

# PERCEÇÃO DE MULHERES COM RELAÇÃO À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM SEUS CONCEPTOS

## Women's perception of the occurrence of congenital syphilis in their offspring

Maria Rejane Ferreira da Silva<sup>1</sup>, Ederline Suélly Vanini de Brito<sup>2</sup>, Luciana Cyntya Goiana Freire<sup>3</sup>,  
Mariana de Moraes Pedrosa<sup>4</sup>, Vanessa Maria de Brito Sales<sup>5</sup>, Itamar Lages<sup>6</sup>

### RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a percepção de mulheres que realizaram consulta pré-natal, em relação à ocorrência de sífilis congênita. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada. As mulheres foram selecionadas mediante dois critérios: realização do pré-natal, e ocorrência de conceitos portadores de sífilis congênita, identificados através da ficha do SINAN (Sistema de Notificação de Agravos). A coleta de dados foi interrompida quando ocorreu a saturação de informação. Entrevistaram-se 11 mulheres e, a partir da análise narrativa de conteúdo, criaram-se três categorias: a percepção materna sobre a transmissão da sífilis; a assistência ao ciclo gravídico-puerperal e sua influência no conhecimento sobre a sífilis; a doença e o sofrimento materno. As mulheres responsabilizaram os seus parceiros, a assistência pré-natal e a si mesmas pela ocorrência da doença. O acometimento da doença nas crianças produziu angústia, dor e sofrimento. Os achados obtidos permitiram sugerir que há uma lacuna na qualidade da assistência pré-natal, no que diz respeito à difusão de conhecimentos. A pobreza, o baixo nível de escolaridade e o desconhecimento sobre a doença apontam para a necessidade de reformular a abordagem das mulheres sobre as DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis). É necessário maior investimento em políticas estruturantes que contribuam com a redução da pobreza. Do ponto de vista setorial, é fundamental a implementação de medidas que tornem as condições de assistência pré-natal mais adequadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis Congênita; Mulheres; Gestantes; Cuidado Pré-Natal.

### ABSTRACT

The study aimed to examine the perception of women who received antenatal care in relation to the occurrence of congenital syphilis. This is a descriptive qualitative study. A semi-structured interview was used for data collection. The inclusion criteria selected women who: had completed antenatal care, and had given birth to offspring affected with congenital syphilis, the latter identified through the System for Injury Notification (Sistema de Notificação de Agravos - SINAN). Data collection was stopped when there was a saturation of information. 11 women were interviewed, and narrative content analysis identified three categories: perception of the maternal transmission of syphilis, antenatal care and its influence on knowledge about syphilis, and maternal illness and suffering. Women blamed their partners, antenatal care and themselves for the occurrence of the disease. The presence of the disease in the children produced anguish, pain and suffering. The findings suggest that there is a gap in the quality of antenatal care, as regards the dissemination of knowledge. Poverty, low level of education and ignorance about the disease point to the need to reformulate the approach to women's education about STD's. More investment is needed to structure policies that contribute to poverty reduction. It is essential to implement measures to make antenatal care more appropriate.

**KEY WORDS:** Syphilis Congenital; Women; Pregnant Women; Prenatal Care

<sup>1</sup> Maria Rejane Ferreira da Silva, enfermeira. Professora da Universidade de Pernambuco e Pesquisadora colaboradora da FIOCRUZ/Recife. Membro do Grupo de pesquisas de África e América latinas - GRAAL. E-mail: rejane@cpqam.fiocruz.br.

<sup>2</sup> Ederline Suélly Vanini de Brito, enfermeira da UFPE. Mestranda do Programa de Hebiatria da Universidade de Pernambuco.

<sup>3</sup> Luciana Cyntya Goiana Freire, graduanda da Faculdade Enfermagem da Universidade de Pernambuco.

<sup>4</sup> Mariana de Moraes Pedrosa, graduanda da Faculdade Enfermagem da Universidade de Pernambuco

<sup>5</sup> Vanessa Maria de Brito Sales, graduanda da Faculdade Enfermagem da Universidade de Pernambuco.

<sup>6</sup> Itamar Lages, enfermeiro. Professor de Saúde Coletiva da Faculdade de Enfermagem/Universidade de Pernambuco.

## INTRODUÇÃO

O controle da sífilis e, em particular da sífilis congênita (SC), constitui-se num dos mais desafiadores problemas de saúde pública presente há séculos na história da humanidade.

A Organização Mundial de Saúde ressalta que intervenções que se destinem a eliminar a SC contribuirão diretamente para a consecução de três dos objetivos de desenvolvimento do milênio, isto é, redução da mortalidade infantil, melhoramento da saúde materna e luta contra HIV/AIDS (*Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*) e outras doenças.<sup>1</sup>

No Brasil, há mais de duas décadas, a sífilis é uma doença de notificação compulsória, segundo a portaria 543 de 22/12/1986.<sup>2</sup>

Em 1993, o Brasil, junto com outros países da América Latina e Caribe, propôs a eliminação da sífilis congênita das Américas até o final do século XX. A partir de então, algumas medidas passaram a ser implantadas e, em 1997, o Ministério da Saúde brasileiro (MS) determinou, como meta para a eliminação, o registro de até um caso de SC por 1000 nascidos vivos/ano. No entanto, apenas em 2005, através da portaria nº 33/05, incluiu-se a ocorrência da sífilis em gestantes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com o objetivo de controlar a transmissão vertical e acompanhar a infecção, bem como avaliar seu tratamento, prevenção e controle.<sup>2</sup>

Em sintonia com as propostas políticas internacionais, o MS editou, no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Uma das metas deste programa é a redução de casos de doenças de transmissão vertical, entre elas a SC, uma vez que essa é causa frequente de morbimortalidade perinatal, e encontra-se entre as principais causas de óbitos infantis.<sup>3</sup>

A SC é um problema de grande relevância por ser uma doença multifacetada, com sérias implicações para a gestante e seu concepto. Pode ocasionar abortamento, prematuridade, natimortalidade, recém-nascido com sífilis ou aparentemente saudável que poderá desenvolver sinais clínicos posteriormente. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer período da gravidez, admitindo-se que quanto mais recente for a infecção e maior a espiroquetemia maior será o risco de contaminação fetal.<sup>4</sup>

De acordo com o MS, o diagnóstico da sífilis na mulher pode ser realizado antes da gestação, durante o pré-natal, no momento do parto ou posteriormente no serviço de saúde através de testes treponêmicos e/ou não treponêmicos, dos quais o mais utilizado é o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*).<sup>2</sup>

Saraceni *et al.*<sup>5</sup> e Araújo *et al.*<sup>6</sup> relataram a falta de acesso à assistência pré-natal e a existência de serviços pouco qualificados como os principais fatores que mantêm os números elevados de SC. Além disso, destacam ainda a existência de relação entre o baixo nível socioeconômico e de escolaridade com a falta de conhecimentos sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). Estes fatores dificultam a procura por serviços de saúde e o entendimento sobre a magnitude da doença.

O tratamento de escolha para a sífilis é a penicilina, e somente a realização do esquema terapêutico completo durante a gestação é considerado treponemicida para evitar a SC. Essa medida é de baixo custo e de alta eficácia, não havendo na literatura evidências de casos de resistência ao medicamento.<sup>5</sup>

Alguns estudos<sup>5-8</sup> destacam que as gestantes, mesmo com acompanhamento pré-natal prévio, tiveram filhos com sífilis congênita, em razão da falta de tratamento, ou, quando tratadas, o esquema terapêutico utilizado não foi o preconizado segundo as orientações do MS. Desta forma, é importante destacar que o número de consultas realizadas não deve e nem pode ser usado como um único indicador de avaliação da atenção pré-natal.

Mesmo sendo uma doença bastante conhecida, que possui medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento de baixo custo, em 2005, no Brasil, foi constatado que mais de 50% das mães cujos bebês nasceram com SC realizaram acompanhamento pré-natal, sendo que a doença teve uma prevalência de 1,6 casos por 1000 nascidos vivos. Em Pernambuco, a taxa foi de 4,4 casos por 1000 nascidos vivos. E, em Olinda, município do estado de Pernambuco, foram notificados, entre os anos de 2005 a 2007, 234 casos de SC. Deste total de casos, em 19,1, havia registro sobre a realização do pré-natal. A partir destas informações, as autoras constataram que um pouco mais de 80% das mulheres cujos conceptos nasceram com sífilis haviam realizado o pré-natal.<sup>8</sup> No entanto, estima-se que estes coeficientes não revelam a real dimensão do problema, visto que há ainda subnotificação de casos e a falta de registros de abortos ocasionados pela doença.<sup>9</sup>

Estas informações apontam para a necessidade de aprofundar o conhecimento que possa contribuir para o alcance da meta desejada. Atualmente, existem diversos estudos que traçam o perfil da doença em diversas regiões brasileiras, destacando-se a concentração de estudos epidemiológicos de natureza quantitativa. Porém, são poucos os desenhos qualitativos que enfocam o universo materno de mulheres cujos conceptos foram casos de SC, e estes, em sua maioria, apenas abordam a avaliação ou estrutura dos serviços de pré-natal.

É de grande relevância analisar a compreensão e a percepção das mulheres que vivenciaram a experiência de ter filhos com SC, de modo que o conteúdo e as representações simbólicas que permeiam as atitudes e práticas dessas mulheres possam melhorar a compreensão das pesquisas quantitativas já existentes sobre o assunto.

Os significados que os sujeitos atribuem a determinados fenômenos que ocorrem em suas vidas revelam uma realidade que, muitas vezes, está oculta às vistas da comunidade científica. Dessa maneira, é possível dar forma a novas abordagens que possam resultar em uma assistência à saúde da mulher mais eficaz, melhorar a qualidade da atenção à saúde e, conseqüentemente, diminuir a ocorrência da enfermidade.

Nesse sentido, esse estudo se propõe a analisar a percepção de mulheres, munícipes de Olinda, que realizaram pré-natal em relação à ocorrência de SC em seus conceitos, a fim de compreender, do ponto de vista dessas mulheres, os motivos que levaram ao acometimento de seus filhos por uma doença facilmente prevenível e tratável, durante a realização do pré-natal.

## MATERIAL E MÉTODOS

No sentido de compreender a percepção das mulheres acerca da sífilis congênita, realizou-se um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. A partir de um levantamento do perfil das mulheres residentes em Olinda, cujos conceitos foram casos de SC notificados no SINAN da Secretaria de Saúde de Olinda, nos anos de 2005 a 2007, foram selecionadas as mulheres, em cujas fichas constava que realizaram o pré-natal. Em seguida, foram selecionadas as Unidades de Saúde da Família dos bairros de Peixinhos e Águas Compridas, por serem os locais que apresentaram um maior número de casos. Com o apoio e colaboração dos profissionais dessas unidades, localizaram-se os endereços dessas mulheres. A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2009, após a liberação do parecer nº 3844.0.000.250-08 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros.

Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, a entrevista individual semiestruturada, realizada a partir de um roteiro previamente elaborado, através do qual se procurou conhecer de que forma foi conduzido o pré-natal, qual a percepção da mulher sobre a SC e o seu enfrentamento em relação à doença. Além disso, foram registradas a idade, grau de instrução, estado civil, ocupação e número de filhos das entrevistadas.

A coleta de dados foi interrompida quando atingiu a saturação da informação. As entrevistas foram gravadas, mediante autorização das participantes que leram ou escutaram a leitura pausada e orientada do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). A todas as mulheres, foi garantido o sigilo sobre sua identificação. Os depoimentos foram transcritos na íntegra e examinados na medida em que eram realizadas as coletas. A técnica de análise de dados utilizada foi a análise narrativa de conteúdo que, segundo Silva<sup>10</sup>, consiste em analisar os conteúdos expressados de forma direta e interpretar seus significados. As informações foram segmentadas manualmente, de onde emergiram três categorias de análise.

## RESULTADOS

No total, foram entrevistadas 11 mulheres, com idade entre 19 e 41 anos, oito eram solteiras e três com união estável. A maior parte delas tinha Ensino Fundamental incompleto e exercia apenas atividades domésticas. Das onze entrevistadas, sete residiam no bairro de Águas Compridas e quatro, em Peixinhos, e nove conviviam com seus filhos. Apesar de serem moradoras de Olinda, nem todas realizaram o acompanhamento pré-natal naquele município. Conforme os relatos, duas das mulheres vivenciaram a morte perinatal dos seus conceitos e entre as nove crianças vivas, nenhuma apresentava sequelas diagnosticadas como conseqüentes da SC. As crianças encontravam-se entre 1 e 4 anos de idade.

Das onze entrevistadas, o relato de duas delas chamou a atenção uma vez que contrariava os critérios de inclusão previamente definidos, através dos quais as entrevistadas foram selecionadas. Uma delas, afirmou de forma contundente que sua filha não nasceu com SC, apesar de o caso estar registrado na ficha de notificação do SINAN.

*... Na gestação foi feito exame e não constou que eu tava com sífilis, só quando eu tive ela (a criança). Aí, até o médico perguntou se eu tinha feito pré-natal, eu disse que sim, mas que não tinha constado que eu tinha sífilis... só depois que eu tive ela (a criança). Aí fizeram exame de sangue nela, mas não constou nada não. Não, minha filha não nasceu doente... Ela (criança) nasceu viva e não teve nenhum problema... (M5).*

O depoimento da segunda entrevistada mereceu destaque não apenas por contrariar os critérios, mas também por expressar desconhecimento e desinteresse sobre questões de saúde.

*O meu filho que teve sífilis foi o que morreu... Ele (criança) nasceu vivo, cego e sem conseguir se mexer e depois de dois dias ele morreu... Eu não fiz pré-natal por que eu não gosto, eu acho muito chato (M9).*

*Minha tia me explicou que a pessoa enche o corpo cheio de feridas, só. Ela me explicou e eu nem quis saber, porque eu nem ligo pra nada mesmo (M9).*

Considerou-se importante destacar os relatos, uma vez que a informação pode revelar a falha no registro, a falta de orientação durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, a negação da doença, ignorância e desinteresse decorrente da falta de perspectiva gerada pela extrema pobreza.

Da análise dos relatos contidos nas nove entrevistas restantes, emergiram informações que foram condensadas em três categorias: a percepção materna sobre a transmissão da sífilis, a assistência ao ciclo gravídico-puerperal e sua influência no conhecimento sobre a sífilis e a doença e o sofrimento materno.

## **A PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A TRANSMISSÃO DA SÍFILIS**

Quando se questionou as entrevistadas sobre o motivo da ocorrência da sífilis em seus filhos, obteve-se uma diversidade de respostas. Um atribuíram ao pai da criança a responsabilidade pelo acometimento da doença. Outras, embora tenham identificado o pai da criança como transmissor, não demonstraram segurança em relação a esse conhecimento. Em outros relatos, observa-se que as mulheres desconhecem o mecanismo de transmissão da doença e responsabilizam os serviços de saúde pela ocorrência da enfermidade. E, finalmente, observou-se também que uma parte das mulheres assume para si a responsabilidade da ocorrência da SC.

Algumas mulheres compreendem que a ocorrência da doença em seus filhos foi devido ao contágio através do pai e demonstraram algum conhecimento sobre o modo de transmissão da doença. Houve as que afirmaram terem sido tratadas durante o pré-natal, o que mesmo assim não evitou a transmissão da sífilis para seus filhos.

*Eu acho que eu tenho sífilis, porque veio do pai (da criança). Aí meu bebê pegou do meu sangue porque ele é ligado a mim pelo umbilico bilical (cordão umbilical), aí passou pra ele (M1).*

*O meu filho pegou por causa de mim, porque eu peguei com alguém, o pai dele... Eu fiz o tratamento no pré-natal, mas ainda passou pra ele (a criança) (M8).*

Algumas mulheres afirmaram desconhecer a forma de transmissão da doença. Porém, relataram que receberam a informação do profissional que lhes assistiu quanto ao modo como elas adquiriram a sífilis. Em um dos relatos, a entrevistada afirmou que foi o responsável pelo exame laboratorial quem lhe informou que a transmissão da doença era através do pai da criança.

*Eu não sei porque ele nasceu com isso. Diz ela (médica) que poderia ter sido através dele (pai da criança)... Na minha família nunca constatou esses negócios não, foi depois que eu vim morar com o pai dele... (M2)*

*O rapaz do exame me disse que foi através do pai (da criança) que o pai passou pra mim (M3)*

A maioria das entrevistadas destacou que realizou o pré-natal, mas considerou que a ocorrência da doença no concepção deveu-se à inexperiência ou falta de iniciativa por parte dos profissionais que as assistiram em realizar os procedimentos que permitissem diagnosticar precocemente o problema.

*Sei lá, eu acho que foi falta de cuidado, porque eu estava fazendo pré-natal e o doutor vendo que eu tava grávida e não reagiu, não fez nada, foi falta de experiência dele mesmo lá. Eu disse: doutor eu tenho sífilis no sangue e ele disse: e eu tenho nada haver (M1).*

*Iniciei o pré-natal com 3 meses, mas logo no começo ela não passou os exames, aí não tinha como saber que eu tava com sífilis, porque se eu soubesse antes, tinha feito o tratamento logo cedo (M10).*

Outro depoimento indicou, por um lado, o desconhecimento da entrevistada sobre o processo de transmissão da doença e, por outro, apontou para o diagnóstico tardio da sífilis no pré-natal, bem como destacou o sentimento de pesar provocado na mulher pela certeza da morte da criança por uma causa evitável.

*“Quando eu tava com 5 meses, tava com manchas pelo corpo, pensaram que era da gravidez, mas quando eu fiz o exame deu sífilis, e tava muito alta. Aí com 7 meses, causou na menina, aí ela tava com 2 semana morta na barriga... Eu me senti mal, ter uma doença assim. Fiquei triste, eu podia*

*ter me tratado logo cedo e só descobriu depois com 6 meses. Eu perdi meu bebê por causa dessa doença.” (M10)*

A responsabilidade materna quanto à transmissão vertical da sífilis também foi mencionada nas entrevistas. No entanto, se evidencia a diferença entre aquelas que assumiram a responsabilidade pela transmissão e desconheciam o mecanismo de contágio da doença daquelas que o conheciam.

*Eu tive uma infecção muito forte, aí essa bactéria tava muito em mim, por isso eu digo que foi de mim mesma que passei pra ele (criança), já que o meu marido fez o exame e deu negativo (M11).*

*... Foi transmitido para ele (criança) no momento que eu tava grávida e também porque eu dava de mamar a ele (M4).*

*Ele (criança) teve que ficar internado porque eu não completei o tratamento na gravidez... Passou para meu filho porque eu tava com a doença, porque eu não me protegi na relação sexual e não esperava que o pai dele tivesse ninguém vai adivinhar que a pessoa tem isso, né? (M7).*

## **A ASSISTÊNCIA AO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E SUA INFLUÊNCIA NO CONHECIMENTO SOBRE A SÍFILIS**

Durante as entrevistas, as mulheres foram estimuladas a relatar as suas experiências relacionadas à detecção da doença em seus percursos pelos serviços de saúde. Alguns dos depoimentos revelaram que, apesar de terem realizado a assistência pré-natal, havia muito pouco conhecimento das entrevistadas sobre o problema de saúde que as acometia. Outros indicavam que algumas informações foram difundidas na maternidade.

Algumas das mulheres revelaram que fizeram todas as consultas e exames solicitados durante a gestação, sem, contudo, terem recebido qualquer informação sobre o tema. Observou-se também que algumas chegaram a expressar conhecimentos bastante equivocados sobre a doença.

*Fiz todas as consultas, todinhas, e todos os exames... Não, não me explicaram nada sobre sífilis. Eu não sei nem o que é isso, diz que é uma doença contagiosa, que mata, que o sangue vira água (M1).*

*Não me explicaram nada sobre sífilis, só quem me explicou foi na hora do exame que eu fiz, mas agora não lembro mais (M3).*

Outros depoimentos que chamaram a atenção referem-se ao tipo de informações prestadas e a forma de abordagem do problema realizada pelos profissionais de saúde. Conforme observado em alguns relatos, as informações oferecidas durante a assistência pouco ou nada esclareceram sobre a doença e a abordagem foi feita de forma sumariamente prescritiva.

*Quando fiz o exame estava gestante, ela (médica/ enfermeira) disse que não era um bicho de sete cabeças não, só disseram que eu tinha que tomar esse remédio que era bom para mim e para o meu menino... Eu não sabia o que era isso (sífilis) e não me explicaram nada até hoje, o que ela poderia causar a mim e a meu filho, ninguém explicava... E olhe que eu sempre perguntava, porque sou do tipo de pessoa que gosta de perguntar tudo (M2).*

*Quando fui fazer o exame, perguntei à doutora o que essa doença causava. Ela explicou que dava ruga na mão, sei lá, e pegava também né? E disse que o bebê poderia nascer cego... (M7).*

*Eu não sabia o que era isso (a sífilis) e ainda não sei... Só disseram que ele (a criança) tinha que ficar internado porque tinha nascido com um probleminha, não sei se é porque não queriam entrar em detalhes comigo... (M2).*

Diante de um diagnóstico de sífilis durante a gestação, há a recomendação de orientar, tratar e realizar controle de cura tanto na gestante quanto no seu parceiro. A maioria das mulheres referiu que realizou o tratamento da sífilis durante o pré-natal, inclusive algumas nomearam o medicamento de eleição. Porém, nenhuma delas fez referência ao tratamento do companheiro nem tampouco ao controle da infecção como medida de prevenção da ocorrência da SC.

*Explicaram só que eu poderia tratar com as injeções e que podia passar para ele se não fizesse o tratamento (M8).*

*... O pré-natal foi ótimo. Só acusou que eu tinha sífilis, que eu tinha que combater na gravidez. Tomei algumas injeções só pra diminuir. A médica disse que eu tinha que tomar, mas que eu só podia tomar depois que eu tivesse (a criança) (M3).*

*Quando eu fiz o exame, aí constatou a sífilis aí fiz o tratamento com benzetacil. Tomei as injeções logo no começo que eu fui para o pré-natal (M4).*

*Teve uma palestra lá (na maternidade), aí ela (médica) me explicou: olhe isso são doenças que você pega fazendo*

*sexo sem camisinha e que se eu tomasse o medicamento não ia sumir no momento, mas ia passar exames para ver se tinha sumido... E quanto ao pai (da criança), a médica aconselhou fazer o tratamento também, só que eu não sei se fez... (M4).*

## A SÍFILIS CONGÊNITA E O SOFRIMENTO MATERNO

Nos relatos das mulheres, evidenciou-se, sobretudo, o mal estar e a tristeza após a constatação da doença. Elas manifestaram sentimentos e expressões de temor, desespero e impotência diante do internamento hospitalar e dos procedimentos aos quais seus filhos tiveram que ser submetidos. Além disto, ao serem comunicadas sobre sua infecção e a de seu filho, relataram sentimentos de solidão e desprezo.

*O tempo no hospital foi horrível e, mas por ele ter sífilis. ... Ele (criança) passou um bocado de tempo com os tubos, onde tivesse veinha nele estavam furando (M2).*

*Ó mãezinha, você vai ficar internada porque você tá com sífilis e é bom cuidar logo. Ai eu disse: eu? Como foi que peguei isso? Eu nunca vi isso na minha vida. Ela (médica) disse: a senhora vai tomar medicação e seu bebê também... pra mim foi um desespero, só de lembrar da vontade de chorar... [silêncio e choro] ...Eu vendo o desespero da minha filha tomando aqueles remédios fortes. ...Foi um grande constrangimento, mas se era pra o bem dela, tinha que fazer mesmo (M6).*

*Fiquei mal, fiquei com medo... Eu me senti... sei lá... desprezada... sozinha. Não sei como explicar (expressão de choro e tristeza) (M7).*

Apesar dos diferentes sentimentos produzidos como o de constrangimento e o de tristeza diante do diagnóstico da sífilis e da SC, as mulheres demonstraram a consciência da necessidade do tratamento hospitalar para recuperar a saúde de seus filhos.

*Me senti horrível, na mesma hora eu achei bom ele fazer o tratamento só no pezinho e na perna, mas depois que passou pra cabeça meu juízo comeu, fiquei nervosa (M3).*

*Fiquei triste, né? Lógico! Me senti péssima! Eu queira ir pra casa e não podia, tinha que ficar lá de todo jeito para terminar o tratamento dele (criança) (M8).*

*Me senti muito mal porque meu bebê pegou esse germe. E quando o doutor disse que ele ia ficar internado eu chorei muito, mas tinha que fazer o tratamento, né? (M11).*

*Foi um grande constrangimento ver minha filha no hospital, mas se era pra o bem dela, tinha que fazer mesmo (M4).*

## DISCUSSÃO

A percepção que o indivíduo tem acerca dos fenômenos que ocorrem consigo sofre influência de suas experiências e do que foi e é apreendido no decurso de suas vidas. Neste estudo, pôde-se observar que as mulheres perceberam a ocorrência da SC de diferentes formas, embora tenham tido oportunidades semelhantes de acesso aos serviços de saúde. Observou-se, também, que há muito pouco conhecimento sobre a doença, resultante da assistência recebida pelas mulheres em seus percursos pelos serviços de saúde. No entanto, o que mais merece destaque é o relato dramático das mulheres que manifestam dor e sofrimento diante da inaceitável ocorrência da sífilis congênita.

Qualquer discussão sobre processo saúde-doença suscita necessariamente a compreensão de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde e estas condições medeiam as concepções e as percepções das pessoas sobre a saúde, o adoecer e o morrer. Neste sentido, a situação de pobreza observada nas casas das entrevistadas e a baixa escolaridade têm sua influência na percepção das mulheres sobre a ocorrência da sífilis.

Muito longe da percepção sobre a influência de fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais na ocorrência de problemas de saúde, algumas das mulheres percebem a doença como decorrente da responsabilidade individual. Neste plano, ao identificar o pai como o transmissor da sífilis para seus filhos, embora algumas reconheçam que a doença seja transmitida por via sexual de forma desprotegida, é possível que as mulheres procurem rejeitar a ideia de sua parcela de contribuição no contágio das DST's e, particularmente, a transmissão vertical da doença.

Em estudo semelhante, Silva e Santos<sup>11</sup> também observaram que a maioria dos sujeitos culpou seus parceiros por sua contaminação e, conseqüentemente, a de seu filho. Esse comportamento pode revelar a passividade das mulheres diante do cuidado com a sua própria saúde e, em decorrência, a manutenção ainda dos casos de sífilis adquirida nessa população definida, como também dos casos de SC.

Segundo Fernandes *et al.*<sup>12</sup>, o perfil da mulher trazido desde a antiguidade, incapaz de se impor ao poder masculino, simboliza questões de gênero. Adicionalmente, o baixo poder econômico e a pouca instrução, acarretam a despreocupação com ações de proteção de suas vidas e de seus corpos. Atribuindo a culpa ao genitor da criança, por um lado, elas pareceram demonstrar alívio por não serem as responsáveis pela infecção e, por outro, manifestaram piedade por uma criança indefesa, vítima de uma doença de gravidade importante, mesmo antes do seu nascimento.

Entretanto, o debate sobre as doenças sexualmente transmissíveis é tão complexo que exige estudos multidisciplinares e um grande aprofundamento nas análises, uma vez que envolvem aspectos relacionados à autonomia de sujeitos, a direitos sexuais e reprodutivos, à cultura e a estruturas sociais geradoras de iniquidades.<sup>8</sup>

Ainda no que se refere à percepção sobre a ocorrência da SC, observou-se que a qualidade da assistência fica em evidência na medida em que as mulheres responsabilizaram o pré-natal pelo resultado de terem um filho com SC. Do mesmo modo, se evidencia o pouco conhecimento das entrevistadas sobre a doença, apesar de terem sido acompanhadas durante a gestação.

É aceitável o questionamento sobre a qualidade da assistência visto que o rastreamento sorológico é obrigatório no acompanhamento pré-natal, o tratamento e a prevenção adequados são perfeitamente capazes de evitar a infecção do conceito e a re-infecção materna. E, sobretudo, por se tratar de medidas simples, amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença. Em um estudo realizado por Coutinho *et al.*<sup>13</sup>, que avaliou a adequação da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde, no município de Juiz de Fora, foi detectado que exames laboratoriais considerados básicos como, por exemplo, o VDRL, não estavam registrados em 23% dos cartões das gestantes no momento da internação.<sup>13</sup>

Em relação ao pouco conhecimento sobre a SC, é importante destacar que ainda considerando a possibilidade de que as mulheres tenham sido informadas sobre a doença, este resultado sugere a necessidade de reavaliar as estratégias educativas que, ao longo da história, vêm sendo reproduzidas dentro do setor saúde. É de se esperar que populações pobres, com baixo nível de escolaridade tenham dificuldades de apreender informações.

Neste sentido, na literatura, observa-se que a educação da mãe tem sido uma das principais variáveis socioeconômicas que tem influenciado na obtenção de resultados positivos na redução dos índices de mortalidade infantil,

em decorrência da maior percepção que a mãe adquire no trato e cuidado da saúde dos filhos.<sup>1</sup>

Frequentemente, as mulheres dão pouca importância à doença e, em decorrência do estágio da sífilis em que se encontram, os sinais e sintomas podem estar ausentes ou não perceptíveis o que as levam a não considerar a doença como um agravo importante para a sua saúde e a de seu filho. Por essa razão, não se motivam para aderir ao tratamento e adotar práticas sexuais seguras, mesmo depois da definição do diagnóstico.

Estudos como os de Sá *et al.*<sup>14</sup>, Araújo *et al.*<sup>6</sup> e Rodrigues *et al.*<sup>7</sup> também encontraram resultados semelhantes no que se refere às mães acometidas por sífilis com baixo nível de escolaridade. De modo particular, Araújo *et al.*<sup>6</sup> apontam que, dentre os fatores que contribuem para a manutenção de casos de SC, estão a falta de estímulo para a adoção de medidas preventivas por parte das autoridades de saúde, o aumento do número de mães solteiras e adolescentes, a ausência de conhecimento da população sobre a doença e a baixa qualidade do pré-natal no atendimento às gestantes e até mesmo a falta de acesso a esse serviço.<sup>6</sup> O MS afirma que o nível de instrução dos indivíduos pode ter efeito na percepção dos problemas de saúde e na capacidade de entendimento das informações nessa área como também no consumo e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos.<sup>15</sup>

Nesse sentido, a OMS1 ressalta que os usuários dos serviços devem receber informação sobre a doença e ser convencidos de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde das mulheres e crianças.

Tanto a identificação de uma entrevistada que não realizou o pré-natal e cujo filho foi a óbito logo após o parto, provavelmente em consequência da sífilis, e sua demonstração de desinteresse pela assistência de saúde, como a que afirmou que a criança nasceu sadia, foram selecionadas conforme dois critérios. O primeiro critério era que houvesse o registro do caso no SINAN e o segundo, que tivessem realizado o pré-natal. Neste sentido, vale destacar o problema da confiabilidade das notificações por um lado e, por outro, a importância da captação precoce de gestantes.

Em relação ao primeiro item citado anteriormente, um dos vários problemas que se observa na assistência à saúde no Brasil é a qualidade dos registros, quer seja a falta de anotações em prontuário como também a falta ou subnotificação de registros nas fichas de notificação de agravos. Em ambos os casos, além de revelar a baixa qualidade, também limita a elaboração de propostas de estratégias para melhorar o enfrentamento dos problemas de saúde.<sup>8,16,17</sup>

Com respeito ao segundo, a realização do pré-natal deve ser constantemente incentivada. Este serviço não deve ser avaliado apenas pelo número de consultas realizadas, mas também pela qualidade do atendimento, o que tem sido negligenciado por gestores e profissionais de saúde que lidam diretamente com a saúde da mulher e da criança.<sup>17,18</sup>

Se, no momento do pré-natal, foi desperdiçada a oportunidade de oferecer à gestante infectada pela sífilis as informações necessárias para que ela mesma desenvolva potencialidades de enfrentamento em relação à doença e de adesão ao tratamento, uma nova chance de abordagem se apresenta ainda na ocasião do parto, momento em que se poderia dedicar maior atenção a essas puérperas.

A partir do diagnóstico da sífilis, as mulheres passaram a fazer parte de um mundo antes desconhecido. Seus depoimentos evidenciam que o impacto foi maior ao saberem que seus filhos nasceram infectados do que no momento em que tiveram a informação do próprio diagnóstico. As expressões verbais e não-verbais de tristeza e choro revelaram que os sentimentos e emoções mais intensos ocorreram diante do internamento de seus filhos para tratamento. Souza e Barroso<sup>19</sup> consideram, nesse contexto, o choro como uma reação natural, presente desde os primeiros instantes de nossas vidas, que explica, com lágrimas ou sem elas, a tristeza e a dor causadas pela perda da saúde e o arrependimento pelas condutas que levaram à contaminação pela DST.

O constrangimento foi relatado por duas das entrevistadas. Ao mencionarem a palavra sífilis, a expressão facial se modificou e houve diminuição da tonalidade de voz. O mal estar produzido, possivelmente deve-se ao fato de que a doença carrega estigmas e preconceitos, como praticamente em todas as DST's. O medo e a vergonha de expressar dúvidas diante do diagnóstico dificultam ainda mais o diálogo entre usuárias do serviço de saúde e profissionais de saúde.

É necessário que os trabalhadores de saúde facilitem uma comunicação que permita a formação de vínculos de confiança para melhorar a compreensão sobre as percepções e crenças de mulheres e comunidades em relação à saúde. Essas atitudes são fundamentais para a criação de estratégias apropriadas para aumentar os conhecimentos sobre saúde, doença e prevenção de doenças e promover ações apropriadas.<sup>1</sup>

Os esforços para controle da SC no país existem há anos. Metas foram estabelecidas pelo MS, programas de incentivo ao rastreamento da sífilis no pré-natal foram pro-

postos, campanhas são realizadas, manuais de orientações para profissionais de saúde foram divulgados, a doença foi incluída no registro do SINAN. No entanto, os casos ainda persistem e em números elevados, produzindo dor e sofrimento, particularmente em mulheres pobres e desprovidas de educação que lhes permita compreender as condições que envolvem o aparecimento da doença.

Finalmente, cabe destacar que, se por um lado o controle das DST's, entre elas a sífilis, é extremamente complexo devido à complexidade de vários componentes como estrutura social, cultura, autonomia de sujeitos e sexualidade humana, por outro, o controle da SC reflete problemas de acesso e de utilização de serviços de saúde, prioritariamente na população mais pobre. A doença compõe o quadro de causas de morbimortalidade perinatal evitáveis, sendo possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação.

A ocorrência de SC em mulheres que receberam assistência pré-natal revela que as oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento de sífilis materna foram desperdiçadas. As ações direcionadas à eliminação da SC dependem, sobretudo, da qualificação na assistência à saúde.

## CONCLUSÃO

Os achados obtidos nesse estudo permitem sugerir uma lacuna na qualidade da assistência pré-natal, no que diz respeito à difusão de conhecimento sobre sífilis adquirida e sífilis congênita entre as mulheres entrevistadas. A pobreza, o baixo nível de escolaridade e o desconhecimento sobre a doença apontam para a necessidade de reformular a abordagem das mulheres sobre as DST's, de maneira que elas possam compreender os aspectos que envolvem a transmissão de agravos à saúde e a importância do tratamento na prevenção da transmissão vertical de doenças, particularmente da SC. A ocorrência da SC produz dores e sofrimento de mães e filhos internados logo após o nascimento. Por outro lado, aponta também para a necessidade de maior investimento governamental em políticas estruturantes como, por exemplo, nas áreas de saúde e de educação e em outros setores que contribuam para a redução da pobreza. Do ponto de vista setorial, é fundamental a implementação de medidas que tornem as condições de assistência pré-natal mais adequadas. São necessários esforços no sentido de manter os programas de educação permanente envolvendo todos os profissionais (enfermeiros, médicos, odontólogos, bioquímicos, técnicos de enfermagem, saúde bucal e de laboratório e agentes comunitários de saúde).

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais de saúde que colaboraram com a identificação e localização dos sujeitos do estudo e às mulheres pela boa vontade em participar da pesquisa e, sobretudo, lamentam a ocorrência de uma doença evitável.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Washington; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da Sífilis Congênita. Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Regazzi JC, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(2):111-26.
5. Saraceni V, Guimarães MHS, Theme-Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por Sífilis Congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4):1244-50.
6. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev Paraen Med*. 2006; 20(1):47-51.
7. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5):851-8.
8. Vanini-Brito ES, Brust SJ, Silva MRF. Sífilis Congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda. *Rev APS*. 2009; 12(1):62-71.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
10. Silva MRF, Vazquez ML, Vargas I, Gallego MED, Santos MJS, Perez ASM. Introdução às técnicas qualitativas de investigação aplicadas em saúde. *Cursos Graal*. 5ª ed. Barcelona: Universidade Autônoma de Barcelona; 2006.
11. Silva LR, Santos RS. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. *Rev Enferm*. 2004; 8(3):393-401.
12. Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(1):103-22.
13. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(10):717-24.
14. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade de escola - UFRJ. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2001; 13(4):6-8.
15. Brasil. Ministério da Saúde. As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 1-216. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
16. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):396-403.
17. Araújo MAL, Alves DM, Silva RM, Silva MLCG. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS*. 2008; 11(1):4-9.
18. Lima BG, Costa MC, Dourado IMC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008; 17(2):125-7.
19. Souza LB, Barroso MGT. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 jan-mar; 13 (1): 123-130.

---

Submissão: agosto de 2009

Aprovação: fevereiro de 2010

---