30 municípios da microrregião de Botucatu.

A maternidade privada possui 16 leitos com quartos privativos e semiprivativos, que incluem seis leitos para recém-nascidos, duas salas de parto normal e dois leitos de pré-parto. O atendimento é realizado para usuário do serviço de convênio com empresas ou cooperativas e particular (MISERICÓRDIA BOTUCATUENSE, 2014).

As participantes da pesquisa foram mães residentes em Botucatu, à época da gestação, e que tiveram filhos nascidos no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, notificados como caso de sífilis congênita no SINAN. Totalizaram 55 nascimentos, sendo 30 em 2013 e 25 em 2014. Destaca-se que este período foi delimitado pelo fato de haver maior organização e disponibilidade dos dados sobre esse agravo no PMDST/Aids e na rede de atenção à saúde de gestantes com sífilis.

Participaram da pesquisa 17 mães, totalizando 15 nascidos-vivos e dois óbitos fetais relacionados à SC. Esse número foi definido pela aplicação do critério de saturação de dados em que se estabelece o tamanho amostral, por meio da suspensão de novos participantes quando esses dados passam a ser considerados repetidos, tornando-os irrelevantes ao continuar a coleta (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

3.3 Procedimentos para obtenção dos dados

Os dados referentes à caracterização das mães e construção do fluxo destas pelos serviços de saúde foram obtidos por meio de consulta às fichas de Notificação de Sífilis em Gestante (Anexo I), Sífilis Congênita (Anexo II) do SINAN e Ficha de Acompanhamento Domiciliar de Sífilis Congênita do PMDST/Aids (Anexo III) e ao prontuário, quando necessário complementá-los, mediante emprego de um instrumento de coleta de dados, em anexo (Apêndice I).

O conhecimento do itinerário terapêutico das mulheres foi obtido por entrevista semiestruturada. As entrevistas foram baseadas em roteiro previamente estabelecido (Apêndice II), contendo a seguinte questão norteadora: Você poderia falar sobre a gestação e o nascimento do seu bebê no ano de 2013/2014?

Os depoimentos das participantes foram gravados em mídia eletrônica e após sua transcrição, apagados.

As entrevistas foram agendadas previamente por contato telefônico e realizadas pela própria pesquisadora, em média em 30 minutos, em local de preferência da participante, garantindo-se as devidas condições de privacidade e conforto.

O período de realização da coleta de dados foi de janeiro a julho de 2015.

3.4 Referencial teórico e técnica de análise dos Dados

Os estudos sobre itinerário terapêutico são consideravelmente recentes e sem expressão conhecida no Brasil, mas representam uma importante ferramenta na compreensão do comportamento de busca pelo cuidado e utilização dos serviços (CABRAL et al., 2011). Esse referencial foi empregado na análise da problemática proposta por este estudo.

Como referencial metodológico de análise dos dados obtidos pelas entrevistas, empregou-se a técnica da Análise de Conteúdo que, para Bardin (2011) conceitua-se em:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Segundo Minayo (2006), a Análise Temática, dentre as vertentes da análise de conteúdo, se constitui em técnica apropriada para as investigações qualitativas em saúde e divide-se em etapas:

- Pré-análise: leitura perceptiva com foco nas particularidades do material buscando conceitos teóricos para orientação da análise;
- Exploração do material: redução do texto em trechos, frases, expressões significativas com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto relacionado aos conteúdos teóricos;
- Tratamento dos resultados e interpretações: por meio de resumo interpretativo no qual as informações resultantes são colocadas em relevo, são propostas inferências e interpretações inter-relacionadas com o pressuposto da pesquisa.

3.5 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, segundo o parecer de número: 1.141.176; CAAE: 38316214.3.0000.5411, em 06/07/2015 (Anexo IV) respeitando-se a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, e em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS).

Todas as participantes deste estudo foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos e forma de participação e, para aquelas que aceitaram participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III).

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização das participantes do estudo

Apresenta-se no Quadro 1, o perfil sociodemográfico, comportamental, ginecológico e obstétrico das entrevistadas.

Dentre as 17 mães participantes da pesquisa, a idade variou entre 18 e 41 anos, dez eram solteiras, nove haviam concluído o ensino médio, três tinham ensino médio incompleto, duas o fundamental, e três o fundamental incompleto, sendo que apenas uma com ensino superior. Quanto à ocupação, oito mães estavam desempregadas, quatro trabalhavam em atividades ligadas a serviços domésticos, três eram do lar, uma era técnica de enfermagem e outra atuava no comércio.

A maioria das mães (13) declarou renda per capita familiar menor que um salário mínimo, e apenas duas tinham renda entre um e dois salários mínimos. A maior parte das entrevistadas (12) referiu ter cinco ou mais parceiros sexuais na vida.

Com relação às características ginecológicas e obstétricas, a maioria das participantes (13) era multípara, variando entre duas a sete gestações, seis delas haviam tido abortamento, oito, sífilis anterior à gestação, cinco, outras IST, e três mães já haviam passado pela experiência de ter tido sífilis na gestação (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica, comportamental, ginecológica e obstétrica de mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015

Mãe	Idade	Situação conjugal	Escolaridade	Ocupação	Renda Per capita Familiar*	Parceiros Sexuais na vida	Gestações	Abortos	Sífilis Prévia	Outras ISTs prévias	Sífilis Congênita Prévia
E1	36	Solteira	EM	Do lar	0,01	6	6	1	Não	Sim	Não
E2	18	UE	EM	Do lar	0,8	1	1	0	Sim	Não	Não
E3	24	Solteira	EM	T. enfermagem	1,3	8	2	1	Sim	Não	Não
E4	41	UE	EM	Desempregada	4,0	Não sabe	4	0	Sim	Não	Sim
E5	20	Solteira	EMI	Serviços Gerais	0,5	2	1	0	Não	Não	Não
E6	39	UE	EFI	Doméstica	0,6	3	7	1	Não	Não	Não
E7	24	Solteira	EM	Auxiliar/ limpeza	0,3	7	2	0	Não	Não	Não
E8	23	Solteira	EM	Balconista	0,7	5	1	0	Não	Não	Não
E9	26	Solteira	EM	Desempregada	0,4	10-15	4	1	Não	Sim	Não
E10	28	UE	EFI	Desempregada	0,3	>10	3	0	Não	Sim	Não
E11	27	Solteira	EF	Desempregada	0,3	5-7	6	2	Sim	Não	Não
E12	28	Solteira	EMI	Desempregada	0,3	30	4	1	Sim	Sim	Não
E13	32	UE	EMI	Desempregada	0,2	6	4	0	Sim	Não	Não
E14	37	Solteira	EM	Auxiliar/ cozinha	0,6	6	5	0	Sim	Não	Sim
E15	28	UE	ES	Do lar	1,7	3	1	0	Não	Não	Não
E16	20	Solteira	EFI	Desempregada	Não sabe	50	3	0	Sim	Não	Sim
E17	20	UE	EM	Desempregada	0,8	5	2	0	Não	Sim	Não

IST=Infecções sexualmente transmissíveis; UE= União Estável; EM= Ensino médio; EMI= Ensino médio incompleto; EF= Ensino fundamental; EFI= Ensino fundamental incompleto; ES= Ensino superior. *Salários mínimos (Valor de referência R\$788,00)

Com relação às características comportamentais das entrevistadas no período gestacional, nove mães não ingeriram álcool, duas beberam diariamente, a maioria (14) não fez uso de drogas ilícitas, uma utilizou crack, cocaína e maconha e uma cocaína. Destaca-se que duas ingeriram álcool diariamente, concomitante ao consumo de drogas ilícitas. A maioria das entrevistadas (11) referiu ter convivido com o pai do bebê durante o período de gestação, assim como ter tido parceiro único (13). Em relação à prática de sexo em troca de algum benefício financeiro ou material, apenas uma mãe afirmou ter tido esta prática no período gestacional. Das 17 participantes quatro relataram o uso de preservativo em todas as relações, as demais não utilizavam ou faziam uso eventual (Quadro 2).

Quadro 2 – Características comportamentais no período gestacional de mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015

Mãe	Ingestão de álcool	Uso de drogas ilícitas	Convivência com o pai do filho	Parceiros sexuais	Sexo em troca de dinheiro/droga	Uso de preservativo
E1	Não	Não	Não	2	Não	Sim
E2	Não	Não	Sim	1	Não	Sim
E3	Não	Não	Não	2	Não	Não
E4	Não	Não	Sim	1	Não	Sim
E5	Não	Não	Sim	1	Não	Sim
E6	Eventual	Não	Sim	1	Não	Não
E7	Diário	Cocaína	Não	2	Não	Não
E8	Eventual	Não	Sim	1	Não	Eventual
E9	Não	Não	Não	1	Não	Eventual
E10	1/semana	Não	Sim	1	Não	Eventual
E11	1/semana	Não	Sim	1	Não	Eventual
E12	Diário	Maconha, crack e cocaína	Não	2	Sim	Não
E13	Não	Não	Não	1	Não	Não
E14	Eventual	Não	Sim	1	Não	Não
E15	Não	Não	Sim	1	Não	Não
E16	Não	Não	Sim	1	Não	Não
E17	1/semana	Não	Sim	1	Não	Eventual

Apenas dois bebês nasceram pré-termo, um com 28 semanas de gestação e outro com 33, ambos natimortos. Quanto ao sexo, a maioria (12) dos bebês era do sexo masculino. Dentre os 15 bebês que nasceram vivos, apenas um não teve VDRL reagente no sangue periférico ao nascimento e os títulos variaram de 1:1 a 1:4. Ao contrário, em nenhum caso o VDRL foi reagente no líquido. A maioria dos bebês (nove) não apresentou alteração¹ no líquido cefalorraquidiano e quatro não foram submetidos a este exame. A maioria dos bebês apresentou presença de sinais clínicos, sendo a icterícia o mais frequente (sete) (Quadro 3).

1. Alteração no líquido cefalorraquidiano: considera alteração do líquido cefalorraquidiano no período neonatal (até 28 dias de vida) se celularidade for maior que 25 células/mm³ e/ou proteínas maior 150mg/dl. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2014)

Quadro 3 – Características de nascimento dos bebês que foram notificados como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015

Mãe	Idade gestacional (semanas)	Condição de nascimento	Sexo	VDRL em sangue periférico	VDRL no líquido	Alteração no líquido cefalorraquidiano	Sinais clínicos
E1	40	NV	M	1:4	Não reagente	Sim	Ausentes
E2	41	NV	F	1:1	Não reagente	Sim	Icterícia
E3	24	Natimorto	F	Não realizado	Não realizado	Não realizado	Não se aplica
E4	38	NV	M	1:1	Não realizado	Não	Icterícia
E5	40	NV	M	1:2	Não reagente	Não	Ausentes
E6	40	NV	F	1:2	Não reagente	Não	Anemia
E7	38	NV	M	1:4	Não reagente	Não	Cardiomegalia
E8	38	NV	M	1:4	Não reagente	Não	Icterícia
E9	40	NV	M	1:2	Não reagente	Não	Ausentes
E10	41	NV	M	1:2	Não realizado	Não realizado	Icterícia
E11	40	NV	M	1:4	Não reagente	Não	Ausentes
E12	40	NV	M	Não reagente	Não reagente	Sim	Ausentes
E13	39	NV	F	1:2	Não realizado	Não realizado	Icterícia
E14	33	Natimorto	M	Não realizado	Não realizado	Não realizado	Não se aplica
E15	39	NV	M	1:4	Não reagente	Não	Icterícia
E16	39	NV	M	1:4	Não reagente	Sim	Icterícia
E17	38	NV	F	1:4	Não reagente	Não	Ausentes

VDRL= Venereal Disease Research Laboratory; NV= Nascido Vivo

4.2 Fluxo pelos serviços de saúde das mães que tiveram filhos notificados como caso de SC.

Com o intuito de reconstruir o cuidado dispensado às gestantes na rede de atenção à saúde materno-infantil, apresenta-se no, Quadro 4, o fluxo das mães pelos serviços de saúde, desde o diagnóstico da gestação até o momento do parto que teve como desfecho a sífilis congênita. No Quadro 5, apresenta-se a razão pela qual os bebês foram notificados como caso de SC.

Abaixo, destacam-se o percurso pelos serviços de saúde de cada uma das mães participantes do estudo.

E1 iniciou o pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família (USF), totalizando oito consultas, sendo que a primeira consulta e o diagnóstico da sífilis ocorreram no primeiro trimestre de gestação. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 34 dias, porém o tratamento não foi finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro não foi tratado por não ter mais contato com E1. Critérios para notificação: tratamento não finalizado em tempo preconizado, parceiro não tratado, concepto com alteração liquórica e mãe inadequadamente tratada.

E2 iniciou o pré-natal em uma UBS, comparecendo a mais de seis consultas de pré-natal. A primeira consulta e o diagnóstico da sífilis foram realizados no primeiro trimestre de gestação. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de nove dias e finalizado em até 30 dias do parto. O parceiro foi tratado concomitantemente e E2 foi considerada adequadamente tratada. Critérios para notificação: concepto com alteração liquórica e icterícia.

E3 iniciou o pré-natal em uma UBS, comparecendo em apenas três consultas. A primeira consulta e o diagnóstico de sífilis foram realizados no segundo trimestre de gestação. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 23 dias, mas não foi finalizado em até 30 dias antes do parto e seu bebê nasceu morto. Seu parceiro recusou tratamento para

sífilis, por isso E3 foi considerada inadequadamente tratada e seu bebê como óbito fetal por SC.

E4 Fez a primeira consulta de pré-natal em uma UBS, no terceiro trimestre de gestação, na qual foi solicitada a sorologia para sífilis e realizado encaminhamento para o serviço de referência, por ter hipertensão arterial. Fez cinco consultas de pré-natal no serviço de referência, que considerou que esta tinha apenas cicatriz sorológica de sífilis. O diagnóstico da sífilis se deu apenas no momento do parto, sendo considerada inadequadamente tratada. O tempo decorrido entre a solicitação da primeira sorologia e o parto foi de 63 dias. Critérios para notificação: parceiro não tratado, concepto com icterícia e mãe inadequadamente tratada.

E5 iniciou o pré-natal em uma USF, totalizando nove consultas, sendo que a primeira consulta e a coleta da sorologia para sífilis ocorreram no primeiro trimestre de gestação, e o resultado foi não reagente. E5 teve infecção tardia, sendo que o diagnóstico da sífilis deu-se no terceiro trimestre de gestação, o tempo decorrido entre a coleta da sorologia e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 25 dias. O parceiro foi tratado. Critérios para notificação: tratamento da mãe finalizado há menos de 30 dias do parto e mãe inadequadamente tratada.

E6 iniciou o pré-natal em uma UBS, totalizando oito consultas, sendo que a primeira consulta e solicitação de sorologia para sífilis aconteceram no segundo trimestre de gestação e o diagnóstico apenas no terceiro trimestre. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 98 dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto. Seu parceiro foi tratado concomitantemente e E6 foi considerada adequadamente tratada. Critérios para notificação: concepto com anemia e VDRL maior do que o da mãe.

E7 iniciou o pré-natal em uma USF, totalizando duas consultas, sendo que a primeira consulta e solicitação de sorologia para sífilis aconteceram no terceiro trimestre de gestação. O tempo entre coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 14 dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto. Seu parceiro não foi tratado porque E7 perdeu contato.

Critérios para notificação: parceiro não tratado, concepto com cardiomegalia e mãe inadequadamente tratada.

E8 iniciou o pré-natal em uma UBS, totalizando oito consultas, sendo que a primeira consulta e solicitação de sorologia para sífilis aconteceram no terceiro trimestre de gestação. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 15 dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro foi tratado concomitantemente. Critérios para notificação: concepto com icterícia.

E9 iniciou o pré-natal em uma UBS, totalizando cinco consultas, sendo que a primeira consulta e solicitação de sorologia para sífilis aconteceram no terceiro trimestre de gestação. O tempo entre a da coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 15 dias. O tratamento não foi finalizado em até 30 dias antes do parto, e seu parceiro não foi tratado por não ter mais contato. Critérios para notificação: parceiro não tratado, tratamento da mãe finalizado a menos 30 dias do parto e mãe inadequadamente tratada.

E10 iniciou o pré-natal em uma USF, totalizando 11 consultas, sendo que a primeira consulta e a solicitação de sorologia para sífilis aconteceram no primeiro trimestre de gestação. O tempo entre a da coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 23 dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro não foi tratado por recusa. Critérios para notificação: parceiro não tratado, concepto com icterícia e mãe inadequadamente tratada.

E11 iniciou o pré-natal em uma UBS, totalizando sete consultas, sendo que a primeira consulta e a solicitação de sorologia para sífilis aconteceram no primeiro trimestre de gestação. O tempo entre a da coleta para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de nove dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro não foi tratado por recusa. Critérios para notificação: parceiro não tratado e mãe inadequadamente tratada.

E12 iniciou o pré-natal em uma USF, totalizando três consultas, sendo que a primeira consulta e a solicitação de sorologia para sífilis aconteceram no terceiro

trimestre de gestação. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de nove dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro não foi tratado por não ter sido comunicado sobre esta necessidade. Critérios para notificação: parceiro não tratado, concepto com alteração liquórica, mãe inadequadamente tratada.

E13 iniciou o pré-natal em uma UBS, totalizando três consultas, sendo que a primeira consulta e solicitação de sorologia para sífilis aconteceram no primeiro trimestre de gestação, porém o diagnóstico apenas no terceiro trimestre. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 185 dias. O tratamento não foi finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro não foi tratado por não ter mais contato com E13. Critérios para notificação: parceiro não tratado, concepto com icterícia, tratamento da mãe finalizado a menos 30 dias do parto e mãe inadequadamente tratada.

E14 iniciou o pré-natal em uma USF, totalizando nove consultas, sendo que a primeira consulta e o diagnóstico para sífilis ocorreram no primeiro trimestre. O tempo entre coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de nove dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto, sendo que seu bebê nasceu morto. O parceiro não foi tratado por estar privado de liberdade. Critérios para notificação: parceiro não tratado e mãe inadequadamente tratada.

E15 iniciou o pré-natal diretamente no serviço de referência, totalizando doze consultas, sendo que a primeira consulta e o diagnóstico para sífilis ocorreram no primeiro trimestre de gestação. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 30 dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro não foi tratado devido sua sorologia ser não reagente para sífilis. Critérios para notificação: parceiro não tratado, concepto com icterícia e mãe inadequadamente tratada.

E16 iniciou o pré-natal em uma UBS, totalizando sete consultas, sendo que a primeira consulta e o diagnóstico de sífilis ocorreram no primeiro trimestre. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina

benzatina foi de seis dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto, e seu parceiro foi tratado concomitantemente. Critérios para notificação: conceito com alteração liquórica e icterícia.

E17 iniciou o pré-natal em uma USF dando continuidade em serviço privado, totalizando 13 consultas. A primeira consulta e o diagnóstico da sífilis ocorreram no primeiro trimestre. O tempo entre a coleta da sorologia para sífilis e o início do tratamento com a penicilina benzatina foi de 16 dias. O tratamento foi finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro foi tratado concomitantemente. Critérios para notificação: segundo a ficha de notificação de SC uma segunda parceria sexual não foi tratada concomitantemente a gestante e mãe inadequadamente tratada.

Quadro 4 – Fluxo pelos serviços de saúde de mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015.

Mãe	Unidade de realização do PN	Nº de consulta PN	Trimestre Início PN	Trimestre da 1ª. solicitação da sorologia para sífilis	Trimestre do diagnóstico da sífilis	Tempo entre coleta do VDRL e tratamento (dias)	Tratamento finalizado até 30 dias do parto	Motivo para não tratamento do parceiro	Tratamento adequado da mãe
E1	USF	8	1º	1º	1º	34	Não	Sem contato	Não
E2	UBS	≥ 6	1º	1º	1º	9	Sim	Foi tratado	Sim
E3	UBS	3	2º	2º	2º	23	Não	Recusa	Não
E4	UBS/Referência	6	3º	3º	parto	63	Não	Diagnóstico no parto	Não
E5	USF	9	1º	1º	3º	25	Não	Foi tratado	Não
E6	UBS	8	2º	2º	3º	98	Sim	Foi tratado	Sim
E7	USF	2	3º	3º	3º	14	Sim	Sem contato	Não
E8	UBS	8	3º	3º	3º	15	Sim	Foi tratado	Sim
E9	UBS	5	3º	3º	3º	15	Não	Sem contato	Não
E10	USF	11	1º	1º	1º	23	Sim	Recusou	Não
E11	UBS	07	1º	1º	1º	9	Sim	Recusou	Não
E12	USF	03	3º	3º	3º	9	Sim	Não comunicado	Não
E13	UBS	10	1º	1º	3º	185	Não	Sem contato	Não
E14	USF	9	1º	1º	1º	8	Sim	Privado liberdade	Não
E15	Referência	12	1º	1º	1º	30	Sim	Sorologia NR	Não
E16	UBS	7	1º	1º	1º	6	Sim	Foi tratado	Sim
E17	USF /Privado	13	1º	1º	1º	16	Sim	Ignorado	Não

PN= pré-natal; VDRL=Venereal Disease Research Laboratory ;ESF=Unidade de Saúde da Família; UBS=Unidade Básica de Saúde; NR=não reagente.

Quadro 5 – Critérios para notificação do filho como caso de sífilis congênita. Botucatu, 2015

Mãe	Motivo
E1	Tratamento da mãe finalizado a menos de 30 dias do parto/Parceiro não tratado/Concepto com alteração liquórica /Mãe inadequadamente tratada
E2	Concepto com alteração liquórica/Icterícia
E3	Tratamento da mãe finalizado a menos de 30 dias do parto /Parceiro não tratado/ Mãe inadequadamente tratada
E4	Parceiro não tratado/ Concepto com icterícia/ Mãe inadequadamente tratada
E5	Tratamento da mãe finalizado a menos de 30 dias do parto/ Mãe inadequadamente tratada
E6	Concepto com anemia e VDRL maior que da mãe
E7	Parceiro não tratado/ Concepto com cardiomegalia/ Mãe inadequadamente tratada
E8	Concepto com icterícia
E9	Parceiro não tratado/Tratamento da mãe finalizado a menos de 30 dias do parto/ Mãe inadequadamente tratada
E10	Parceiro não tratado/ Concepto com icterícia/ Mãe inadequadamente tratada
E11	Parceiro não tratado/ Mãe inadequadamente tratada
E12	Parceiro não tratado/ Concepto com alteração liquórica/ Mãe inadequadamente tratada
E13	Tratamento da mãe finalizado a menos de 30 dias do parto/ Parceiro não tratado/ Concepto com icterícia / Mãe inadequadamente tratada
E14	Parceiro não tratado/ Mãe inadequadamente tratada
E15	Parceiro não tratado/ Concepto com icterícia/ Mãe inadequadamente tratada
E16	Concepto com alteração liquórica/ Icterícia
E17	Segunda parceria sexual não tratada/ Mãe inadequadamente tratada

Fonte: Ficha de investigação epidemiológica – SINAN

4.3 A experiência de se ter um filho notificado como caso de sífilis congênita

A questão norteadora e as subsidiárias permitiram a exploração de três temas e seus vários núcleos de sentido, apresentados no quadro abaixo e detalhados a seguir.

Quadro 6 – Temas e núcleos de sentidos. Botucatu, 2015

Tema 1: Foi muito difícil ter sífilis na gestação
Não planejei engravidar
Fiquei preocupada comigo, mas principalmente com o bebê
O tratamento é um sacrifício que a gente tem que fazer para a criança nascer bem
Passei a pensar no meu relacionamento íntimo
Precisei do apoio de minha família
Eu fui bem cuidada no meu pré-natal
Tema 2: Foi bem doloroso ver meu bebê ficar internado
Eu não esperava que o meu neném nascesse com sífilis
Eu sofri demais por vê-lo tão pequenininho e ter que passar por tudo isso
Eu acho que tem que ter um cuidado maior com a gente
Tema 3: Apesar de tudo, ainda sei pouco sobre sífilis
Eu sei o básico sobre sífilis
Sífilis é uma doença que não se vê
Sei que a prevenção é importante
Foi um aprendizado para mim

Tema 1 - Foi muito difícil ter sífilis na gestação**Não planejei engravidar**

A gestação não foi planejada pela totalidade das mães que participaram do estudo e sua descoberta gerou sentimentos diversos. Para várias delas foi um choque, um abalo, um susto, uma vez que consideravam o momento muito desfavorável para ter um filho. Segundo elas, em função de desemprego, de doença hipertensiva, de prole já constituída, por estar com outro parceiro que não era o pai da criança, pelo fato de estar em tratamento de sífilis e ter recebido aconselhamento da equipe de saúde para não engravidar até sua finalização e por ser muito jovem.

“Eu comecei a desconfiar e fiz o exame e deu positivo. Eu fiquei meio abalada, porque eu já tinha dois filhos”. (E9)

“Foi meio complicado porque eu tava tomando remédio pra pressão alta. Foi em uma época bem difícil, porque eu e meu marido perdemos o emprego e descubro que estou grávida. Foi meio chocante. Eu vim fazer o pré-natal, eu já tava de três para quatro meses”. (E4)

“Eu tava fazendo tratamento pra sífilis e a gravidez não era esperada. Eles [médicos] falaram pra mim esperar mais um pouquinho, que em setembro provavelmente eles poderiam dar minha alta. Só que quando foi em setembro pra outubro eu descobri que tava grávida. Então foi um baque”. (E13)

“Foi um choque! Por que não era do meu namorado atual que eu estava grávida e eu gostava muito dele. Aí eu fiquei com aquele medo de falar pra ele e ele largar de mim por causa da criança. Até por isso que eu escondi até os cinco meses”. (E3)

Para outras mulheres, a descoberta da gravidez foi uma surpresa, pois não imaginavam esta possibilidade.

“Eu não fiz teste de gravidez, minha barriga foi crescendo e eu pensei que tava com problema na barriga. Descobri tarde, já estava de quase sete meses. Eu fiquei surpresa! Eu não queria ter outro filho”. (E7)

“A minha gravidez foi meio turbulenta. Eu fui saber de três meses e meio quase quatro, porque eu tinha um cisto e não menstruava. Eu achava que não ficava grávida”. (E6)

Os depoimentos denotaram, também, que as entrevistadas lidaram de forma diversa com a notícia da gestação: para algumas o processo de aceitação foi mais fácil e breve, enquanto que para outras, mais demorado, entremeado pela rejeição e reflexão sobre a interrupção da gravidez e, enfim, aceitação.

“No começo, eu meio que rejeitei um pouco, eu não queria, aí escondi da minha família... Quando eu resolvi ir fazer o pré-natal eu já tava de 34 semanas”. (E9)

“Foi uns três meses eu não querendo a criança. Eu pensava até em tirar, mas eu não tive coragem. Depois eu já fui me... como eu posso dizer, fui aceitando”. (E3)

“Eu fiquei com medo de falar pra minha mãe no começo, mais depois eu falei e ela ficou meio brava. Depois acostumou. Meu pai ficou feliz, contente. Eu também fiquei, foi muito bom”. (E8)

Fiquei preocupada comigo, mas principalmente com o bebê

Os relatos revelaram que a maioria das mães, quando soube de seu diagnóstico de sífilis, manifestou sentimentos negativos como: susto, nervosismo,

angústia, desespero, depressão e pânico. Estes sentimentos foram motivados pela falta de conhecimento da doença, com destaque para a dúvida sobre a cura, medo e preocupação pela sua saúde, mas, principalmente, pela vida e saúde do bebê.

“A princípio, quando o médico falou: “Você tá com sífilis”. Já me veio à dúvida: Será que tem cura? O que vai acontecer comigo? [...] Dá certa preocupação, mais pela vida que eu tava gerando do que pela minha”. (E1)

“Eu fiquei muito apavorada, assim, preocupada, porque nunca tinha ouvido falar da sífilis”. (E3)

“Quando eu descobri que tava com sífilis, fiquei muito nervosa. A gente nunca espera que vai pegar uma sífilis. Nunca imaginava. Foi um baque pra mim” (E6).

“Ah! Eu fiquei preocupada, chorava, ficava com medo de perder ele [o bebê]. Fiquei assustada”!. (E8)

“Com cinco meses eu descobri que eu tava com a sífilis. Eu fiquei com medo que podia passar pro neném, cegar, dar na cabeça, nos órgãos. Então eu fiquei bastante preocupada. O neném podia, às vezes, até morrer também, ou nascer com deficiências”. (E10)

Os depoimentos maternos denotaram que os próprios profissionais de saúde as “assustaram”, “colocaram medo” ao prestar informações sobre a sífilis, dando destaque para as suas possíveis consequências para o bebê, levando-as a ficarem preocupadas, angustiadas e apavoradas durante o período gestacional, por temerem que seus bebês nascessem com deformidades.

“Eles [os profissionais da UBS] me assustaram bastante. Disseram que podia passar pro neném e que ele podia ter vários tipos de problema na cabeça, na fala. Eu não queria isso pro meu filho. Nenhuma mãe quer”. (E5)

“No posto de saúde a mulher [profissional de saúde] começa a falar que o neném podia nascer com defeito. Eu vivia chorando por causa disso. Esse era o meu pior medo”. (E11)

“Fiquei angustiada, em desespero porque ele [médico] falou que poderia passar pra criança. Foi horrível. Eu pensei: Nossa! Meu Deus! Como que vai nascer essa criança”? (E 12)

“Eu comecei o pré-natal no serviço de referência, daí, logo no comecinho, o médico já viu que eu tava com a sífilis. Foi bem assustador, porque eu não sabia como era, o que era e o que causava. [...] Eles só colocavam um pouco de medo: “Você tem que tratar porque senão seu filho vai nascer com isso e aquilo”, mas não

falavam o que causava em mim. Todo mundo colocava medo. Fiquei com medo dele nascer com alguma imperfeição, deficiente visual, auditivo. Ele tinha tudo pra nascer uma criança saudável”. (E15)

Algumas mães que já haviam experienciado o tratamento da sífilis fora do período gestacional ou em gestações anteriores, também ficaram assustadas e com muito medo de transmitir a doença para seu bebê, e deste nascer com deficiências.

“Pra mim foi horrível, porque eu já tinha passado por tudo aquilo antes, em 2012. Aí eu descobri que tava na gravidez. Foi um baque por causa do medo do neném nascer com defeito. Foi horrível!... Eu vivia chorando por causa disso. Esse era o meu pior medo”. (E11)

O tratamento é um sacrifício que a gente tem que fazer para a criança nascer bem

Demonstrando a preocupação com o bebê, a grande motivação das mães para o tratamento da sífilis, descrito como muito dolorido, foi evitar a morte fetal ou que o bebê nascesse com problemas decorrentes da mesma. Várias entrevistadas afirmaram que se submeteriam às injeções de benzetacil, quantas vezes fossem necessárias, para que seu bebê não se infectasse.

“A gente [gestante e parceiro] tomou todas as benzetacil. Dói, mas é uma coisa que você sabe que é pro seu neném”. (E2)

“O que eu tivesse que fazer pra curar eu aceitava. Pra mim foi difícil porque as injeção é bem dolorida, mas nisso eu nem pensava, porque o que eu mais queria era curar eu e a criança, pra ela nascer bem, não nascer com nada. Tem que fazer o tratamento até o final. Não pode parar. Eu não ligo não, se tiver que fazer mais de 50 eu faço. Você quer o melhor”. (E3)

“Foi doloroso porque eu tenho medo de injeção. Toda quinta-feira eu tinha que tá lá durante, acho que era cinco semanas, duas benzetacil, uma de cada lado e eu chorava. Eu tive mais medo das injeção do que do próprio parto, porque era muito dolorido e eu era muito magrinha, devido ao uso de drogas e da bebida constante. Eu pesava 40 quilos e não tinha nem carne no corpo. Tinha mais osso. Elas [equipe de enfermagem] pegava e colocavam eu de bruços na maca e iam dar injeção. Foi difícil, mas eu tinha que ir porque eu tava pensando no bem do meu filho, aí eu fui todas as vezes”. (E12)

“A injeção dói pra caramba, mas eu tô fazendo pra mim e pro meu filho. Você não vai deixar de tomar e correr o risco de passar alguma

coisa pro nenê, só porque dói a injeção. É um sacrifício que a gente tem que fazer. Mãe é isso, é feita de sacrifícios. Fiz de novo por causa do nenê e eu faria de novo mesmo que doa, porque é uma coisa importante”. (E17)

Ainda dentro do contexto da importância dada ao tratamento pelas mães, tendo em vista a prevenção da infecção do bebê, algumas relataram sua experiência de repetir o doloroso tratamento com a benzetacil. Este se deu por razões diversas, destacando-se problemas relacionados ao serviço de saúde, como a não aplicação do antibiótico pela ausência do profissional médico e não oferecimento de alternativa para a mãe, além de ausência de registro de tratamento realizado anteriormente e por reinfecção.

“Comecei o tratamento logo que o médico me orientou. Não tendo tratado no dia certo dos sete dias, voltei fazer novamente. Tudo pensando no melhor pra ele. Então, isso aconteceu porque eu não sabia que tinha que ser dentro do prazo de sete dias. Aqui no posto não tinha o tempo todo um clínico e a enfermeira não poderia ser responsável pelas injeções, mas pra mim não teve problema algum. Se fosse algo que eu soubesse que é 100% positivo pra que meu bebê nasça bem, eu tomaria uma por dia, não tem problema algum. Depois, fiz o retratamento adequado”. (E1).

“Fiz o exame e depois tratei. A injeção foi dolorida. Eles [médico] falaram que tinha que tomar duas, uma vez por semana. Eu ficava com medo antes de tomar. Deu tontura. Cheguei a desmaiar. Acho que ficou dolorida uns três dias. Parecia que eu tava melhor, me sentindo aliviada depois das injeção, porque era melhor pra mim e pra não passar a doença pro bebê ou acabar perdendo ele. Como aumentou [titulação do VDRL] eu fiz o tratamento de novo, depois fiz o exame de sangue e só tava dando baixo”. (E8)

“Eu tomei mais pelo neném, porque é bastante dolorida. Eu tomei mais de 12 picadas, porque eu tomava daí não usava o preservativo eu ia lá e tomava de novo. Se fosse só pra mim eu creio que não ia, porque dói pra caramba, repuxa a perna da gente e até hoje eu tenho as marca. Eu fui tomando o remédio... Passaram o preservativo, mas a gente não usamos, por fim, acabou transmitindo novamente”. (E10)

“Agora a gente teve que fazer de novo [o tratamento], porque ainda tava um pouco alto... por causa do nenê, porque não tinha nada no prontuário que eu já tratei. Mas, se eu não tivesse grávida, não precisaria nem ter feito”. Então a mulher [profissional de saúde] falou: - “Por precaução a gente vai acabar tratando de novo”. (E17)

Merece destaque o relato de uma das mães que apontou tratamento fora do tempo oportuno, uma vez que a unidade de saúde, ao buscar registro de tratamento

anterior da sífilis, atrasou seu tratamento, vindo a efetivá-lo apenas na 34ª semana de gestação.

“Tratei uma vez em 2011 e depois, na gravidez. A benzetacil é dolorida. Eu tive efeito colateral, que até espumou minha boca de tanta dor que eu sentia. A benzetacil que tinha disponível no posto não era dissolvida, então comecei a comprar a dissolvida que eu suportava. Se tivesse comprimido era bem melhor, porque daí a gente fazia o tratamento certinho. Eu fui fazer o tratamento quando eu já tava no final da gravidez, porque eles tavam querendo pegar ficha, relatório, tudo do tratamento anterior pra ver, mas nunca dava. É mil vezes melhor a gente fazer o tratamento do que a criança porque ela sofre. A gente já é adulta e suporta mais do que a criança”. (E13)

Algumas mães destacaram nos seus depoimentos o monitoramento do tratamento por meio da coleta de sangue, como mais uma forma de cuidado.

“Eu fazia todo mês o exame de sangue pra ver se tava positivo, se aumentou ou diminuiu. Sabia mais que diminuiu, que tava abaixando”. (E8)

“Depois que a gente faz o tratamento vai melhorando. Foi dando baixo [titulação do VDRL], portanto nem pediram para eu fazer mais o exame, porque o último que eu fiz já melhorou o bastante, senão eles tinham pedido mais. Agora eu não sei, porque eu não voltei a consultar”. (E6)

Passei a pensar no meu relacionamento íntimo

Receber o diagnóstico de uma IST como a sífilis provocou, na maioria das mães, uma reflexão sobre o seu relacionamento íntimo.

Para algumas ficou a dúvida sobre qual parceiro a infectou.

“Como? Eu tava namorando há um ano e sete meses, depois não fiquei com mais ninguém. Antes só fiquei com o pai do meu filho mesmo. Então, não sei de quem que eu peguei”. (E7).

“Não dá pra saber se foi de mim, se foi do meu parceiro, se foi hoje, se foi há cinco ou 10 anos que pude ter pegado e agora que se manifestou. Então, não tem como falar quem foi o culpado, se foi ele ou se fui eu, porque pode ter pegado antes e agora que se manifestou. Não tem mesmo como saber”. (E10)

Outras mães tinham a certeza de terem sido infectadas pelos seus companheiros em quem confiavam, gerando sentimentos de indignação, decepção e raiva, especialmente, porque alguns parceiros estavam cientes de que tinham sífilis e não revelaram tal condição. Destaca-se, nos relatos, a culpabilização do parceiro.

“Nós ficamos um bom tempo separados. Ele tratou a sífilis, mas não tinha certeza que tinha curado totalmente, então ele tinha que pôr o preservativo, porque três anos com ele, a gente confia. Nunca peguei nada dele, foi só esse tempinho que a gente ficou longe um do outro que ele pegou essa doença e passou pra mim. Eu tava grávida. Ele devia ter pensado no neném, que podia passar pra mim e o neném podia pegar. A maior irresponsabilidade é da parte dele por não ter me falado. Isso quebra toda a confiança, todo tipo de laço pra mim. Minha decepção maior foi ele não me contar”. (E5)

“Ele me falou que não foi traição, porque foi em uma época que a gente ficou separado, só que eu fiquei pensativa mesmo assim, mas resolvi por uma pedra em cima disso e começar de novo por causa da neném. Fiquei bem abalada...”. (E6)

“Eu chorava de raiva porque ele passou pro bebê”. (E7)

Por outro lado, uma das entrevistadas, que já tinha sífilis antes de ficar grávida, reflete na forma com que se relacionou sexualmente, sob efeito de droga ilícita.

“Eu já tinha a doença, só que [a relação sexual] foi uma coisa momentânea, bem espontânea, nós dois louco de droga. A gente acabou tendo a relação e eu fiquei grávida do meu filho”. (E12)

O tratamento ou não da sífilis pelo parceiro também emergiu como uma reflexão sobre o relacionamento íntimo.

A maioria das mães relatou que seus parceiros não fizeram o tratamento para a sífilis antes do nascimento do filho, sendo que alguns sequer foram comunicados, uma vez que o relacionamento terminou. Outros não o fizeram porque se recusaram apesar da insistência de suas companheiras e do serviço de saúde. Uma das entrevistadas não sabia se o parceiro havia tratado por estar privado de liberdade.

“Eu não acompanhei ele tratando, porque a gente brigou por causa da irresponsabilidade dele. Eu descobri que ele não tinha tratado. Foi difícil pra fazer ele tratar. Várias vezes a mulher do posto vinha atrás de mim pra tentar localizá-lo, mas como eu tinha brigado com ele, eu não queria nem um tipo de contato”. (E5)

“Depois que eu descobri que eu tava grávida dele, a gente não se falou mais, nunca mais. Então, eu nem sei mais aonde encontrar.” (E9)

“Eu acho que eu nunca ia me perdoar, nem perdoar ele [pai do bebê] se, por culpa sua, porque você não se cuidou, por uma ignorância da sua parte você transmite uma doença tão grave pro seu filho. Imagine ele cego, com uma doença na cabeça ou, às vezes, até morto. Você pode levar pro resto da vida o remorso do filho nascer com problema por causa da sífilis, porque eu tomei e ele [pai do bebê] não quis tomar. Não foi fácil. No início brigava, discutia bastante. É porque ele é autônomo e não gostava muito de perder dias... Ele é muito ruim também de ir ao médico. Foi complicado! Discussão que não resolveu muito. Tanto que ele só tomou mesmo depois que o neném nasceu. Daí já era tarde, mas bom pra ele que se tratou”. (E10)

“Já faz um ano e cinco meses que o bebê nasceu e eu não passei esta informação da sífilis pra ele. Sou sincera de falar. Hoje ele não tem namorada, mas acho que ele deve ter outras parceiras. Eu acho errado da minha parte por eu ter, às vezes, passado pra ele e ele deve ter passado pra outras pessoas e, assim, vai virar uma bola de neve, porque ele teria que fazer o tratamento também junto”. (E 12)

“A enfermeira veio aqui, pediu todos os dados dele pra levar na cadeia pra fazer o tratamento, agora não sei se fez o tratamento, se ele fez tudo... No último dia que eu vi ele, nem perguntei, mal olhei pra cara dele”. (E14)

Por outro lado, algumas entrevistadas reconheceram a cumplicidade no relacionamento, quando seus parceiros se dispuseram ao tratamento conjunto da sífilis.

“Toda vez que eu ia, ele foi junto comigo tomar a benzetacil. Ele sempre me deu apoio. Sempre ele falava: “Hoje é dia de tomar? Toma e pensa que é pra ela [filha]. Que é pro bem dela”. (E2)

“Ele tomou todas as injeção na boa, sem reclamar, normal, aceitou”. (E4)

“Ele também tomou as injeções todas as vezes que eu tomei”. (E6)

Precisei do apoio de minha família

Para superar esta experiência tão difícil, a maioria das mães relatou ter contado com o apoio de seus familiares no processo de gestação, parto e acompanhamento de seus filhos após a alta hospitalar. O apoio foi necessário desde a partilha do diagnóstico, cuja divulgação, para além do ambiente familiar, era preocupante para a maioria delas, tendo em vista o medo de discriminação, por se tratar de uma IST.

“Olha! Eu não contei pra ninguém disso, só minha família e ele [parceiro] sabem. Nem as minhas amigas imaginam que eu tenho sífilis”. (E2)

“Ninguém mais ficou sabendo, a não ser a minha família e o posto de saúde, ninguém mais. Não comentei com ninguém, ninguém comentou com ninguém”. (E3)

Entre os relatos foi possível, também, identificar autodiscriminação e possibilidade de discriminação por liderança religiosa.

“Saber que é sexualmente transmissível é o fim do mundo pra muita gente. Na minha religião mesmo, se eu falar que tenho sífilis, nossa! O pastor expulsa você da igreja. Então, é assim, é complicado”. (E4)

“Na verdade eu não falei pra muita gente porque eu não acho que é uma coisa bonita pra gente sair falando. Falei pra minha filha que mora aqui comigo e pro meu filho porque ele vê, não é tonto. Ninguém mais sabe”. (E6)

As mães ressaltaram os conselhos, orientações relativas à sífilis, auxílio no monitoramento da aplicação das injeções e controle sorológico e a própria presença, além da possibilidade de dividir o diagnóstico. Para algumas, a mãe foi a pessoa que mais ofereceu apoio, e outras citaram, também, pai, irmã, sogra, o próprio parceiro e profissionais de saúde.

“O apoio maior foi da minha mãe. Ela mostrou que existe doença pior. Que ele podia ter me passado uma Aids, essas doenças mais fortes. E que eu poderia ter pegado [sífilis] mais no começo da gestação, mais precoce, que dá má formação no feto. Essa sífilis é perigosa, mas tratando ela some. Minha mãe falou um monte de coisa pra mim. Foi minha melhor amiga nessa hora”. (E5)

“Eu tive o apoio da minha mãe pra me ajudar a fazer o tratamento certo, o meu e o dele [bebê]. Até hoje ela fica no meu pé pra colher o sangue dele e acompanhar”. (E7)

“Minha mãe, minha sogra que mais me apoiaram, falaram pra eu não ficar nervosa, que tudo ia se resolver, pra eu fazer o tratamento certinho. Elas que sempre tavam do meu lado. O meu marido que pedia pra eu ter calma, que ia se resolver, que não ia passar nada pro bebê”. (E15)

“A minha mãe ficou meio surpresa, também, mas depois, eu tive todo apoio. Ela, minha irmã, meu pai sempre apoiou. Minha irmã principalmente, ela sempre apoiou eu em qualquer coisa, mas nisso muito mais. Eu acredito que ninguém ficou me julgando ou falando alguma coisa. Sempre todo mundo apoiou”. (E17)

O relato de duas entrevistadas denotou que estas receberam apoio da família, mas, também foram alvo de críticas e até da temida discriminação por ter uma IST.

“Eu tive minhas filhas que não me criticaram, sabe? Claro que levei um puxão delas: “Mas, hoje em dia com tanta informação!”. Fizeram uma puxadinha de orelha, mas tavam aqui o tempo todo. “Não, mamãe! Vai lá! Mamãe, amanhã a senhora tem coleta””. (E1)

“Teve aquilo da minha mãe e meu pai saberem, minhas irmãs, aí ficaram pesando na minha mente. Teve o constrangimento em casa, porque minha irmã ficou meio estranha comigo. Separou sabonete, toalha. Aí eu me senti com a doença mais horrível do mundo. Depois eles acabaram entendendo, mas até isso acontecer, você já ficou triste. Já passou por todo constrangimento. Acho que a pior parte foi essa de ter que assumir que você tem, e as pessoas achar que é a pior coisa do mundo e não é. Depois que minha família ficou sabendo, aconteceu tudo isso, aí minha mãe me apoiou, meu pai, a minha sogra, meu sogro, todo mundo me apoiou. Minha família que mais ficou do meu lado”. (E3)

Eu fui bem cuidada no meu pré-natal

A maioria dos depoimentos valorizou o cuidado recebido durante o pré-natal. Os discursos demonstraram que a assistência foi para além de exames, orientações, tratamento, monitoramento e prevenção da sífilis. As mães perceberam-se cuidadas pelo serviço de saúde. Isto pôde ser apreendido por falas, como, por exemplo: “a enfermeira de lá era super carinhosa, ela conversava comigo”, “elas foram super atenciosas”, “além do profissionalismo delas, são pessoas humanas”, “foi o apoio deles que me fizeram estar curada disso”.

Os depoimentos mostraram, também, que as equipes de saúde empreenderam vários esforços para que as mães fossem adequadamente tratadas. Dentre estes, as visitas domiciliares realizadas pelas equipes das unidades de saúde e, em especial, pelas agentes estratégicas do Programa Municipal de DST/Aids que foram muito valorizadas pelas mães, reconhecendo-as como um cuidado diferenciado, inclusive, ressaltando o vínculo estabelecido com estas profissionais.

“Fiz todos os exames que me pediram e voltei na consulta antes do dia marcado, porque quando dá algo eles já avisam com antecedência. O posto ligava pra lembrar o dia da coleta. As meninas que trabalham lá vinham em casa trazer papelzinhos. Sempre fui muito esclarecida, muito amparada, bem cuidada. Todas as dúvidas que eu tinha foram sempre bem esclarecidas e a maneira como os profissionais de saúde me explicaram me deixou até mais tranquila... O médico também conversa bem. Pessoas profissionais mesmo e sempre presentes! Tanto as pessoas do posto, quanto as moças [agentes estratégicas] que vinham fazer visita em casa todo mês. Elas vinham pra me acompanhar e me esclareceram muitas coisas. Traziam preservativos, folhetos com explicações de outras enfermidades também. Além do profissionalismo delas, são pessoas humanas. Vinham aqui e perguntavam como eu e o bebê estava, se estava indo ao médico, o que eu tava sentindo. Só tenho mesmo a agradecer”. (E1)

“Eu tive apoio de uma moça que vinha, não sei o nome dela, da secretaria da saúde [agente estratégica]. Ela conversava com a gente, me ligava pra fazer o exame, pra ver se tava alterado e foi comigo até o posto”. (E6)

“Elas [profissionais de saúde] me explicaram que era uma doença transmissível do homem e que podia ter pego de uma pessoa há um ano atrás, antes dele [ex-namorado] ou do pai da criança mesmo. E quando eu não ia tomar a benzetacil, elas vinham me buscar. Fiz o tratamento certinho de tanto elas [agentes estratégicas e equipe enfermagem da USF] insistir, senão, pelo fato de ser preguiçosa, eu não teria feito. Marcava a data do exame pra mim colher e se eu faltava, elas falavam que eu tinha que ir, senão ia ter que refazer o tratamento tudo de novo. Elas vinham direto em casa entregar o prontuáriozinho dos exames. Se eu não ia de manhã colher o exame de sangue, até de tarde eu tinha que aparecer, senão elas vinham me buscar. Por isso fiz o tratamento certinho” (E7)

“A médica me explicou como era o tratamento e conversou bastante comigo, mas como eu já tava quase tendo o bebê foi muito às pressas. Não lembro se as vacinas eram de mês em mês, mas a gente fez de semana em semana, foi tudo super-rápido, porque a médica ficou com medo de não dar tempo de tomar as doses antes que ele nascesse. Eu teria que tratar tudo de novo, mas, a sorte é

que deu tempo certinho. Eu terminei o tratamento e, na semana seguinte, ele nasceu”. (E9)

“Elas [agentes estratégicas] vinham de carro na visita junto com as meninas do posto de saúde. Tinha uma ligação entre elas. Elas vinham me orientar, saber se o neném tinha nascido, se eu tava fazendo os meus exames, o pré-natal certinho. No posto fui orientada sobre a doença. Ela contou pra mim como é que era, como eu tinha que fazer, os problemas que eu poderia ta passando pro neném. O acompanhamento com a médica foi bom. Eu fui super bem tratada, não tive do que reclamar. Tive apoio das meninas da área saúde que vinham em casa todo mês pra poder fazer o acompanhamento, pegar esses papelzinho que elas deixaram no meio do cartão, os resultado dos exames, trazer preservativo e vale transporte pra mim ir até o posto. Essa parte eles foram legal comigo também. Ninguém foi ruim pra mim”. (E10)

“O pessoal do posto nunca me desamparou. Eles iam sete horas da manhã em casa, de ambulância, me buscavam, me levaram para o posto e para o serviço de referência. E eu falava que não queria ir e ainda tinha o privilégio de escolher pra tomar a injeção. Elas falavam: “Você escolhe o posto.” Porque eu falava que naquele posto eu não ia tomar nenhuma injeção porque, às vezes, quando você usa essas coisas [drogas], qualquer pessoa não presta, não vale nada... Foi o apoio deles que me fizeram tá curada disso.” (E12)

Apesar de satisfeitas com o cuidado recebido, alguns relatos apontaram, também, descontentamento relacionado à qualidade e insuficiência das orientações prestadas, além do constrangimento sofrido no serviço de saúde.

“Eu não tenho o que falar do posto, foi muito bom meu pré-natal. Eles conversavam muito comigo. Tudo ótimo. A enfermeira de lá foi super carinhosa, também conversava. [...] Eu gostava de ir na médica porque ela sempre ouvia o coraçãozinho do neném e perguntava como que eu tava me sentindo. Elas [agentes estratégicas] vieram aqui em casa e perguntavam sobre a bebê, como que eu estava me sentindo, se eu tava me prevenindo, era bem bacana. Eles acompanhavam você na casa, no posto ou no serviço. Perguntavam se podiam ir no serviço na hora do meu almoço. [...] depois que o bebê nasceu, elas vieram uma vez só. Eu senti falta delas virem conversar comigo. Só não gostei do fato de não terem me avisado que minha neném ia tomar tudo isso [injeções]. Tinham que ter me explicado. Eu sofri mais ainda. Imagina você perguntar pra uma pessoa: “Viu! Minha neném não vai sofrer alguma coisa”? Porque eu tava muito preocupada com isso. A médica falou que não. Eu passei minha gravidez inteira bem, ai chegou no dia lá, teve que tomar [penicilina]. Elas [agentes estratégicas] e a médica afirmaram uma coisa que não foi verdade. Eu cheguei lá no hospital, e foi totalmente diferente, sabe?” (E2)

“No serviço de referência, os médicos não falam muito. Só falam que você está com sífilis, que vai ter que tratar porque é sério, mas nenhum momento explicou direito o que era”. (E15)

Tema 2– Foi bem doloroso ver meu bebê ficar internado

Eu não esperava que meu bebê nascesse com sífilis

Os depoimentos de algumas mães denotaram espanto com o fato de seus bebês terem que fazer o tratamento para sífilis congênita, uma vez que haviam feito o tratamento no pré-natal. Pode-se depreender que as orientações fornecidas no pré-natal não consideraram essa possibilidade.

“Eu não esperava que passasse pro neném, porque eu fiz o tratamento certinho durante a gestação. Quando ele nasceu fizeram os exames e deu alteração no sanguinho e ele teve que fazer o tratamento. Ficou cinco ou oito dias internado. Eu não via a hora de sair daquele hospital.” (E7).

“Quando a bebê nasceu... Saber que ela tinha que tomar as injeções se eu já tinha tomado as benzetacil pra isso... Nossa! Foi o maior choque da minha vida, porque eu pensei que Já que eu tomei e foi por precaução, ela não vai ter que tomar, porque eu já não tenho mais nada. E, mesmo assim, ela teve que tomar.” (E2).

Eu sofri demais por vê-lo tão pequenininho e tendo que passar por tudo isso

Este núcleo de sentido referiu-se aos depoimentos das mães que relataram procedimentos diagnósticos e terapêuticos da sífilis congênita aos quais seus filhos foram submetidos e que provocaram muita dor nos mesmos e, conseqüentemente, nelas, ao presenciarem cenas, choros e gritos. Expressaram sentimentos como medo, nervosismo, desespero, dó e manifestaram sua dor, muitas vezes, por meio do choro.

“Ele passou por muita coisa no serviço de referência... Eu até fiquei com muito medo quando colheram um líquido nas costinhas dele. Fizeram radiografia, viraram ele de ponta cabeça quando nasceu. Iam buscar ele pra tirar sangue, pra fazer a aplicação da penicilina,

pra fazer exame, mas, graças a Deus, de tudo aquilo que eu via que era pior, nada aconteceu com ele”. (E1)

“Eu acordei com a neném chorando, gritando e fui ver o que era. Ela ficou toda roxa, do pé a cabeça. A enfermeira falou que era porque a veinha dela era muito fina e estourava toda vez que ia picar pra fazer a injeção (choro). No outro dia, outra enfermeira veio e falou que tava rezando pra achar uma veia que não estourasse. Foi horrível tudo isso. Nossa! Foi a pior coisa que eu vi... Nunca mais vou esquecer da cena dela falando que a injeção judia muito. Eu sofri demais. Da sala que eu tava no hospital dava pra ver ela chorando, gritando, porque acho que devia doer. Quando foram tirar o líquido, eu lembro até hoje...ela gritou, chorou... Foi horrível! Eu chorava junto também... Às vezes eu nem comia de nervoso. Eu fiquei com ela até o fim, e chorei até o fim no hospital. Foram os piores dias da minha vida”. (E2)

“Fui pro hospital, tive ele certinho, fizeram o exame, tiraram o líquido da espinha dele, daí deu negativo. Não precisou ficar internado, mas eu tive que levar ele pra tratar no hospital, tomando a medicação por 10 dias. Meu maior medo era ele ficar internado e pegar uma contaminação ou uma pneumonia. Ele é frágil e tando lá, tem esse perigo. Eu não ia poder trazer ele pra casa. A coisa que você mais quer quando você acaba de ter o seu neném é trazer pra casa... Era muito ruim ver a enfermeira vir e levar seu filho sem você saber o que vão fazer, mesmo sabendo que é para o próprio bem. Nossa! O sofrimento é muito ruim. Tão pequenininho e tendo que passar por tudo isso. Teve uma vez que a enfermeira foi dar a medicação nele e estourou a seringa, entupiu. Eu comecei a chorar de desespero. Foi muito ruim. Foi porque ele era muito pequenininho, tão frágil, tão indefeso. Se pra mim doeu tomar essas injeção, pra ele ia doer muito mais. Tive que levar ele pra fazer vários exames, várias picadas de agulha, tirar líquido da espinha... Uma bateria de exames da cabeça, do olhinho, da pele mesmo pra ver se não saia nem uma mancha, essas coisas”. (E5)

“Foi bastante dolorido, porque a benzetacil na gente já dói horrores, imagina num bebezinho. Ele tomou no primeiro dia que ele nasceu até o décimo dia, todos os dias. Não era no músculo igual na gente, mas era intravenal. Ele chorava toda vez que dava, então devia arder porque se queima na gente, queima nele também, com certeza. Toda vez que ele tomava eu chorava (lágrimas). Não gosto de lembrar. Porque dava dó, coitadinho”. (E15)

“Dava bastante dó dela. Pegaram ela, levaram, depois ela veio com um esparadrapinho aqui nas costas, uma coisa que deve ter doído muito. É um exame que ela tá fazendo pra ver se não tem nada, pra poder tratar, quanto antes, melhor. Então dá bastante dozinho de furar tudo ela, a perninha também, que tomou injeção, mais a gente sabe que tá fazendo o melhor, então, tem que sempre acreditar nisso”. (E17)

Destacaram-se, também, os relatos de duas mães sobre o sofrimento relacionado à própria internação para acompanhamento do tratamento do bebê, tendo em vista sua responsabilidade com os outros filhos que estavam em casa.

“Eu fiquei oito dias no hospital de referência. Conversei com a pediatra e pedi, pelo amor de Deus, para ela me dar alta porque, era festinha de final de ano da minha filha e ela ia dançar, e todas as festas, eu vou. Eu terminei as duas doses que ele precisava tomar no pronto-socorro”. (E9)

“Fiquei 10 dias internada. [...] Daí ela tomou o remedinho na mãozinha. Não é fácil ficar 10 dias. É terrível querer vir embora com mais criança em casa, mas no fim deu tudo certo”. (E13)

Destaca-se, dentro do contexto de sofrimento vivenciado pelas interlocutoras, o sentimento de culpa pela exposição do bebê aos procedimentos dolorosos. Emergiram relatos permeados de dor e lágrimas. Em um deles a entrevistada condena-se por ter se colocado em situação de vulnerabilidade, por não conhecer bem o pai do bebê e por ter relação sexual que a levou a adquirir a infecção. Em outro, a mãe cita que as lembranças pelo sofrimento do bebê a assombram até hoje, inclusive influenciando na educação de sua filha. Referiu que pensa omitir o acontecido da mesma pelo temor de seu julgamento.

“Eu me culpava porque eu não conhecia o pai do bebê tão bem pra ter uma relação, então acho que peguei isso. Hoje em dia tá tudo muito assim... Antes, pra eu ter algo mais sério com alguém, conhecer, levava muito tempo, mas, no caso do pai dele, não. Eu sei que eu tava errada nisso e tenho que ser responsável pelos meus atos, agora uma criança não poderia pagar por isso. A verdade é aquela parcela de culpa”. (E1)

“Ver ela chorando naquele hospital e saber que a culpa era minha, doeu. Dói até hoje, só de lembrar fico super triste. Eu tenho dó de brigar com ela porque a culpa foi minha. Ela já passou por tudo isso... Quando ela crescer eu não vou contar pra ela. Já pensou se eu conto e quando ela tiver uns quinze, dezesseis anos, ela me culpar por tudo isso” (choro) (E2)

“Foi bem difícil, bem doloroso ele ficar internado por uma irresponsabilidade minha, e ele tomando essas coisinhas. Todo dia as profissionais de enfermagem iam buscar ele na maternidade, longe de mim. Às vezes eu escutava o chorinho dele por ficar injetando as coisas nele. Ele ficou todo picadinho.” Eu ficava pensando: “Por uma irresponsabilidade minha ele que tá pagando agora”. (E9)

Para duas das mães entrevistadas a vivência dolorosa deveu-se ao pior dos desfechos da sífilis na gestação: o óbito fetal. Seus relatos denotaram sofrimento e dor perante a perda do filho e a sensação de culpa por acharem que poderiam ter evitado aquela situação.

“Foi a pior coisa do mundo perder meu bebê. Mesmo quando a gente não espera a gravidez, até cair a ficha demora um pouco, mas depois que cai, você pensa que é uma criança, que não tem culpa da irresponsabilidade da gente. Eu perdi com seis meses. Tive que fazer enterro. Meus pais sofreram bastante. Não tinha nenhum neto ainda. Tinha dia que eu ia trabalhar e voltava chorando, com vontade de sumir, que é horrível perder um filho, horrível! É um sentimento que não tem como explicar, é ruim, muito ruim”. (E3)

“A única dificuldade é perder um filho. Eu sabia que doía, mas depois que a gente vê na pele que podia ter evitado toda essa desgraça...” (E14)

Vários depoimentos trouxeram a sensação de alívio, de tranquilidade após o seguimento sorológico do bebê e a constatação de resultado negativo, indicando que tudo estava bem e/ou pela visualização de seu desenvolvimento dentro de padrões de normalidade.

“Sorte que acabou esse negócio de ir no serviço de referência. Só as consultas. Eu tô bem mais aliviada só de saber que acabou, assim dela ter que ir lá tirar sangue de novo. Agora, só com dois anos o último exame e, com certeza, já vai dar negativo, porque tá dando negativo até agora”. (E2)

“Mas hoje meu filho tá bem, tá grande, tá forte. Hoje ele fez o exame, ele não tem nada. Ele tá totalmente normal”. (E12)

“Hoje eu sei que ela fez os exames e não tem nada, então eu tô mais tranquila agora”. (E13)

Eu acho que tem que ter um cuidado maior com a gente

Além da dor vivenciada pelo nascimento do bebê com sífilis congênita, várias mães destacaram a forma com que elas e seus bebês foram (des) cuidados na maternidade. Os relatos apontaram situações vividas que expressaram desassistência, desumanização, humilhação, falta de respeito, falta de amor, falta de ética profissional e culpabilização, caracterizando violência institucional.

“Eu falei: “Por que não espera pegar o resultado, primeiro desse líquido, pra depois tomar toda essa injeção”? A médica disse que não porque se der positivo, pra que alongar mais? Aí eu perguntei se desse negativo e ela falou que se desse negativo parariam com aquele medicamento e dariam só a benzetacil. Eu falei, mas se der negativo, ela vai precisar tomar? Ela falou que não. Então, pra que fazer isso? A médica insistiu que tem que fazer sim. Todo dia eu ia lá perguntar do resultado e ela falava que não saiu, só na sexta-feira. “Disse: Já falei pra você que é só sexta-feira”. [...] As enfermeiras viam que a culpa é da gente mesmo... uma falou para a outra: - “É! “O tratamento judia mesmo da criança, os pais fazem as coisas, depois a criança que paga”. Eu chorava. Foi a pior coisa aquela enfermeira ter falado isso pra mim. Acho que elas não tinham que falar. Eu acho que, por ética de enfermeira... A enfermeira olhou bem pra minha cara e falou assim: “Viu, você não sabe que isso é cólica”? Eu chamei ela umas três vezes, aí veio uma cada vez diferente e falando grosso comigo”. (E2)

“Eu fiquei muito chateada porque quando ele [bebê] tinha que tomar a benzetacil tinha umas [equipe de enfermagem] que pegavam no bercinho e levavam arrastando, nem olhava na sua cara. Eu escutava ele chorando o caminho. Ela entregava ele no quarto e falava assim: “Tá aqui seu filho.” Não tinha amor nenhum pelo que tava fazendo. E teve um dia que teve uma muito... eu quase bati nela. Tava um frio! Ela arrancou toda a roupa dele e levou ele pelado. Ele tinha feito cocô, ela falou para eu trocar. Eu fiquei lá chorando porque à noite não tem ninguém pra ajudar. A mãe não pode ficar, é só a gente... Ele demorou pra acalmar. Eu acredito que o tratamento que ele fez deixou ele nervoso. Foi muito sofrido porque ele já tava com dor de tomar aquela injeção e a enfermeira pega e trazia ele de qualquer jeito. Não tem amor no que faz. Deu vontade de sair correndo com ele dali. A parte mais difícil foi ele tomar a injeção e algumas pessoas não tratar ele com o mínimo do respeito. Eu sofri bastante. Por outro lado, tinha uma enfermeira que era um amor. Quando ela pegava e trazia ele voltava até calminho. Ele podia até ter sentido a dor, mas não dava a injeção na minha frente. Eu acredito que elas acalmavam ele”. (E15)

Alguns relatos destacaram, também, a falta de consenso médico sobre o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação, como falha no cuidado e, outros, denotaram a falta de clareza dos profissionais de saúde com relação às orientações prestadas à mãe.

“O médico do pré-natal, no serviço de referência, falou que eu e meu parceiro não precisava tratar por ser cicatriz. Já tinha feito vários exames e tinha dado que não tinha nada. Quando o bebê nasceu, a pediatra do serviço de referência falou que eu e o pai do bebê deveria ter feito o tratamento na gravidez e que o conselho de saúde exige que faça o tratamento para sífilis. [...]. Não é que eu não quis fazer. É uma falta de comunicação entre eles, por burocracia deles.

Isso causa revolta! Mas ninguém tá nem ai pra isso, a gente fica revoltada. Briguei lá, discuti, mas, de que vai adiantar? Eles são burocráticos. É você contra uma equipe médica. Eles falaram: “Tem que fazer, se não se cuidou tempos atrás.” Chegam a humilhar a gente. Antigamente eles falavam “lues congênita”, não era nem sífilis, hoje não, eles já taxam você lá e escreve “sífilis”, não tá nem aí, só falta pendurar no seu pescoço uma plaquinha. Eles não querem saber da gente, do tratamento, de preservar a gente. O negócio deles é ter a receita, se eu tomei a vacina ou não e boa. É por isso que aumentou tanto. Se eles se preocupassem com a pessoa antes, seria muito diferente. Eu acho que tem que ter um cuidado maior em saber tratar a gente. Fiquei dez dias internada com eles [médicos do serviço de referência] discutindo se ia ou não ia tomar a medicação. Sofre eu e sofre a criança, porque eles não tão nem aí. Se o ministério da saúde quer que faça o tratamento, então faz. Não ficar, um médico fala que não, o outro fala que sim”. (E4)

“Eu não sei como que acontece, mas pelo que eu vi ali no hospital de referência, eles não fizeram tratamento no bebê por ele nascer com isso, porque o bebê não tinha nem chegado a pegar nada. Fizeram o tratamento pra prevenir”. (E9)

“Ele não nasceu com nada, teve que tomar mais por precaução. Ele teve que fazer o tratamento por dez dias, só que o dele não foi injeção, o dele foi na veinha, mas o dele nunca deu reagente. Toda vez que ele fez, desde a hora que nasceu, até depois que nós fizemos particular, sempre deu não reagente”. (E15)

Por outro lado, algumas mães referiram terem sido bem cuidadas no serviço de referência.

“Muitos criticam a saúde Pública. Com certeza, tem muitas coisas aí que a gente fica até envergonhado num país que a gente vive, mas tem muitos lugares que tem excelente tratamento. No serviço de referência fui muito bem cuidada com enfermeiros e médicos. Sem conhecer, eu tinha medo... um preconceito do que eu nem sabia. E o bebê nasceu lá, fui muito bem cuidada. Em nenhum momento eu fui deixada, fizeram todo o acompanhamento comigo e com ele”. (E1)

“O bebê nasceu e fui muito bem atendida lá no serviço de referência”. (E9)

Tema 3 – Apesar de tudo, ainda sei pouco sobre sífilis.

Eu sei o básico sobre sífilis

Este núcleo de sentido referiu-se aos relatos das mães entrevistadas sobre seus conhecimentos em relação à sífilis, que em sua maioria, demonstraram-se corretos e parciais, especialmente, trouxeram-na como uma IST, com possibilidade de tratamento e de agravamento, quando não tratada. Foram apresentados alguns sinais relacionados ao secundarismo e à fase terciária da doença, bem como a forma de diagnóstico, seguimento e prevenção. Quanto à sífilis congênita, os depoimentos destacaram sua relação com morte fetal, transmissão vertical e possibilidade de o bebê nascer com sequelas, além da importância do tratamento como prevenção.

“Eu não sei muito sobre sífilis. Sei que é uma doença que durante o tempo pode causar problema na cabeça, gera mancha embaixo da palma da mão e na sola do pé. É uma doença que o neném pode nascer com problema na visão, um monte de coisa. E quando você pega no começo da gravidez, o neném pode nascer com algum defeito, não se desenvolver dentro da barriga da mãe”. (E5)

“É grande a chance de ter uma criança com sífilis quando a mãe tem. Eu não sei muito, mas eu creio que pode dar surdez, cegueira, pode dar na cabeça, nos órgãos. Pode até morrer ou nascer morto”. (E10)

“Agora tá baixando. O dele tava 1 por 32, agora esses dias que ele consultou no serviço de referência tava 1 pra 16, manteve. É o segundo exame que já manteve, então vão fazer mais um pra poder ver se os medicamentos agiu, pra poder ter baixado. E, se não abaixou, ele vai fazer líquido, mais uma vez. Se a gente não se cuida, mesmo não sendo grávida, afeta os órgãos, o corpo da gente. Pode inchar o coração, vários problemas também que eu sei que acontece com a sífilis”. (E11)

“Sífilis congênita é quando a mãe tem no sangue e passa pro bebê. É melhor a gente fazer o tratamento antes dos 40 dias do parto do que a criança não poder sair e vir embora, precisar ficar fazendo o tratamento no hospital”. (E13)

“É uma doença sexualmente transmissível que passa de um parceiro pro outro. Não sei se passa por seringa, agulha, já que tá no sangue. É bem antiga e tá afetando bastante gente. Pode matar... Ela ataca o sistema nervoso da gente, pode atacar o coração e o cérebro. É uma coisa que a gente tem que ter bastante cuidado. Eu sei que a sífilis congênita é quando passa da mãe pro filho. Eu acho que quanto antes tratar é uma coisa que acaba não passando, mas se não tratar

ou, às vezes, mesmo tratando, pode acontecer de passar. Ela [a criança] pode nascer surda, com algum problema. Então tem que ter todo um cuidado. Mulher grávida já tem que ter um cuidado, um acompanhamento, mais quando tem qualquer tipo de doença, tem que ter um cuidado ainda maior” (E17)

Interessante destacar a percepção de uma das entrevistas sobre as consequências sociais da sífilis, por ser uma IST.

“É uma doença contagiosa que pode trazer várias consequências. Pode destruir bastante coisa... Um casamento, a vida de outras pessoas que possa contrair essa doença”. (E6).

Por outro lado, ocorreram vários depoimentos que apontaram para um conhecimento equivocado, especialmente, de que a sífilis é doença que não tem cura, demonstrando nítida falha na comunicação usuário-profissional de saúde.

“A enfermeira da UBS me falou que a sífilis poderia até virar uma Aids. Não sei se isso é correto, ou não. Ela falou que é uma coisa muito forte, que era um vírus muito forte que tinha que ser tratado e que era muito grave”. (E3)

“A médica falou pra mim que ela tem controle, mas também não tem cura. Falaram pra mim que é um vírus que não vai sair nunca do corpo, mas tem tratamento. Que tem um número que diminui. Eu entendo assim, ele tem controle, mas não tem cura. Não sei se eu tô certa, mas eu acho que é igual a herpes genital que eu contraí. Dependendo de como tá o seu corpo, como tá o seu sistema ela vai e volta, porque às vezes eu ainda tenho”... (E12)

“A sífilis dá doença na pessoa, prejudica a memória. Eu sei pouca coisa. Eu tava grávida e na gestação não adianta tratar. Tem que ser depois da gravidez”. (E16)

“Todas as minhas gravidez eu vou ter que fazer o tratamento, tendo ou não tendo, eu tenho que fazer pro resto da vida. Se teve um caso, teve um histórico lá atrás [sífilis] não interessa, se eu tiver um filho com 100 anos, vou ter que fazer o tratamento”. (E4)

Com relação à fonte do conhecimento, os depoimentos evidenciaram que as mães, além de sua própria vivência com a doença, receberam informações dos profissionais de saúde e buscaram ativamente informações sobre a sífilis com pessoas respeitadas de seu convívio social e na internet.

“Eu não sabia exatamente o que era e pedi para minha patroa para ela ver, ela me tirou bastante informação. Fui saber sobre o que era sífilis, o que poderia causar para mim e principalmente para o bebê. Na época eu li tudo”. (E1)

“A agente comunitária de saúde vem direto aqui fazer visita pra mim. Na primeira visita, ela falou as coisas, tudinho, só que na hora eu entendi, mas depois, até hoje eu não sei direito o que é a sífilis, só sei que é transmissível de um homem”. (E7)

“A médica me explicou como era o tratamento e conversou bastante comigo. [...] Eu sei mais ou menos o básico, não sei muita coisa. É uma doença sexualmente transmissível e sei do tratamento porque eu já passei pelo tratamento e só”. (E9)

“Eu comecei a pesquisar na internet, daí que eu vi realmente o que causava, o que acontecia. Eu descobri de tanto ficar pesquisando na internet e daí que eu fui ver que podia causar vários problemas pro bebê”. (E15)

“Eu pesquisei mais na internet mesmo pra mim saber o que era, o que podia acontecer com o nenê se não tratasse, mas eu que procurei me informar melhor, porque eu soube meio por cima que era sífilis e pronto”. (E17)

Sífilis é uma doença que não se vê

Referindo-se ainda aos conhecimentos das mães, houve depoimentos denotando a sífilis como uma doença que não se vê, tendo em vista que seus sinais não são aparentes em todas as fases da doença.

“A médica falou que às vezes é algo muito pequeno e logo já sai do corpo, mas a enfermidade fica. Porque a doença você não enxerga, então você vê uma pessoa linda, saudável, mas não sabe lá dentro, como que tá”. (E1)

“A médica falou, uma vez, eu nem tinha sífilis ainda [...] use camisinha, porque aqui tem várias pessoas com doença, porque você não sabe quem tem e quem vê cara, não vê coração. Nem as minhas amigas imaginam que eu tenho sífilis. Ninguém vai imaginar [...] ninguém diz [...] Você vai lá, trata e ninguém fica sabendo e como você vai saber se a pessoa tem”? (E2)

“[...] A falta de tratamento é por falta de comunicação, porque tem gente que nem sabe como pega, o que é. Todo mundo fica esperando os sintomas e esses sintomas, só vão aparecer 10 ou 20 anos depois, ou, quando tá grávida que descobre que tem. [...] a gente não tem um sintoma pra saber que tem a doença. Ninguém

sabe o sintoma, ninguém sabe o que acontece, só sabe que é sexualmente transmissível”. (E4)

Sei que a prevenção é importante

Para muitas mães, o processo de ter sífilis na gestação, e seu bebê ter sido tratado como caso de sífilis congênita as levou a ter mais cuidado com sua saúde, empregando estratégias de prevenção como a busca de acompanhamento médico e prática de sexo protegido, apesar da dificuldade de negociação com seu parceiro.

“Eu uso camisinha, coisa que eu não fazia antes, mesmo sabendo que eu possa ter me curando, eu uso camisinha, porque não tem outra prevenção”. (E3)

“A gente se acertou e agora a gente se cuida. Não tenho relação sem camisinha. Ele falou pra mim que fez o exame e deu que ele tava curado. Eu acreditei na palavra dele, mas a gente teve uma conversa muito franca que isso foi uma irresponsabilidade dele. A gente se cuida agora usando o preservativo, mesmo tomando a injeção pra não engravidar”. (E5)

“Eu falei pra ele pra gente usar camisinha senão passa e vamos ter que tomar injeção de novo. Hoje ele tá mais sossegado. Nós tivemos mais responsabilidade de usar o preservativo. Vamo usar camisinha também quando tiver relação para não pegar dos outros, por exemplo: se eu largar dele, brigar, ele querer ficar com outra ou eu ficar com outro, aí não acontecer mais isso. O importante é se prevenir, fazer tratamento, consultar todo mês no posto”. (E8)

“[...], eu to fazendo tudo certinho, usando o preservativo, me cuidando, indo sempre na ginecologista, fazendo o Papanicolau, que é importante pra não ter o risco de voltar novamente. Pra mim, é difícil ter que sair sempre com a pessoa usando o preservativo pra ela não ter o risco de contrair isso” (E12)

“Eu faço o controle todo mês no posto e falo pro meu esposo toda vez usar a camisinha, também. Às vezes eu pego no pé dele pra prevenir, usar camisinha um pouco, mas você já viu como que é homem! Não gosta, nunca gosta”. (E13)

Porém, outras mães, apesar de vivenciar a sífilis, relataram não fazer uso do preservativo para prevenção de reinfecção, considerando a relação de confiança e pacto com os seus parceiros.

“Falo pro meu parceiro que se um dia ele for me trair, por favor, usa camisinha, porque você sabe o que a gente passou. Sífilis tem tratamento e não é assim grande coisa, só se deixar para terceiro estágio, mas se você pega uma Aids, um HIV, aí já é diferente. Acho que, se um dia eu largar dele, nunca mais eu vou querer ficar com outra pessoa, porque eu vou ter medo”.(E2)

“Eu não uso preservativo, porque, depois que a gente conversou, eu coloquei uma pedra, um ponto final nisso, porque eu dei um voto de confiança pra ele”. (E6)

“Então pra prevenir eu não faço nada, porque eu não uso preservativo”. (E15)

Eu acredito que a gente não precise prevenir porque eu tratei e ele tratou também... Acredito que é só nós dois, enquanto for só eu e ele...”. (E17)

Foi um aprendizado para mim

A experiência foi vista por algumas mães como um aprendizado. Destacou-se o relato de uma entrevistada, E1, que utiliza sua vivência para ajudar outras mulheres de seu bairro e suas filhas a enfrentarem as situações, procurando fazer aquilo que é necessário e “não relaxar”. Considera que sua participação nesta pesquisa possa ter este mesmo intuito.

“Foi um aprendizado e passo pra outras mães. [...] Eu procuro tá conversando com as pessoas, falando que tive e tratei. Então você se cuida e vai ter um filho, assim como eu tenho. Se você descobrir que tem algo, procure saber o que você tem que fazer, e fazer, não ficar relaxada.... Minhas filhas vivenciaram muita coisa [...], quando elas tiverem na vida adulta, elas vão ter uma história pra elas lembrarem e ter mais cuidados. Eu passei pra elas algo ruim, mas que vai ser um exemplo na vida do que não fazer, mas, se eventualmente, acontecer, o que elas tem que fazer. A consciência da gente é assim: ter o máximo de cuidado e ninguém se achar a esperta, porque a idade que eu tenho, com esse tanto de filho que eu tenho e ainda consegui me descuidar. Espero que o que você vai levar agora da minha história ajude muito as pessoas e que elas também tenham a mesma força de ir atrás daquilo que é necessário no posto, no serviço de referência, onde for o caso e se cuidar”. (E1)

4.4 Proposta de fluxo de cuidados às gestantes diagnosticadas com sífilis, no âmbito da Atenção Primária à Saúde

A partir das vivências apreendidas e, com o intuito de aprimorar o cuidado à gestante com sífilis, foi construído um fluxo de cuidados focado no processo de trabalho das equipes da rede de atenção primária à saúde, desde o diagnóstico da gestação até o nascimento da criança.

Gestantes com teste rápido treponêmico reagente (triagem), confirmado por teste convencional treponêmico reagente

Sugere-se que, na primeira visita da gestante à unidade de saúde, após o teste de gravidez positivo, seja executado o teste rápido (treponêmico) para sífilis com aconselhamento pré e pós-teste. Sendo o resultado reagente, deve-se avaliar a idade gestacional (IG), se for maior ou igual a 20 semanas e/ou vulnerável (em situação de rua, relato de uso de drogas, parceiro(s) privado (s) de liberdade, entre outros) deverá ser tratada com penicilina benzatina, segundo protocolo ministerial, conforme a fase clínica da doença e, concomitantemente ao seu (s) parceiro(s) (entre o início e término do tratamento da gestante). Realizar registro em prontuário, carteira da gestante e receituário médico. O teste convencional (treponêmico) deve ser solicitado no mesmo dia ou dia seguinte e o seu resultado verificado em quatro dias.

Vale ressaltar que Botucatu segue o fluxo do Anexo I-B da portaria 3242 de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O resultado sendo reagente, deve-se iniciar monitoramento sorológico com o Venereal Disease Reagent Laboratory (VDRL) mensal na gestante e trimestral no(s) parceiro(s). Realizar registro em prontuário e carteira da gestante. Deve-se notificar a gestante e parceiro (s) junto ao Núcleo Municipal de Vigilância Epidemiológica (NUVE) e comunicar o Programa Municipal de DST/Aids (PMDST/Aids), por telefone ou e-mail, que passará a acompanhar essa gestante e parceiro(s) semanalmente, durante o tratamento, e mensalmente até o nascimento do bebê, de forma compartilhada a UBS. Perante a falta da gestante à coleta dos exames laboratoriais ou consulta de pré-natal, a unidade de saúde deverá fazer busca ativa de faltosos, por telefone ou visita domiciliar.

Se a gestante tiver menos que 20 semanas de gestação, segue-se o protocolo acima, porém não precisa ser tratada imediatamente podendo aguardar o resultado do teste convencional para sífilis.

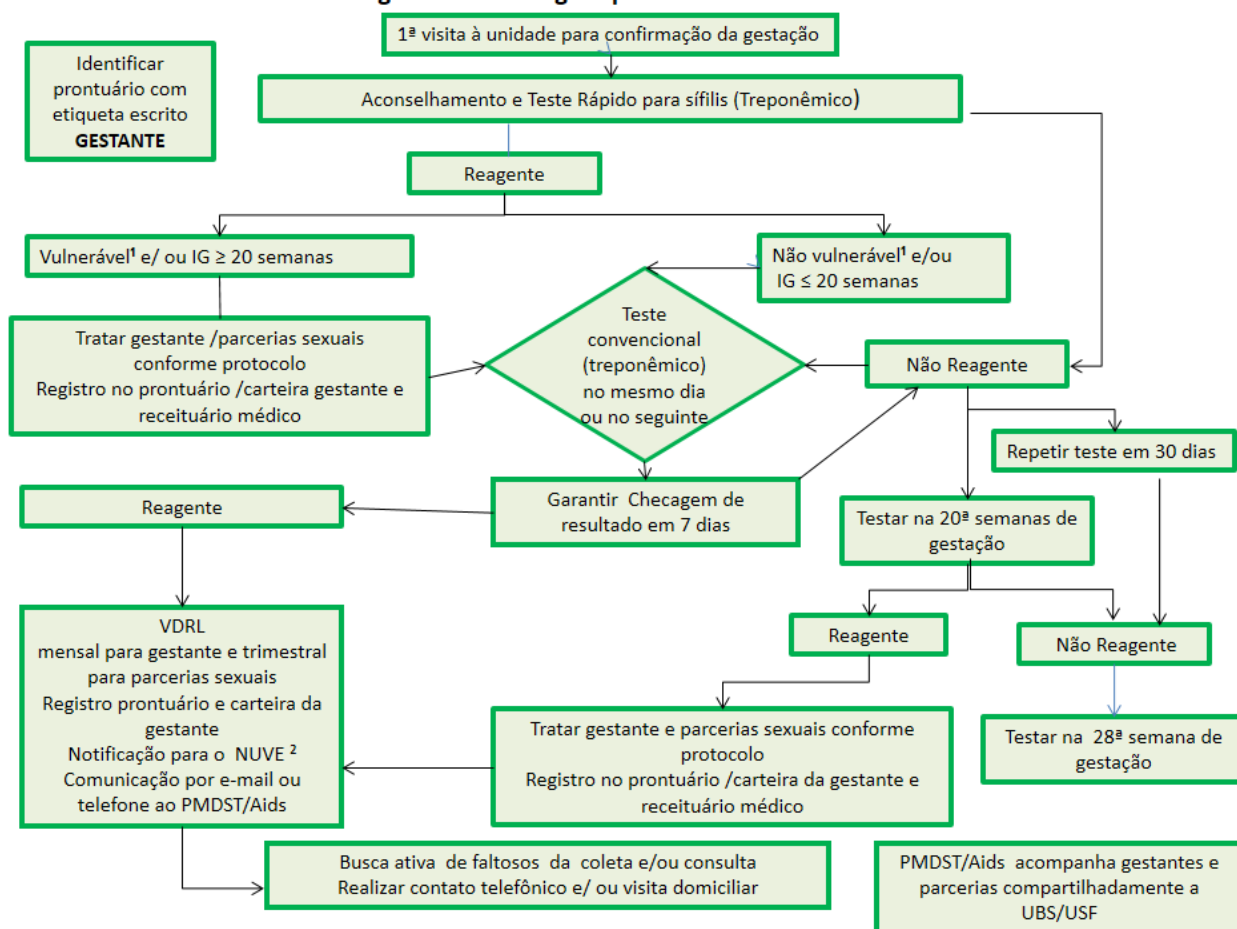
Gestantes com teste rápido treponêmico reagente (triagem), com teste convencional treponêmico não reagente.

Em teste rápido reagente treponêmico com teste convencional treponêmico não reagente deve-se repetir o teste convencional em 30 dias e, se continuar não reagente, repeti-lo no segundo e terceiro trimestres de gestação.

Pautado nos resultados apreendidos pelos discursos das entrevistadas destacam-se, no fluxo, algumas sugestões para dar suporte a equipe que realiza o cuidados das gestantes durante o pré-natal, no intuito de evitar a transmissão vertical da sífilis.

- Elencar um profissional da equipe para ser o gestor do cuidado da gestante com sífilis, porém todos devem estar envolvidos neste processo de cuidado.
- Garantir a solicitação de sorologia para sífilis no segundo trimestre de gestação no intuito de garantir diagnóstico precoce da sífilis e tratamento em tempo oportuno.
- Convidar o(s) parceiro(s) da gestante com sífilis para acompanhamento das consultas de pré-natal e oferecimento de sorologias para IST aumentando as possibilidades de diagnóstico precoce e tratamento em tempo adequado, além do envolvimento no processo gestacional.
- Garantir um atendimento à gestante com sífilis e seu (s) parceiros(s), mais humanizado, por meio da escuta ativa e olhar atento, livre de julgamentos e preconceitos, possibilitando melhor vínculo com o pré-natalista e serviço de saúde.
- Flexibilização em relação às coletas das sorologias para IST das gestantes usuárias de drogas ou substâncias psicoativas, ampliando o acesso ao cuidado dessa população tão vulnerável.

Fluxograma de Testagem para Sífilis em Gestantes



Legenda

1. **Vulnerável:** Em situação de rua, usuária de drogas, parceria sexual privada de liberdade, gravidez indesejada, entre outros.
2. **NUVE:** Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal
- VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory
- PM/ DST/Aids:** Programa Municipal de DST/Aids

Discussão

5 DISCUSSÃO

A análise do fluxo pelos serviços de saúde e da vivência das mães no processo de gestação, parto e nascimento de um filho notificado como caso de SC permitiu o conhecimento do seu itinerário terapêutico, objetivado por este estudo.

Destacou-se, no perfil das mães entrevistadas, a baixa renda per capita familiar predominante, coerente com a condição de desemprego ou inserção no mercado de trabalho em áreas de serviços domésticos, apesar do alto nível de escolaridade observado.

Estudos realizados em capitais brasileiras com mães que vivenciaram a permanência, em alojamento conjunto, de seus filhos para tratamento da SC, também observaram perfil de baixa renda vinculado às atividades domésticas maternas (SILVA; SANTOS, 2004; VICTOR et al., 2010).

Por outro lado, da mesma forma que a presente investigação, estudo que objetivou avaliar a incidência de SC no Ceará, também evidenciou casos entre mães com alto nível de escolaridade (COSTA et al., 2013).

Com relação às características comportamentais, destacou-se o consumo de drogas ilícitas entre algumas mães. Investigação internacional recente demonstrou uso de cocaína e crack durante a gestação associado à SC (QIN et al., 2014).

Destaca-se, ainda, o fato de algumas mães já terem tido sífilis em gestações anteriores, assim como, tido outros filhos com SC, demonstrando tratamento inadequado, e/ou reinfecção, corroborando resultados de estudo realizados em Porto Alegre-RS, entre os anos de 1997 e 2004, que também identificou sífilis em gestações subsequentes (HEBMULLER; FIORI, LAGO, 2015).

A análise do fluxo das mães pelos serviços de saúde demonstrou que a maioria delas realizou o pré-natal em unidades de atenção básica e, quando necessário, foram encaminhadas para o serviço de referência, coerente com a política nacional. Esta prevê que o pré-natal de baixo risco ocorra na atenção básica e, aquele com risco gestacional, seja realizado em nível de maior complexidade da rede de atenção materno-infantil (BRASIL, 2011a).

A despeito do MS preconizar início do pré-natal em até 120 dias da gestação (BRASIL, 2005) parte das mães incluídas neste estudo iniciou o pré-natal no terceiro trimestre de gestação, o que implicou em rastreamento e diagnóstico tardio da sífilis, inclusive, para uma delas, este ocorreu no momento do parto. Estudos realizados

em outras realidades também observaram o início tardio do pré-natal em mães que tiveram filhos com SC (WHO, 2012; ZAMMARCHI, 2012).

O diagnóstico de sífilis na mãe, por ocasião do parto, também vem sendo reportado em estudos nacionais e internacionais, incluindo países desenvolvidos (LIMA et al., 2013; PATEL et al., 2012; TRIDAPALLI et al., 2012; RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014; ARCHANA et al., 2014).

O início tardio do pré-natal, segundo as mães participantes do estudo, se deu em função de gravidez não planejada e, na maioria dos casos, não desejada, medo da revelação para a família, demora na sua percepção, no processo de aceitação e opção pela continuidade da gestação, conforme exemplificado nos depoimentos anteriores.

Recente estudo nacional realizado por Viellas et al. (2014) também observou, dentre as principais razões para o início tardio do pré-natal, aquelas de cunho pessoal, como o não desejo e insatisfação com a gravidez, além da tentativa de sua interrupção e “não saber que estava grávida”. Diferindo da presente investigação, apontou barreiras de acesso como importante razão para retardamento do acompanhamento pré-natal, não exposta pelas mães entrevistadas.

A descoberta da sífilis durante a gestação foi inesperada e despertou sentimentos negativos como: medo, angústia, desespero, depressão e pânico, causados pela preocupação com sua própria saúde, mas, especialmente, com a possibilidade de perder o filho ou deste nascer com malformações. A convivência com tais sentimentos no período gestacional implicou muito sofrimento.

Estudos semelhantes realizados no Ceará que objetivaram compreender as vivências de mulheres com sífilis evidenciaram que as participantes revelaram sentimentos negativos como tristeza perante a revelação diagnóstica da sífilis. (CAVALCANTE et al., 2012; SILVA et al., 2015).

Por se tratar de diagnóstico de uma IST foi inevitável que as mães investigadas fizessem uma reflexão sobre seus relacionamentos sexuais. Para várias, além do sofrimento pela preocupação com o desfecho da sífilis na gestação, o diagnóstico implicou decepção de terem sido infectadas pelos seus parceiros fixos, em quem confiavam e a quem passaram a culpabilizar. Em alguns casos, os sentimentos e desentendimentos gerados pela quebra da confiança implicaram no rompimento do relacionamento.

Estudos nacionais com puérperas soropositivas para sífilis evidenciaram que estas atribuíram aos seus parceiros a responsabilidade da transmissão da mesma. (BRITO, 2008; SILVA, 2004). Brito (2008), também ressaltou que essas mães perdem a confiança nos parceiros perante a descoberta da contaminação pela sífilis e a configuram como um ato de infidelidade.

Por outro lado, algumas mães não conseguiram identificar no casal quem foi a fonte de infecção, uma vez que se relacionaram sexualmente com outros parceiros anteriores à gestação. Dado também corroborado no mesmo estudo de Brito (2008).

O temor pela revelação do diagnóstico de uma IST que poderia levar a atitudes preconceituosas e discriminatórias também compôs o itinerário terapêutico das mães participantes desta investigação. Uma delas relatou a dolorosa vivência de discriminação por familiar e outra, por profissional da saúde. Em outros estudos, observou-se que mulheres com diagnóstico de sífilis, com intuito de evitar o preconceito, omitem o diagnóstico dos próprios familiares (BRITO, 2008; CAVALCANTE et al., 2012).

Destacaram-se, ainda, no itinerário terapêutico, várias questões relacionadas ao tratamento da sífilis na gestação: demora no seu início, não finalização no período recomendado, não tratamento do parceiro e questões relativas à percepção das mães sobre este.

Apesar da maioria das mães terem realizado teste diagnóstico para sífilis no início do pré-natal e ter recebido a droga de escolha para o tratamento, em alguns casos, houve demora no seu início e cinco mães não o finalizaram no período recomendado.

Depreendeu-se, a partir dos depoimentos das mães, que a demora entre o diagnóstico e o início do tratamento da sífilis e necessidade de retratamento deveram-se à desinformação destas sobre o intervalo adequado entre as doses, ausência de médico na unidade de saúde para acompanhar a administração da penicilina benzatina e falta de registro e demora na busca de informações sobre tratamento anterior. Evidenciou-se, assim, perda de oportunidade na prevenção da transmissão vertical da sífilis, em função de problemas relacionados à organização do serviço de saúde.

Em recente pesquisa avaliativa realizada no Ceará, em unidades de Atenção Primária à Saúde, destacou-se a falta de recursos humanos, em especial o profissional médico, como dificultador do acesso ao pré-natal (ARAÚJO et al., 2014).

Segundo a WHO (2012), o início tardio do pré-natal é um dos entraves à eliminação da SC.

Estudo de coorte, de base hospitalar, realizado em todas as regiões brasileiras entre os anos de 2011 e 2012 evidenciou que 40% das gestantes iniciaram o pré-natal após a 12ª semana, o que pode não permitir o tratamento para sífilis em tempo oportuno. Outro dado interessante encontrado foi que apenas 50% dos profissionais pré-natalistas relataram realizar o aconselhamento prévio e posterior à testagem para o HIV e sífilis. (DOMINGUES; SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2014).

A presente investigação demonstrou predominância de parceiros não tratados para sífilis. Dentre as várias razões identificadas destacaram-se a interrupção do relacionamento, levando à perda de contato, a recusa do tratamento, a condição de privação de liberdade e a sorologia para sífilis não reagente.

Estudo realizado em 2008, que analisou o perfil sociodemográfico e comportamental de parceiros sexuais de parturientes com sífilis evidenciou que, parte deles foi comunicada sobre o diagnóstico de sífilis, mas isso não garantiu a realização do tratamento (CAMPOS et al., 2012). Esse resultado também foi demonstrado por Hebmuller, Fiori e Lago (2015).

Interessante destacar a percepção de uma das entrevistadas que optou por não revelar o diagnóstico após término da relação, mas reconheceu essa atitude como inadequada. A literatura vem apontando que a revelação diagnóstica de um IST ao parceiro íntimo pode levar à violência física. Esse achado está em concordância com estudos nacionais e internacional (CAMPOS et al., 2012; ANDRADE et al., 2015; MILLER et al., 2010).

Na óptica das mães participantes, o tratamento recomendado para sífilis foi apontado como um sacrifício, devido à administração da penicilina benzatina ser muito dolorosa, porém, para elas, este não foi impeditivo de realizá-lo. Suas falas destacaram motivação para o tratamento em função da prevenção dos problemas advindos da sífilis congênita, inclusive para tomar quantas injeções fossem necessárias, para que o filho nascesse bem.

Estudo anterior realizado com mulheres em geral, diagnosticadas com sífilis, apontou a dor da administração da penicilina como um dos fatores dificultadores do tratamento (CAVALCANTE et al., 2012).

Apesar do tratamento doloroso, a maioria das mães sentiu-se bem cuidada pelas equipes que realizaram o acompanhamento pré-natal. Ressaltaram em seus depoimentos o vínculo estabelecido com alguns profissionais dos serviços de saúde, que foram diferenciais no processo vivenciado. Foram especialmente destacadas as equipes de saúde da atenção básica, juntamente com as agentes estratégicas de saúde do PMDST/Aids, cujo esforço e estratégias empregados para que o tratamento adequado e em tempo oportuno ocorresse foi percebido e valorizado.

Desvelou-se o cuidado extramuros e a criatividade dessas equipes por meio da garantia do transporte, fornecimento de orientações e insumos no domicílio, além de ligações para lembrar o dia da coleta dos exames e da administração da penicilina, bem como a oportunidade de escolha da unidade de saúde de sua preferência para receber o tratamento.

No entanto, algumas mães, apesar de satisfeitas com o cuidado recebido, apresentaram críticas relacionadas à deficiência e/ou falta de clareza nas orientações fornecidas pelos profissionais, assim como na forma de buscar a adesão ao tratamento que reforçaram o medo e causaram angústia perante a perspectiva da perda do bebê, ou deste nascer com sequelas da SC.

Em 2004, no Distrito Federal foi realizado estudo com o intuito de analisar o perfil epidemiológico e a cobertura de realização do VDRL durante a gestação e o parto, em gestantes e parturientes atendidas na rede pública de saúde do Distrito Federal. Os achados deste estudo apontaram falhas na assistência e ressaltou a necessidade de se repensá-la pautada em um olhar ampliado e a escuta ativa na assistência dessas mulheres em busca de um cuidado integral (TAVARES et al., 2012).

Em investigação realizada no estado da Paraíba com médicos e enfermeiros de USF com o intuito de compreender como ocorre a abordagem desses profissionais perante as IST, destacaram-se práticas centradas em modelos biomédicos excluindo as demais dimensões humanas (RODRIGUES et al., 2011). Esse achado está em concordância com Brito (2008) o qual evidenciou que mães com sífilis tiveram a percepção da assistência pré-natal voltada, apenas para o diagnóstico e tratamento da doença.

Em um inquérito realizado com profissionais da saúde que atuam na assistência pré-natal, no município do Rio de Janeiro, com intuito de avaliar a assistência às gestantes ressaltou-se a necessidade de capacitações em

aconselhamento e temáticas que permeiam uma IST, visto que metade dos profissionais que participaram dessa investigação relatou sentir dificuldades nesse contexto. (DOMINGUES et al., 2013)

Chama à atenção, neste trabalho, a vivência da perda de um filho que resultou em profundo sofrimento para mães e familiares representados como fato mais marcantes neste itinerário terapêutico. Resultado semelhante foi verificado em pesquisa realizada com mulheres que tiveram conceptos portadores de SC em Olinda – PE, entre os anos de 2005 e 2007, que destacou o discurso de sofrimento de uma das entrevistadas pela perda do filho por uma causa evitável como a sífilis (SILVA et al., 2010).

No entanto, ainda no estudo de Silva et al. (2010) divergindo da preocupação citada anteriormente, uma das mulheres demonstrou, em seu relato, desinteresse perante a experiência da natimortalidade pela sífilis relacionada à ausência de perspectiva permeada pelo seu contexto socioeconômico.

No que diz respeito ao diagnóstico da SC, para algumas representou surpresa, tendo em vista que haviam sido adequadamente tratadas no período gestacional. Pode-se explicar esta ocorrência em função da alta sensibilidade do sistema nacional de vigilância epidemiológica da SC, que considera sinais pouco específicos, na definição de caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No estudo realizado em Maceió – AL, entre os anos de 2007 e 2008, com recém-nascidos diagnosticados com SC, segundo critérios do MS, ressaltou-se que os critérios brasileiros para diagnóstico da SC são muito sensíveis e pouco específicos. Entretanto os exames que são utilizados para o diagnóstico desta doença, logo após o nascimento, possuem uma sensibilidade baixa e são muito específicos, especialmente em assintomáticos (ROMAGUERA, 2011).

Presenciar os procedimentos diagnósticos e tratamento do bebê para SC foi apontado como o maior sofrimento vivenciado no processo. Resultados semelhantes foram observados no estudo realizado por Silva et al. (2010) ao analisar a percepção, em relação à ocorrência de SC, de mulheres que realizaram consulta pré-natal. Ressaltou-se, nesta investigação, que as mães tiveram sentimentos negativos como o medo e a preocupação perante a exposição do filho aos procedimentos necessários.

Divergindo da percepção sobre a assistência recebida no acompanhamento pré-natal, a maioria das mães relatou situações que denotaram (des) cuidados no

serviço de assistência ao puerpério e durante a internação para tratamento do bebê. Relataram acontecimentos que evidenciaram clara violência institucional e desumanização no cuidado com o binômio mãe-bebê.

Uma das mães relatou que a funcionária da maternidade responsável pelos cuidados do seu filho durante a internação congênita fez um comentário antiético que denotou na culpabilização materna pela exposição dos filhos aos procedimentos invasivos.

O MS instituiu em 2000 o Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento para suprir as necessidades relacionadas à assistência de qualidade no pré-natal, parto, puerpério e nascimento. (BRASIL, 2000). Entretanto os discursos evidenciados no presente estudo diferem dos preceitos desta política nacional.

Silva e Santos (2004) em investigação com mãe que aguardavam o tratamento do filho com SC, no alojamento conjunto em uma maternidade do Rio de Janeiro, pode evidenciar comentários em forma de julgamento dessas mulheres pela gravidez na adolescência e ainda ter um filho internado para tratamento da sífilis.

Destacou-se, também, a falta de consenso entre os profissionais pré-natalistas e pediatras evidenciada pelo não seguimento dos protocolos ministeriais, permitindo a continuidade da sífilis congênita.

A eliminação da SC está diretamente ligada ao manejo da sífilis na gestação, contemplando: o uso da penicilina benzatina nas doses e intervalos preestabelecidos, de acordo com a fase clínica da doença que deve ser finalizado em até 30 dias antes do parto e tratamento concomitante do parceiro sexual com sífilis. Deve apresentar queda de dois títulos ou títulos estáveis de sorologia não-treponêmica, se título inicial for menor ou igual a 1:4. É considerado tratamento concomitante do parceiro sexual aquele que ocorrer entre o início e término de tratamento da gestante (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2014).

No estudo realizado por Domingues et al. (2013), com profissionais pré-natalistas no município do Rio de Janeiro em relação ao manejo da sífilis na gestação, evidenciou-se pouco conhecimento em relação aos protocolos e entraves na abordagem das temáticas que envolvem as IST.

Araújo et. al (2014), em estudo avaliativo de estrutura e processo com profissionais envolvidos na assistência às gestantes com sífilis em Fortaleza, destacou que os manuais e protocolos ministeriais, em relação à sífilis, não estavam disponíveis para consulta. Outro fato que chamou a atenção foi que apenas 21,3%

das unidades primárias à saúde tinham profissionais capacitados em sífilis. Autores da pesquisa destacam a relevância de educação permanente com os profissionais atuantes nesses serviços e supervisão frequente.

Na superação do sofrimento, causado pela preocupação com a vida e saúde de seu bebê, decepção com o parceiro, dificuldades com o próprio tratamento doloroso e medo de discriminação e, posteriormente, com a vivência do nascimento do bebê com SC e seu tratamento, a maioria das mães destacou o apoio de seus familiares, em especial o suporte materno. Esses achados corroboram o estudo realizado com puérperas que tiveram seus filhos recém-nascidos internados em unidade neonatal no município de São Paulo para tratamento da sífilis congênita. Nesta investigação, os discursos maternos destacaram o apoio familiar no aspecto emocional e de poder deixar outros filhos sob seu cuidado familiar (BRITO, 2008).

Após a vivência do diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação e congênita, as mães participantes desta pesquisa tinham, em sua maioria, conhecimentos corretos, porém parciais sobre a doença, e algumas estavam equivocadas quanto a vários aspectos, especialmente achavam-na incurável. Tal fato reforça a já apontada falha de comunicação entre profissionais de saúde e as mães.

Estudo realizado com mulheres portadoras de sífilis que são acompanhadas em ESF com o intuito de compreender suas vivências perante o diagnóstico da doença demonstrou que essas mulheres desconheciam ou conheciam muito pouco sobre a sífilis, sobretudo em relação aos seus sintomas e formas de transmissão. Nossos achados não corroboraram esse resultado. Entretanto o mesmo estudo revelou que as participantes tinham conhecimento equivocado sobre esta doença como observado em nosso estudo (CAVALCANTE et al.,2012).

Evidenciou-se busca por esclarecimento em relação à sífilis e SC, em meio eletrônico, na internet, com pessoas do convívio social e em profissionais da saúde.

Pesquisa recente realizada com conselheiros e ex-conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), com o objetivo de analisar a influência da internet na autonomia do médico e do paciente e a importância dessa relação diante dos avanços tecnológicos, evidenciou que 68% dos profissionais médicos participantes da pesquisa aprovam o uso da internet pelos pacientes acreditando que esta atitude gera autonomia na tomada de decisões e impacta positivamente na relação médico paciente (MARQUE FILHO; SAAD, 2015).

Neste quesito, Silvestre et al. (2012) por meio de estudo com paciente em sala de espera, de um ambulatório no município de Tubarão- SC, avaliaram o uso da internet como ferramenta de busca de informação em saúde e levantou a hipótese de que a consulta à internet, após atendimento médico, denota insuficiência de informação ou clareza perante as condições de saúde do paciente.

Ainda no âmbito do conhecimento das mulheres sobre a doença, ficou evidente a percepção da invisibilidade da sífilis, justificada pela sua fase de latência e, como consequência, a ausência de busca pelo cuidado e manutenção da cadeia de transmissão. Esse achado foi semelhante ao estudo de Silva e Santos (2004) no discurso de uma mãe que teve seu filho internado para tratamento da SC que relatou não acreditar que teve sífilis na gestação, fato evidenciado devido à ausência de sinais e sintomas de algumas fases da doença.

Para a maioria das mulheres, o impacto da doença as fez repensar a prevenção e incorporar o uso do preservativo em suas práticas sexuais, apesar da dificuldade de negociação com os parceiros. No entanto, algumas delas continuavam a considerar apenas o pacto de fidelidade com seus parceiros como forma de prevenção.

A prática de sexo desprotegido, em especial nas relações estáveis denotam a elevada vulnerabilidade das mulheres às IST/Aids. Estudos que enfocaram vulnerabilidades ao HIV revelaram que as desigualdades de poder com base no gênero, assim como, as normas que regem as relações estáveis determinam baixo poder de negociação das mulheres em relação ao sexo seguro (MAIA; GUILHEM, 2008; MAKUD, 2009; GARCIA; SOUZA, 2010).

Destacou-se o depoimento de uma das mães entrevistadas que evidenciou sua vivência com o diagnóstico de sífilis na gestação e congênita como aprendizado e que procura compartilhar com outras mulheres, a fim de auxiliá-las na busca de resolução para seus problemas, demonstrando resiliência, apesar de todo impacto que a experiência de ter um filho com SC pode causar.

Este estudo apresenta como limitação o fato de ter sido desenvolvido localmente, entretanto, o conhecimento gerado, poderá contribuir para melhor qualificação do cuidado materno-infantil, tendo em vista a prevenção da SC, também, em outras realidades.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o itinerário terapêutico das mães investigadas foi marcado por preocupação, medo, decepção, dor, violência institucional e cuidado desumanizado que implicaram em sofrimento, que foi superado com o apoio de familiares e profissionais de saúde, e, com exceção de duas que tiveram o pior desfecho da sífilis na gestação, o óbito fetal, as demais se sentiram aliviadas, apenas, com a alta de seus bebês e verificação de seu desenvolvimento dentro dos padrões de normalidade.

Considerando-se que a totalidade das mães não planejou a gravidez e parte iniciou o pré-natal tardiamente, sugere-se intensificação das ações de planejamento reprodutivo e de busca ativa de gestantes na área de abrangência, pelas unidades de atenção básica à saúde. Tendo-se em vista a percepção das mães de deficiências nas orientações recebidas, assim como no conhecimento sobre sífilis demonstrado, sugere-se educação permanente das equipes de saúde e uso de tecnologias educativas com linguagem clara que alcancem o objetivo de informar adequadamente as gestantes com diagnóstico de sífilis.

Levando em conta, ainda, o destaque dado pelas mães ao cuidado desumanizado e violência institucional, recomendam-se ações planejadas junto às equipes do serviço de atenção ao parto e nascimento no sentido de reestruturação do cuidado prestado ao binômio mãe-bebê.

Considera-se, por fim, que este estudo vem contribuir para o planejamento de ações mais abrangentes, voltadas ao cuidado integral de gestantes com diagnóstico de sífilis e à prevenção da SC, à medida que levanta uma série de dificuldades enfrentadas por essas mães no processo de gestação, parto e nascimento de seu filho no contexto sociocultural e programático de vulnerabilidade de mulheres que vivenciaram esta experiência.

Referências

REFERÊNCIAS

- Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38.
- Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):479-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300010>.
- Araújo MAL, Barros VL, Moura HJ, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cad Saúde Colet*. 2014;22(3):300-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030012>.
- Araújo MAL, Silveira CB. Vivências de mulheres com diagnóstico de Doença Sexualmente Transmissível - DST. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(3):479-86.
- Archana BR, Prasad SR, Beena PM, Okade R, Sheela SR, Beeregowda YC. Maternal and congenital syphilis in Karnataka, India. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2014;45(2):430-4.
- Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-26.
- Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Beeram MR, Chopde N, Dawood Y, Siriboe S, Abedin M. Lumbar puncture in the evaluation of possible asymptomatic congenital syphilis in neonates. *J Pediatr*. 1996;128(1):125-9.
- Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/AIDS. C.V.E. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2012.
- Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/AIDS. C.V.E. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2013. Ano XXX, Nº 1, período de 1º de Julho de 2012 a 30 de Junho de 2013.
- Brito APA. A experiência de ter um filho internado em unidade neonatal para tratamento de sífilis congênita [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.
- Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(11):4433-42.

Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(9):397-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>.

Campos ALA, Araujo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: uma agravo sem controle. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(9):1747-55.

Campos JEB. Significado clínico dos baixos títulos de VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) para a sífilis em gestantes, à luz das provas Treponêmicas [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/ Fio Cruz; 2006.

Carvalho FT, Moraes NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à resiliência em pessoas que vivem com HIV/aids. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(9):2023-33.

Cavalcante AES, Silva MAM, Rodrigues ARM, Mourão Netto JJ, Moreira ACA, Goyanna NF. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2012;24(4):239-45.

Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):152-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100019>.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu).* 2010;14(33):257-70.

Cruz AR, Castrillón MA, Minotta AY, Rubiano LC, Castaño MC, Salazar JC. Gestational and congenital syphilis epidemic in the Colombian Pacific Coast. *Sex Transm Dis.* 2013 Oct;40(10):813-8. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000020.

Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica.* 2013;47(1):147-57. doi:10.1590/S0034-89102013000100019.

Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2012; 12(3):269-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000300007>.

Domingues RMSM, Mello LL, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(5): 1341-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100019>.

- Duarte G, Coutinho CM. Sífilis e gravidez. In: Belda W Jr, editor. Doenças sexualmente transmissíveis. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 19-34.
- Figueiredo EM, Vianna LAC, Peixe MB, Ramos VM, Succi RCM. The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. *An Acad Bras Cienc.* 2009; 81(3):551-8.
- Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cienc Saude Colet.* 2005;10(1):105-9.
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1):17-27.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e desenvolvimento regional. Portal de estatísticas do estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: Fundação Sead; 2014 [acesso 26 Out 2014]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>
- Galatoire PSA, Rosso JA, Sacae TM. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *ACM Arq Catarin Med [Internet].* 2012 [acesso 26 Out 2014];41(2):26-32. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/924.pdf>
- Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* 2010;19 Supl 2:9-20.
- Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica.* 2006;22(11):2449-63.
- Goldenberg M. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro: Record; 1997.
- Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(5):901-11.
- Granger G. *Pensée formelle et sciences de l'homme.* Paris: Aubier Montaigne; 1967.
- Guimarães LM, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(2):499-506. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500021>.
- Hebmuller MG, Fiori HH, Lago EG. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(9):2867-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20332014>.

Hong F-C, Yang Y-Z, Liu X-L, Feng T-J, Liu J-B, Zhang C-L, et al. Reduction in mother-to-child transmission of syphilis for 10 years in Shenzhen, China. *Sex Transm Dis.* 2014;41(3):188-93. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000097.

Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med.* 1978;12:85-93.

Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture.* Berkeley: University of California Press; 1980.

Lima BGC. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2004;28(1):9-18.

Lorenzi DRS, Fiaminghi LC, Artico GR. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina.* 2009;37(2):83-90.

Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun Ciênc Saúde.* 2011;22 Supl 1:S43-54 .

Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(2):242-8.

Maksud I. O discurso da prevenção da aids frente às lógicas de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. *Physis (Rio J).* 2009;19(2):349-69.

Marques CPC, organizador. *Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha.* São Luís: Universidade Federal do Maranhão UNA-SUS/UFMA; 2015.

Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Rev Bioét.* 2015;23(2):304-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232069>.

Martinez HA. *Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente.* Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril; 2006. Texto de apoio.

Matos IB. O itinerário terapêutico: as práticas curativas de agricultoras de Joaçaba (SC). *Grifos.* 2000:101-24.

Menezes EV, Yakoob MY, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9 Suppl 1:S4.

Merino MFGL, Marcon SS. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(6):651-8.

Miller E, Decker MR, Raj A, Reed E, Marable D, Silverman JG. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Matern Child Health J.* 2010;14(6):910-7. doi:10.1007/s10995-009-0520-z.

Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade.* 18a ed. Petropolis:Vozes; 2001.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 9a. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso 10 Jan 2010]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.

Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 30 Abr 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

Ministério da Saúde (BR). Portaria No 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. 2011 [cited 2014 Jan 2]. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111513-portaria-no-3242-de-30-de-dezembro-de-2011.html>

Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. 2011 [acesso 16 Jan 2015]. Disponível em: <http://goo.gl/PkrXAJ>.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. departamento de DST, Aids e hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.* Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. 2015.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Ministério da Saúde (BR). Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de situação: Tocantins. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (BR). Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014

Misericórdia Botucatuense [Internet]. Botucatu; 2014 [acesso 25 Mar 2014]. Disponível: <http://www.misericordiabotucatuense.com.br/>

Mussi FC, Passos LCS, Menezes, AA, Carameli, B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(3):234-9.

Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Villas Bôas EL. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34(2):56-62. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200003>.

Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [acesso 12 Out 2015]. Disponível em: whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851_por.pdf

Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents. Rev Saúde Pública. 2008;42 Supl 1:45-53.

Pan-American Health Organization. Elimination of congenital syphilis. Bull Pan Am Health Organ. 1995;29:364-8.

Pascom ARP, Szwarcwald CL. Desigualdades por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. Cad Saúde Pública. 2011;27 Suppl 1:s27-s35 .

Passos MRL, Nahn Junior EP, Almeida Filho GL. Sífilis adquirida. In: Passos MRL. Dessetologia, DST . 5a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 189-213.

Patel SJ, Klinger EJ, O'Toole D, Schillinger JA. Missed opportunities for preventing congenital syphilis infection in New York City. Obstet Gynecol. 2012;120(4):882-8.

Portal da Saúde. Sífilis congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 30 Mar 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS286DF0DA_PTBRIE.htm.

Qin J-B, Feng T-J, Yang T-B, Hong F-C, Lan L-N, Zhang C-L, et al. Synthesized prevention and control of one decade for mother-to-child transmission of syphilis and determinants associated with congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in Shenzhen, South China. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2014;33:2183-98.

Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. 264 p.

Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MA, Pontes RJ. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública*. 2007;23 Suppl 3:S370-8.

Ramos Jr, Alberto N. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saude Publica*. 2007;23(suppl.3):S370-S8.

Ramos VM, Figueiredo EN, Succi RCM. Barriers to control syphilis and HIV vertical transmission in the health care system in the city of Sao Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):887-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400040008>.

Rangel da Silva L, Silva Santos RD. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004;8(3):393-401.

Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):851-8.

Rodrigues LMC, Martiniano CS, Chaves AEP, Azevedo EB, Uchoa SAC. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis Em unidades básicas de saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):63-9.

Romaguera LMD. *Sífilis congênita segundo critérios diagnósticos no Brasil: comparação entre recém-nascidos com e sem diagnóstico definidos por exames padrão ouro [dissertação]*. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2011.

São Paulo. Centro de referências e Treinamentos em DST/AIDS. *guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita*. São Paulo: Centro de referências e Treinamentos em DST/AIDS; 2010.

Santana ACS. *Itinerário terapêutico de trabalhadores rurais em duas comunidades de Cachoeira Bahia [dissertação]*. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1996.

Santos, RS, Silva, LR. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2004, Dez 8; 8(3): 392-401.

Santos NTV. Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

Saraceni V. Sífilis congênita. In: Passos MRL. *Deesetologia*. 5a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 215-24.

Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa estadual de DST/Aids. Centro de referência e Treinamento DST/Aids. Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em gestante e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2014.

Secretaria de Estado da Saúde. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no estado de São Paulo. *Rev Saúde Publica*. 2011;45(4):812-5.

Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):401-6. doi:.

Silva MAM, Sousa AJC, Albuquerque ES, Moreira ACA, Martins KMC. Sentimentos de gestantes com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm UFPI*. 2015;4(2):84-91.

Silva MRF, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages I. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev APS*. 2010;13(3):301-9.

Silvestre JCC, Rocha PAC, Silvestre BC, Cabral RV, Trevisol FS. Uso da internet pelos pacientes como fonte de informação em saúde e a sua influência na relação médico-paciente. *Rev AMRIGS*. 2012;56(2):149-55.

Sousa LB, Pinheiro AKB. Doenças sexualmente transmissíveis na relação estável: perspectivas para o cuidado usando modelo Sunrise. *Rev Rene*. 2011;12(3):478-86.

Szwarcwald CL, Barbosa Jr A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3/4):128-33.

Talhari S, Talhari C. Sífilis. In: Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. 3a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p. 1265-71.

Tavares LHLC, Silva O, Paz LC, Lopes LAB, Oliveira MLC, Macedo MML, et al. Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na rede pública do Distrito Federal. *Enferm Foco*. 2012;3(1):29-35.

Tramont EC. *Treponema pallidum* (Syphilis). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7a ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. p. 3035-53.

Trepka MJ, Bloom SA, Zhang G, Kim S, Nobles RE. Inadequate syphilis screening among women with prenatal care in a community with a high syphilis incidence. *Sex Transm Dis*. 2006;33(11):670-4.

Tridapalli E, Capretti MG, Reggiani MLB, Stronati M, Faldella G. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012;97:F211-F213. doi:10.1136/adc.2010.183863

Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16:211-7.

Velho G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: VELHO, G. Individualismo e cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.

Víctor JF, Barrosoll LMM, Teixeira APV, Aires AS, Araújo IM. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. *Rev Eletron Enferm [Internet]*. 2010 [acesso 30 Marc 2015];12(1):113-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a14.htm>.

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa J, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S85-S100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD001143. DOI: 10.1002/14651858.CD001143.

Woods CR. Congenital syphilis –persisting pestilence. *Pediatr Infect Dis J*. 2009;28(6):536-7.

World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: WHO; 2012.

World Health Organization. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Geneva: WHO; 2011.

Zammarchi L, Borchì B, Chiappini E, Galli L, Brogi M, Sterrantino G, et al. Syphilis in pregnancy in Tuscany, description of a case series from a global health perspective. *J Mater Fetal Neonat Med*. 2012;25(12):2601-5.

*Anexos e
Apêndices*

ANEXOS

ANEXO I



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO
SÍFILIS EM GESTANTE

Nº

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêm reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) O98.1	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
Dados Complementares do Caso				
Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL			36 Classificação Clínica
	1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado			
Tratamento gestante	37 Resultado dos Exames			
	38 Título			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	39 Data			
	40 Teste treponêmico no pré-natal			
41 Esquema de tratamento prescrito à gestante				
42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante				
43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro				

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: _____</p>		
	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
Investigador	Nome	Função	Assinatura

GEST_SIF_NET

11/03/2010

COREL

MR

Sifilis em gestante

Sinan NET

SVS

29/09/2008

ANEXO II



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO
SÍFILIS CONGÊNITA

Nº

Definição de caso:

Primeiro critério: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes terapêuticos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente a evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto critério: toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema Pallidum* em placenta ou cordão umbelical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9			
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação		
	Código (IBGE)		6		7	
	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	Data do Diagnóstico		
Dados de Residência	8		Nome do Paciente		9	
	Data de Nascimento		10		(ou) Idade	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11	Sexo	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12
	13		Raça/Cor		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
Dados de Residência	14		Escolaridade			
	15		Número do Cartão SUS		16	
	Nome da mãe		17		UF	
	18		Município de Residência		Código (IBGE)	
	19		Distrito			
	20		Bairro		21	
	Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22		Número		23	
Complemento (apto., casa, ...)		24		Geo campo 1		
Dados Complementares	25		Geo campo 2		26	
	Ponto de Referência		27		CEP	
	28		(DDD) Telefone		29	
	Zona		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30	
	Pais (se residente fora do Brasil)		31		Idade da mãe	
	32		Raça/cor da mãe		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	33		Ocupação da mãe			
	34		Escolaridade		0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	
	35		Realizou Pré-Natal nesta gestação		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	36		UF		37	
Dados do Lab. da gestante / mãe	38		Município de Realização do Pré-Natal		Código (IBGE)	
	39		Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código	
	40		Diagnóstico de sífilis materna		1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado	
Trat. da gestante / mãe	41		Teste não treponêmico no parto/curetagem		1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	
	42		Título		1:	
	43		Data			
Trat. da gestante / mãe	44		Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem		1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	
	45		Esquema de tratamento		1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado	
	46		Data do Início do Tratamento			
47		Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
SÍFILIS CONGÊNITA		09/01/2008		COREL MR		
Sinan NET		SVS		05/12/2007		

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título 1:		52 Data
Dados do Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado		56 Título 1:		54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		57 Data		
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 4 - Outro esquema _____ 5 - Não realizado 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado			66 Data do Óbito	
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função		Assinatura	

ANEXO III

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE SÍFILIS CONGÊNITA

Nome da gestante/ puérpera _____ Mat _____

Data Provável do Parto (DPP): ___/___/___ Profissional _____

Datas das visitas:

Datas das consultas de Pré-Natal e local: (ex.: 07/01/15 Peabiru, se todas na mesma unidade, colocar no final o local)

Anexo de Carteirinha () SIM () NÃO

Observações: _____

Vacinação de HeP. B completa com 3 doses () sim () não Anti HBS () reagente () não reagente

Se não vacinada foi encaminhada para Unidade de Saúde () Sim () Não

Exames

HIV 1º tri: () reagente () não reagente HIV 3º tri: Resultado () reagente () não reagente

Se HIV + foi encaminhada () sim () não () local: _____

Sífilis: Treponêmico() reagente () não reagente Titulação do VDRL ____ data da coleta

Conferir realização de VDRL mensal até alta.

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL_____

Notificação da gestante: () sim () não

Tratamento:

Indicado por: () UBS/USF () Unesp () Particular () outro _____

Medicação _____ Posologia (dose) _____

Data das aplicações (1º dose) ___/___/___ (2º dose) ___/___/___ (3º dose) ___/___/___

Verificado receita () sim () não Verif. prontuário () sim () não

Retratamento:

Indicado por: () UBS/USF () Unesp () Particular () outro _____

Medicação _____ Posologia (dose) _____

Data das aplicações (1º dose) ___/___/___ (2º dose) ___/___/___ (3º dose) ___/___/___

Verificado receita () sim () não Verif. prontuário () sim () não

Nome do Parceiro (s) _____ **Mat.:** _____

Notificação do parceiro () sim () Não **Tratamento do parceiro** () sim () Não

Tratamento:

Indicado por: () UBS/USF () Unesp () Particular () outro _____

Medicação _____ Posologia (dose) _____

Data das aplicações (1º dose) ___/___/___ (2º dose) ___/___/___ (3º dose) ___/___/___

Completo tratamento: () sim () Não **Verificado receita** () sim () não **Prontuário** () sim () não

Retratamento:

Indicado por: () UBS/USF () Unesp () Particular () outro _____

Medicação _____ Posologia (dose) _____

Data das aplicações (1º dose) ___/___/___ (2º dose) ___/___/___ (3º dose) ___/___/___

Verificado receita () sim () não **Verif. prontuário** () sim () não

Teste Treponêmico () reagente () não reagente Data da coleta: ___/___/___

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL _____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL _____

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL _____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL _____

Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL _____ Data da coleta ___/___/___ Titulação do VDRL _____

Tipo de parto: () normal () cesárea () Aborto _____ () outro _____

Nome do Bebê: _____ **MAT:** _____ **Data parto:** ___/___/___

Local do parto: _____ **notificado:** () sim () não

Exames no momento do parto:

VDRL: () Reagente () Não reagente () não realizado () Ignorado Título: _____

Alteração de RX: () sim () não () Não Realizado () Ignorado

Líquor: () Reagente () Não reagente () não realizado () Ignorado Título: _____

Alteração Líquórica: () sim () não () Não Realizado () Ignorado

Presença de sinais e sintomas: () sim () não () não se aplica () Ignorado

Se sim, quais? _____

Esquema de tratamento: _____

EXAMES DO RN

Ao nascer Data da coleta ___/___/___ Treponêmico _____ Titulação do VDRL _____ () Não colheu

1 mês Data da coleta ___/___/___ Treponêmico _____ Titulação do VDRL _____ () Não colheu

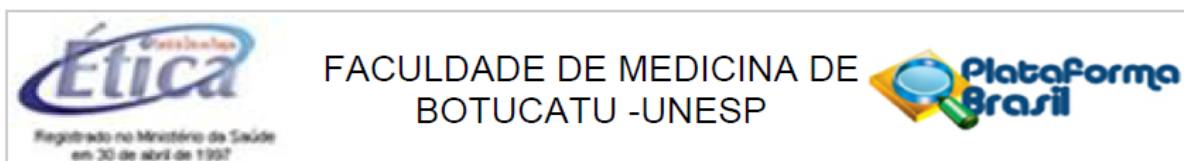
3 meses Data da coleta ___/___/___ Treponêmico _____ Titulação do VDRL _____ () Não colheu

6 meses Data da coleta ___/___/___ Treponêmico _____ Titulação do VDRL _____ () Não colheu

12 meses Data da coleta ___/___/___ Treponêmico _____ Titulação do VDRL _____ () Não colheu

18 meses Data da coleta ___/___/___ Treponêmico _____ Titulação do VDRL _____ () Não colheu

ANEXO IV



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS (DES) CAMINHOS DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU / SÃO PAULO

Pesquisador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38316214.3.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.141.176

Data da Relatoria: 06/07/2015

Apresentação do Projeto:

Tratam os autos de emenda enviada pela orientada Profª Drª Marli Teresinha Cassamassimo Duarte no sentido de alterar o responsável pelo Projeto acima citado para: Vivian Sauer Torres da Silva (aluna de Mestrado, uma vez que a mesma está constando somente da equipe de estudo.

Solicita também a orientada a inclusão de um Sub-Projeto, cujo título é "Análise do fluxo pelos serviços de saúde de mães que tiveram filhos com sífilis congênita em um município do interior paulista cujo objetivo é analisar o fluxo pelos serviços de saúde das mães que tiveram filhos com sífilis congênita em um município do interior paulista, assim como as desconformidades com o protocolo estabelecido para prevenção da sífilis congênita e será desenvolvido pela aluna de iniciação científica Michelle Ozaki de Almeida.

Objetivo da Pesquisa:

Constante do parecer inicial 892.147 (Do projeto de Vivian Sauer Torres da Silva)

Quanto aos objetivos do projeto de Michelle Ozaki de Almeida é analisar o fluxo pelos serviços de saúde das mães que tiveram filhos com sífilis congênita em um município do interior paulista, assim como as desconformidades com o protocolo estabelecido para prevenção da sífilis.

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

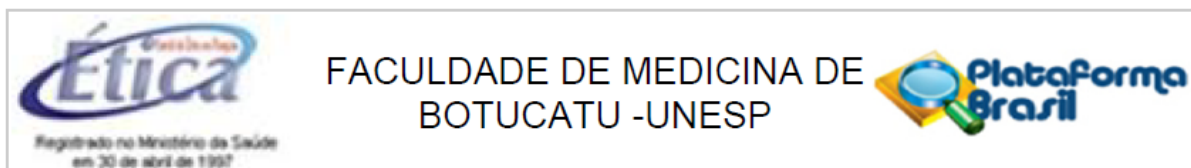
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.141.176

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

constante do parecer nº 892.147

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de Mestrado a ser conduzido por Vivian Sauer Torres da Silva e de Iniciação científica a ser conduzido por Michelle Ozaki de Almeida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam do Parecer inicial 892.147

Recomendações:

Apresentação de Relatórios Finais de Atividades tanto do Projeto de Mestrado quanto do Projeto de Iniciação científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação:

1. Passando para investigador principal Vivian Sauer Torres da Silva com objetivo de Dissertação de Mestrado sobre a orientação da Profª Drª Marli Teresinha Cassamassimo Duarte;

2. Inclusão do Sub-Projeto: "Análise do fluxo pelos serviços de saúde de mães que tiveram filhos com sífilis congênita em um município do interior paulista cujo objetivo é analisar o fluxo pelos serviços de saúde das mães que tiveram filhos com sífilis congênita em um município do interior paulista, assim como as desconformidades com o protocolo estabelecido para prevenção da sífilis congênita e será desenvolvido pela aluna de iniciação científica Michelle Ozaki de Almeida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

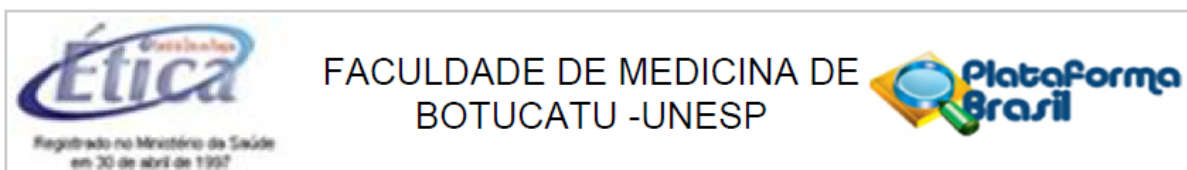
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP em reunião de 06/07/2015 APROVOU:

1. Passando para investigador principal Vivian Sauer Torres da Silva com objetivo de Dissertação de Mestrado sobre a orientação da Profª Drª Marli Teresinha Cassamassimo Duarte;

2. Inclusão do Sub-Projeto: "Análise do fluxo pelos serviços de saúde de mães que tiveram filhos com sífilis congênita em um município do interior paulista cujo objetivo é analisar o fluxo pelos

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.141.176

serviços de saúde das mães que tiveram filhos com sífilis congênita em um município do interior paulista, assim como as desconformidades com o protocolo estabelecido para prevenção da sífilis congênita e será desenvolvido pela aluna de iniciação científica Michelle Ozaki de Almeida.

BOTUCATU, 07 de Julho de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

APENDICES

APÊNDICE I

- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da coleta: __/__/__ Local da entrevista: _____

SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Unidade de Saúde de referência: _____

Zona: (0) urbana (1) rural Fone: _____

Idade: _____ Cor da pele: (0)branca (1) preta (2) parda (3) amarela (4) indígena

Estado civil: (0)casada/união estável (1)solteira (2)separada (3)divorciada (4)viúva

Anos de estudo concluído: _____ Ocupação: _____

Renda familiar (salários mínimos): _____

Nº. de pessoas que dependem da renda: _____ Renda per capita: _____

COMPORTEMENTAIS

Idade da 1ª. Relação sexual: _____ Número de parceiros sexuais na vida: _____

Você teve parceiro sexual eventual na vida: (0) não (1) sim

Você já fez sexo na vida por algum benefício? (0) não (1) sim

Usa preservativo: (0) nunca (1) toda relação (2) às vezes .

Por que não? _____

Usa preservativo no sexo oral? (0) nunca (1) toda relação (2) às vezes

DURANTE A GESTAÇÃO CUJO BEBÊ NASCEU COM SÍFILIS CONGÊNITA

Vivia com o pai do bebê na época da gestação (0) não (1) sim

Vivia com o pai do bebê na época do parto: (0) não (1) sim

Quantos parceiros sexuais você teve? _____ Você teve parceiro eventual? (0) não (1) sim

Você fez sexo por algum benefício? (0) não (1) sim

Você usou bebida alcoólica? (0) Não utilizava (1) Eventual (2) Uma vez na semana

(3) Duas a três vezes na semana (4) Uso diário

Você usou alguma droga? (0) não (1) maconha (2) cocaína (3) crack (4) outras _____

Você utilizava preservativo? (0) nunca (1) toda relação (2) às vezes

Por que não? _____

Você utilizava preservativo no sexo oral? (0) nunca (1) toda relação (2) às vezes

Antecedente obstétrico: G ____ A ____ P ____ C ____

História de sífilis anterior: (0) não (1) sim. Se sim, quando _____

História de outras DST: (0) Não (1) Infecção pelo HIV (2) Hepatite B (3) hepatite C (4) Outras

Qual: _____

Já tinha tido filho com sífilis congênita anteriormente (0) não (1) sim. Quando: _____

Unidade de realização do pré-natal: _____

Nº de consultas de pré - natal: _____

Trimestres de solicitação da sorologia para sífilis: (0) 1º trimestre (1) 2º trimestre (2) 3º trimestre

Tempo ocorrido entre a solicitação da sorologia para sífilis e aplicação da primeira dose de penicilina benzatina: _____

Trimestre da gestação em que a sífilis foi diagnosticada: (0) 1º trimestre (1) 2º trimestre (2) 3º trimestre

Classificação clínica: (0) primária (1) secundária (2) terciária (3) latente (4) Ignorada

Teste não treponêmico no pré-natal (0) não reagente (1) reagente (2) não Realizado (3) Ignorado **Título do exame não treponêmico (Data e Titulação):** _____

Teste treponêmico no pré-natal: (0) não reagente (1) reagente (2) não Realizado (3) Ignorado

Esquema de tratamento prescrito a gestante: (0) Não realizado (1) Penicilina G benzatina 2.400.000 UI (2) Penicilina G benzatina 4.800.000 UI (3) Penicilina G benzatina 7.200.000 UI (4) Outro Esquema (5) ignorado

Esquema prescrito estava de acordo com o protocolo do MS: (0) não (1) sim (2) não realizado

Número de doses tomadas (dose de 1.200.000UI): _____ Intervalo entre as doses: (0) menor que 7 dias (1) 7 dias (2) 8 dias (3) maior que 8 dias (4) não se aplica Quantos dias _____

Gestante realizou o tratamento há pelo menos 31 dias antes do parto? (0) não (1) sim

VDRL mensal após tratamento? (0) não (1) sim - Se não, Por que? _____

Seguimento Sorológico (Data e titulação): _____

Retratamento: (0) não (1) sim

Esquema prescrito estava de acordo com o protocolo do MS: (0) não (1) sim (2) não se aplica

Número de doses tomadas (dose de 1.200.000UI): _____ Intervalo entre as doses: (0) menor que 7 dias (1) 7 dias (2) 8 dias (3) maior que 8 dias (4) não se aplica . Quantos dias _____

VDRL mensal após tratamento? (0) não (1) sim . Se não por que? _____

Seguimento Sorológico(data e titulação): _____

Foi encaminhada para coleta de líquido: (0) não (1) sim (data e titulação): _____

DADOS DO PARCEIRO

Parceiro tratado concomitantemente a gestante: (0) não (1) sim (3) ignorado

Esquema de tratamento prescrito ao parceiro: (0) Penicilina G benzatina 2.400.000 UI (1) Penicilina G benzatina 4.800.000 UI (2) Penicilina G benzatina 7.200.000 UI (3) Outro Esquema (4) não Realizado (5) ignorado

Esquema prescrito estava de acordo com o protocolo do MS: (0) não (1) sim (2) não realizado

Número de doses tomadas (dose de 1.200.000 UI): _____ **Intervalo entre as doses:** (0) menor que 7 dias (1) 7 dias (2) 8 dias (3) maior que 8 dias (4) não se aplica. Quantos dias? _____

VDRL trimestral após tratamento? (0) não (1) sim. Se não por que? _____

Seguimento Sorológico (data e titulação):

Motivo para o não tratamento do parceiro: (0) Parceiro não teve mais contato com a gestante (1) Parceiro não foi comunicado/convocado a US para tratamento (2) Parceiro foi comunicado/convocado a US e não compareceu (3) Comunicado/convocado a US mas recusou tratamento (4) Parceiro com sorologia não reagente (5) Outro motivo _____

Retratamento: (0) não (1) sim

Esquema prescrito estava de acordo com o protocolo do MS: (0) não (1) sim (2) não realizado

Número de doses tomadas (dose de 1.200.000 UI): _____ **Intervalo entre as doses:** (0) menor que 7 dias (1) 7 dias (2) 8 dias (3) maior que 8 dias (4) não se aplica. Quantos dias? _____

VDRL trimestral após tratamento? (0) não (1) sim. Se não por que? _____

Seguimento Sorológico(data e titulação): _____

O parceiro usava droga? (0) não (1) desconhece (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) outras _____

Seu parceiro usava bebida alcoólica? (0) Não utilizava (1) desconhece (2) Eventual (3) Uma vez na semana (4) Duas a três vezes na semana (5) Uso diário

Anexo em carteira de gestante? (0) não (1) sim. Se não por que? _____

RELATIVAS AO PARTO

Local de ocorrência do parto: (0) maternidade Unesp (1) maternidade misericórdia/Unimed (3) outros

O diagnóstico foi realizado no parto? (0) não (1) sim

Data do parto: _____

Tipo de parto: (0) vaginal (1) cesárea

Idade gestacional: _____

RELATIVAS À CRIANÇA QUE NASCEU COM SÍFILIS CONGÊNITA

Sexo (0) M (1) F **cor:** (0) branca (1) preta (2) amarela (3) parda (4) indígena (5) ignorado

Diagnóstico da sífilis materna: (0) Durante o pré-natal (1) No momento do parto (2) Após o parto

Teste não treponêmico em sangue periférico: (0) Não reagente (1) Reagente (2) Não Realizado (3) Ignorado

Teste não treponêmico sangue periférico (data e titulação) _____

Teste não treponêmico sangue periférico menor ou igual ao da mãe: (0) não (0) sim

Teste não treponêmico no líquido: (0) Não reagente (1) Reagente (2) Não Realizado (3) Ignorado

Teste não treponêmico no líquido (data e titulação): _____

Evidência de *T pallidum*: (0) não (1) sim (2) Não Realizado (3) Ignorado

Alteração liquórica: (0) não (1) sim (2) Não Realizado (3) Ignorado

Alteração do exame dos ossos longos: (0) não (1) sim (2) Não Realizado (3) Ignorado

Diagnóstico Clínico: (0) Assintomático (1) Sintomático (2) Não se aplica (3) ignorado

Presença de sinais e sintomas:

Icterícia: (0) não (1) sim (2) Não se aplica (3) Ignorado;

Anemia: (0) não (1) sim (2) Não se aplica (3) Ignorado

Esplenomegalia: (0) não (1) sim (2) Não se aplica (3) Ignorado

Osteocondrite: (0) não (1) sim (2) Não se aplica (3) Ignorado

Rinite muco sanguinolenta: (0) não (1) sim (2) Não se aplica (3) Ignorado

Hepatomegalia: (0) não (1) sim (2) Não se aplica (3) Ignorado

Lesões Cutâneas: (0) não (1) sim (2) Não se aplica (3) Ignorado

Pseudoparalisia: (0) não (1) sim (2) Não se aplica (3) Ignorado

Outras: _____

Esquema de tratamento prescrito ao RN:

(0) Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias

(1) Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias

(2) Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia

(3) Outro Esquema

(4) Não realizado

(5) Ignorado

Tratamento foi de acordo com o protocolo do MS: (0) não (1) sim (1) não realizado

Evolução do caso: (0) Vivo (1) Óbito por sífilis congênita (2) Óbito por outras causas (3) aborto (4) natimorto (5) ignorado

Motivo do diagnóstico de Sífilis Congênita:

(0) Gestante não realizou o tratamento adequadamente. Porque _____

(1) Gestante realizou o tratamento menos de 31 dias do parto

(2) Exame não treponêmico (VDRL) não teve queda de titulação em no mínimo 4 vezes

(3) Reinfecção por sífilis

(4) Pré-natal tardio

(5) Faltava anotação na carteira da gestante

(6) Parceiro não tratado. Porque _____

(7) Bebê com exame não treponêmico (VDRL) maior que o da mãe/ gestante

(8) bebê com sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita. Qual: _____

(9) alteração laboratorial, líquórica, de RX ou evidência de *T. pallidum*. Qual _____

APÊNDICE II

Questão norteadora

Você poderia me falar sobre a gestação e o nascimentos do seu bebê no ano de 2013/2014?

Questões subsidiárias

Durante seu pré-natal em que momento você recebeu a notícia que estava com sífilis? Fale-me sobre isso. (sentimentos, aconselhamento pré e pós teste, tratamento, acompanhamento da sífilis. Tratamento e acompanhamento da sífilis congênita. Tratamento e acompanhamento do parceiro).

Fale sobre as dificuldades e facilidades durante o tratamento/acompanhamento

Hoje, o que você sabe sobre sífilis e sífilis congênita?

O que você faz para prevenir esta doença?

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre sua experiência

APÊNDICE III**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos a senhora para participar da pesquisa “**Os (Des) caminhos da sífilis congênita no município de Botucatu – São Paulo**”, que pretende estudar quais os fatores que determinaram o nascimento de crianças com sífilis congênita no município de Botucatu. Sua participação envolverá autorização para consultar seu prontuário e outros documentos relativos à notificação de doença transmissível realizado pelo serviço de saúde e responder questões da entrevista referentes à sua gestação, assistência pré-natal e ao parto. A entrevista será feita pela pesquisadora e será gravada. Após ser transcrita para posterior análise será destruída. Essa entrevista será realizada em uma unidade de saúde mais próxima a sua casa ou em sua própria residência, conforme preferir e terá duração de aproximadamente 20 a 30 minutos. Algumas perguntas poderão causar constrangimento por se reportarem a uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) e a sua vida privada. Esta pesquisa é de responsabilidade da mestrandia do programa de pós-graduação em Enfermagem Vivian Sauer Torres da Silva, sob orientação da Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

Pelo presente instrumento, eu
devidamente esclarecida, ciente dos procedimentos aos quais serei submetida, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, e ciente, também, de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelas pesquisadoras, que manterão sigilo sobre minha identidade, e que as mesmas estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e de que **posso retirar este consentimento a qualquer hora, sem prejuízo do meu atendimento na rede de serviços de saúde de Botucatu**, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

Esse documento, após aprovação do CEP, será elaborado em duas vias, sendo uma entregue a paciente pesquisada e outra será mantida em arquivo pela pesquisadora durante cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

Botucatu, ____ de _____ de 201__

Assinatura da participante

Profª. Marli T.Cassamassimo Duarte
R. Itagiba de Moraes Pupo, nº 41
Jd. Alvorada, São Manuel, 18650-000
Fone: 14 38414272
e-mail: mtduarte@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Vivian Sauer Torres da Silva
R. Abílio Dorini, 1104
Altos do Paraíso, Botucatu, 18610-060
Fone: 14 996550518
e-mail: viviansts@hotmail.com