



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE**

TATIANE BARBOSA SOARES SILVA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E DIFICULDADES IDENTIFICADAS NO
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTANTE
DURANTE O PRÉ-NATAL**

João Pessoa

2024

TATIANE BARBOSA SOARES SILVA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E DIFICULDADES IDENTIFICADAS
NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL
DURANTE O PRÉ-NATAL**

Trabalho de conclusão de mestrado
apresentado ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família (PROFSAÚDE) da
Universidade Federal da Paraíba
como requisito para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Atenção integral aos
ciclos de vida e grupos vulneráveis

Orientadora: : Profa. Dra. Valderez Araújo de Lima Ramos

João Pessoa

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586i Silva, Tatiane Barbosa Soares.

Itinerários terapêuticos e dificuldades
identificadas no diagnóstico e tratamento da sífilis na
gestante durante o pré-natal / Tatiane Barbosa Soares
Silva. - João Pessoa, 2024.
103 f. : il.

Orientação: Valderez Araújo de Lima Ramos.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Sífilis congênita. 2. Transmissão vertical -
sífilis. 3. Atenção básica - saúde. I. Ramos, Valderez
Araújo de Lima. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616.972(043)

TATIANE BARBOSA SOARES SILVA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E DIFICULDADES IDENTIFICADAS
NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL
DURANTE O PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde da
Família (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba
para obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de
Concentração de Saúde da Família

Aprovada em 12 de novembro de 2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



VALDEREZ ARAÚJO DE LIMA RAMOS

Data: 30/12/2024 17:35:20-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª. Valderez Araújo de Lima Ramos
Presidente da Comissão
(Orientadora)

Documento assinado digitalmente



RILVA LOPES DE SOUSA MUNOZ

Data: 02/01/2025 19:02:23-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Avaliadora Interna
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família/Centro de
Ciências Médicas/UFPR

Documento assinado digitalmente



MARILIA DENISE DE SARAIVA BARBOSA

Data: 30/12/2024 18:03:22-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª. Marília Denise de Saraiva Barbosa
Avaliadora Externa
Departamento de Pediatria e Genética/Centro de Ciências
Médicas/UFPB

Dedico este trabalho aos meus pais pelo encorajamento e apoio incondicionais em todos os momentos difíceis da minha trajetória acadêmica.

A determinação e a resiliência de vocês me ajudaram a chegar até aqui.

Aos meus pais, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me possibilitar alcançar o sonho da realização deste mestrado, me acompanhar, direcionar, fortalecer e sustentar durante todo o curso, permitindo-me chegar à conclusão desta jornada.

Aos meus pais, Marcos e Edvan, por serem meu suporte, consolo, força e incentivo, e por oferecerem seu amor diário ao longo de toda a trajetória. Sou grata pela compreensão diante da minha ausência durante este período. Amo vocês.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Valderez Araújo, por me guiar ao longo desta trajetória acadêmica, compartilhando seu conhecimento, oferecendo o suporte nos momentos necessários e incentivando-me a realizar o melhor em minha pesquisa.

Aos meus amigos, que me acompanharam durante esta árdua jornada, trazendo alegria aos meus dias, oferecendo suporte emocional e compreendendo minha ausência em diversos momentos. Em especial, às minhas amigas Daniela e Sara, que foram fundamentais para que o meu ingresso no mestrado e, principalmente, para que eu permanecesse nele. Muito obrigada por todas as dicas e orientações.

Aos meus colegas de mestrado, Romário e Pedro, que trilharam essa difícil caminhada ao meu lado, trazendo leveza, alegria e suporte nos momentos mais desafiadores. Vocês são incríveis.

Aos professores do mestrado, Prof^a. Dr^a. Valderez, Prof^a. Dr^a. Rilva, Prof. Dr. Gabriel, Prof. Dr. Eduardo e Prof. Dr. André, por contribuírem de maneira eficaz para nossa formação acadêmica, através de suas vivências profissionais e pela excelência na ministração dos conteúdos.

Aos funcionários administrativos, Silvio e Rafael, pelos esclarecimentos, paciência e auxílio durante todo o curso.

RESUMO

Existente há mais de 500 anos, a ocorrência da sífilis é considerada um problema de saúde pública pela sua incidência elevada. Trata-se de uma enfermidade infectocontagiosa que atinge milhares de pessoas a cada ano. Apesar da facilidade em diagnosticar e tratar a sífilis, ela persiste em ser uma presença epidêmica em nossa sociedade. Aproximadamente doze milhões de casos desta doença são detectados por ano em adultos, sendo cerca de 1,85% em mulheres gestantes. A Atenção Primária em Saúde (APS), como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), vem desempenhando um papel estratégico e relevante tanto na prevenção quanto na detecção precoce da sífilis no binômio mãe-bebê. **OBJETIVO:** Elaborar os itinerários terapêuticos percorridos pelas gestantes e puérperas que tiveram bebês notificados com sífilis congênita e analisar as principais dificuldades associadas aos tratamentos, tanto durante o pré-natal quanto na atenção hospitalar por ocasião do parto. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo, tipo transversal, prospectivo e com análise qualitativa, realizado no período de setembro de 2023 a junho de 2024, com gestantes e puérperas diagnosticadas com sífilis. Os dados foram coletados através de entrevista gravada em diálogo aberto, utilizando-se de questionário semiestruturado constando dados socioepidemiológicos e perguntas referentes à trajetória das mulheres desde o pré-natal até o parto. Foi construído um banco de dados composto pelas narrativas orais das participantes e posteriormente analisadas de modo descritivo. **RESULTADO:** Os dados sociodemográficos demonstraram no perfil das pacientes, que 66,6% pertenciam a uma faixa etária entre 20 a 29 anos; 100% possuía renda abaixo de dois salários mínimos; 75% se autoafirmou parda e 66,6% não possuía profissão. Quanto aos dados gestacionais, 50% delas realizou pré-natal conforme orientações do Ministério da Saúde. Para análise das narrativas das pacientes foram criadas sete categorias temáticas: 1) Dificuldades de acesso ao serviço para iniciar o pré-natal, 2) Dificuldade de tratamento do parceiro, 3) Percepção sobre o conhecimento da doença, 4) Condutas profissionais e tratamento da sífilis, 5) Dificuldades na realização dos exames, 6) Dificuldades encontradas nas UBS para administração de penicilina e 7) Sentimento materno frente ao diagnóstico da sífilis congênita. **CONCLUSÃO:** Foram identificadas falhas estruturais nas equipes profissionais que realizaram os pré-natais, resultando na continuidade da cadeia de contaminação da sífilis congênita, gerando instabilidade emocional nas pacientes e familiares. Foram visualizadas barreiras na rede de saúde que dificultaram uma assistência qualificada às pacientes. Os cenários e histórias demonstram a necessidade de maior investimento em capacitação dos profissionais, melhoria na assistência pré-natal, adequado gerenciamento dos insumos em saúde pública e ampliação do investimento na educação em saúde das equipes profissionais e dos pacientes, buscando minimizar os danos através da melhoria dos cuidados prestados a esse público.

Palavras-chaves: Sífilis congênita, atenção básica, transmissão vertical.

ABSTRACT

Syphilis, which has existed for over 500 years, is considered a public health problem due to its high incidence. It is an infectious disease that affects thousands of people each year. Despite the ease of diagnosing and treating syphilis, it continues to be an epidemic presence in our society. Approximately 12 million cases of this disease are detected each year in adults, with around 1.85% of these cases occurring in pregnant women. Primary Health Care (PHC), as the gateway to the Unified Health System (SUS), has been playing a relevant and strategic role in both the prevention and early detection of syphilis in the mother-baby binomial. **OBJECTIVE:** To develop the therapeutic itineraries followed by pregnant and postpartum women who had babies reported with congenital syphilis and to analyze the main difficulties associated with treatments both during prenatal care in PHC and hospital care at the time of delivery. **METHOD:** This is an observational, descriptive, cross-sectional, prospective study with qualitative analysis, carried out between September 2023 and June 2024, with pregnant and postpartum women diagnosed with syphilis. Such data were collected through recorded interviews in open dialogue, in addition to the application of a semi-structured questionnaire containing socioepidemiological data and questions regarding the trajectory of these women from prenatal care to delivery. A database was constructed, composed of the oral narratives of the participants and subsequently analyzed descriptively. **RESULT:** Sociodemographic data identified in the profile of patients that 66.6% belonged to an age group between 20 and 29 years old, 100% had an income below 2 minimum wages; 75% self-identified as brown and 66.6% did not have any profession. Regarding gestational data, 50% of them received prenatal care according to the guidelines of the Ministry of Health. To analyze the patients' narratives, seven thematic categories were created: 1) Difficulties in accessing the service to start prenatal care, 2) Difficulties in treating the partner, 3) Perception about knowledge of the disease, 4) Professional conduct and treatment of syphilis, 5) Difficulties in performing tests, 6) Difficulties encountered in the UBS for administering penicillin and 7) Maternal feelings regarding the diagnosis of congenital syphilis. **CONCLUSION:** Failures were identified in the professional teams that performed prenatal care, resulting in the continuation of the chain of congenital syphilis contamination, generating emotional instability in patients and their families. Barriers were observed in the health network that made it difficult to provide qualified care to patients. The scenarios and stories demonstrate the need for greater investment in professional training, improvement in prenatal care, adequate management of public health supplies and increased investment in health education for teams and patients, seeking to minimize harm by improving the care provided to this population.

Keywords: Syphilis congenital, Primary care, vertical transmission

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 REVISÃO DA LITERATURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 Sífilis adquirida	13
3.1.1 Definição e classificação	13
3.1.2 Diagnóstico da sífilis adquirida	14
3.1.3 Tratamento da sífilis adquirida	15
3.1.4 Diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação	17
3.2 Sífilis congênita	18
3.2.1 Definição e epidemiologia	18
3.2.2 Diagnóstico da sífilis congênita	21
3.2.3 Tratamento da sífilis congênita	22
3.3 Sífilis e a Rede de Atenção à Saúde	23
3.4 Pandemia de COVID-19 e sífilis	25
4 METODOLOGIA	26
4.1 Tipo do estudo	26
4.2 Cenário e participantes do estudo	27
4.3 Coleta de dados	28
4.4 Aspectos éticos	29

CAPÍTULO II

Artigo original	31
-----------------	----

CAPÍTULO III

Produto técnico tecnológico: oficina	50
--------------------------------------	----

CAPÍTULO IV

Considerações finais	57
----------------------	----

BIBLIOGRAFIA	59
--------------	----

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados 1	68
---	----

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados 2	69
---	----

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido	70
--	----

ANEXO B – Parecer de aprovação ética do projeto de pesquisa	72
---	----

ANEXO C – Comprovante de aceitação do artigo para publicação	77
--	----

ANEXO D – Narrativas das gestantes	78
------------------------------------	----

ANEXOS E – Fotos da oficina com a equipe de saúde	102
---	-----

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis alcançam uma estimativa de mais de um milhão de casos diários no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Entre elas destaca-se a Sífilis, uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios variados de gravidade, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo (WHO, 2016).

Trata-se de uma doença conhecida há séculos. Seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema*, da subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual, contudo, pode ocorrer transmissão vertical para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada.

Apesar da facilidade atual em diagnosticar e tratar a sífilis, ela persiste como uma presença epidêmica em nossa sociedade. Aproximadamente são detectados no mundo doze milhões de casos da doença por ano em adultos, sendo cerca de 1,85% em gestantes. Calcula-se que 90% dos casos acontecem nos países em desenvolvimento (Griebeler, 2009; WHO, 2016).

Estima-se que no Brasil, até o ano 2018, a doença apresentou uma constância no crescimento de suas taxas de detecção e, no ano seguinte, manteve-se estável, com 77,8 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2020). Em 2020, com a pandemia de *Corona Virus Disease* (COVID-19) houve uma queda aproximada de 24,1% nesse índice. Porém, em 2021, os números voltaram a atingir valores pré-pandêmicos (BRASIL, 2022).

Quanto aos dados epidemiológicos da sífilis durante o período gestacional, registra-se que cerca de 1,8 milhão das gestantes no mundo são acometidas por esta enfermidade (BRASIL, 2020). Nestas, a doença permaneceu em ascensão, porém de maneira lenta, entre 2018 até 2022. Nos sete anos que antecederam este período, houve um crescimento de 3,6 vezes na taxa de detecção desse grupo, mas, apesar disso, a pandemia não teve impacto na redução dessa taxa em comparação com a sífilis adquirida. Isto se deve ao fato de que durante o pré-natal o rastreamento ocorre em dois momentos durante o acompanhamento das gestantes, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Esses dados despertam a necessidade de um cuidado minucioso na

realização do pré-natal nas gestantes, pois este período permite um rastreamento completo de possíveis agravos à saúde, incluindo exames laboratoriais, como *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) utilizado para o diagnóstico da sífilis, que se tratada precocemente e em tempo hábil, pode reduzir danos à saúde materna e fetal (BRASIL, 2017; BRASIL 2020).

Apesar da disponibilidade das medidas preventivas e tratamentos eficazes, a transmissão vertical da sífilis continua a ser motivo de grande preocupação (Souza, Rodrigues, Gomes, 2018). Demonstra-se que metade das gestações em mulheres com sífilis não tratada terá desfechos gestacionais adversos, entre eles abortamentos, partos prematuros, retardo do crescimento intrauterino (RCUI) e até óbito neonatal (Korenromp *et al.*, 2019).

A sífilis congênita continua a persistir em todo o mundo, apesar de ser evitável se a triagem sorológica no pré-natal estiver correta e o tratamento adequado e oportuno com penicilina benzatina for realizado. Assim, é fundamental discutir tendências epidemiológicas, fisiopatológicas, diagnósticas e manejo da sífilis congênita, bem como a importância do papel da equipe em saúde na sua identificação precoce e nas intervenções oportunas necessárias para minimizar as sequelas (Nunes *et al.*, 2017; Nunes *et al.*, 2021).

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical intrauterina de sífilis varia de 60 a 80%. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe, sendo maior nos estágios primário e secundário, e pelo tempo no qual o feto foi exposto.

A cada ano, estima-se que cerca de 1,8 milhão de casos de sífilis gestacional ocorram por ano no mundo. Em 2016, na América, foi identificada uma prevalência com variação entre 0,7 a 0,9% (Korenromp *et al.*, 2019). Na realidade brasileira foram notificados em 2013, cerca de 37.436 casos de sífilis durante o período gestacional. No entanto, em 2019, esse índice subiu para 45.435 casos, atingindo em 2020 o patamar 61.127 casos (SINAN, 2020).

No estado do Rio Grande do Norte, em 2021, a incidência de sífilis congênita atingiu 13,5 casos por cada mil nascidos vivos, colocando o estado entre as dez Unidades Federativas (UF) com taxas superiores à média nacional. Dentro da 7ª Região Estadual de Saúde, o município em estudo apresentou uma taxa de incidência de sífilis congênita de 8,1 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2022b).

Os dados fornecidos pela Secretaria do Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte demonstram um crescimento nos casos de sífilis adquirida em 2021,

com 2.297 notificações, o que representa um incremento de 52,2% em relação ao ano anterior. Entre os municípios mais afetados encontram-se Natal e Parnamirim, com registros de 44,8% e 5,9%, respectivamente. No que diz respeito à sífilis em gestantes, houve um aumento de 22,9% no Rio Grande do Norte, com 1.169 casos notificados em comparação com o ano anterior. Em relação à sífilis congênita, observou-se um aumento de 14,8% de casos no Rio Grande do Norte em relação ao registrado em 2021 (SESAP, 2022).

Em 2010, os estados membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram a política pública “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita”, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir a incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 casos/1.000 nascimentos até o ano de 2015 (González, 2010).

Apesar de todas as diretrizes e ações desenvolvidas em nível nacional para a erradicação da sífilis na gestação, ainda estamos distantes do objetivo deste plano de ação estabelecido pela OPAS. Daí a importância desta pesquisa na identificação das dificuldades encontradas no diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional nos cenários regionais, durante o seguimento de gestantes por ocasião do pré-natal.

A Atenção Primária à Saúde desempenha um papel relevante em promover atividades visando o enfrentamento das dificuldades no processo de atenção à saúde e doença comunitárias, buscando o cuidado constante e de longo prazo aos pacientes e prevenindo, assim, agravos em saúde (Fonseca, 2012).

No entanto, estudos apontam inúmeros motivos para a ocorrência dessas falhas relacionadas ao cuidar, como a insuficiência de acesso à rede básica de saúde, a ausência de busca ativa dos parceiros para se submeterem aos testes diagnósticos, a escassez de insumos para a realização da sorologia e a falta de informações sobre a doença e possíveis reações adversas decorrentes da medicação (Soares, Aquino, 2020). Outros fatores também estão relacionados, como: a repulsa ao tratamento, a demora em iniciar o pré-natal, a falta dos testes treponêmicos e a longa espera dos resultados dos exames (Araújo *et al.*, 2019). Esses problemas afetam até 20,1% das gestantes com a doença, o que contribui para o crescimento da infecção da sífilis (Fernandes *et al.*, 2021).

As estratégias que podem ser utilizadas pela atenção básica para minimizar estes problemas são: a construção do vínculo com o usuário, a educação em saúde,

a distribuição de preservativos e a realização de testes rápidos (Fonseca, 2012).

Diante da problemática apresentada e considerando o impacto significativo da sífilis para a saúde pública, justifica-se a pesquisa para responder uma pergunta fundamental: quais são as barreiras enfrentadas pelas gestantes diagnosticadas com sífilis em seguimento pré-natal nas unidades de atenção básica de saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que tiveram filhos notificados com sífilis congênita e analisar as dificuldades para o diagnóstico e tratamento de sífilis gestacional durante o período de pré-natal na Atenção Primária à Saúde e na Maternidade do município de Parnamirim, Rio Grande do Norte.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes cujos filhos tenham sido notificados com o diagnóstico de sífilis congênita no município de Parnamirim, estado do Rio Grande do Norte.
- Descrever o itinerário terapêutico, desde o início do pré-natal da gestante cujo recém-nascido tenha apresentado diagnóstico sorológico pós-parto reagente para Sífilis Congênita.
- Identificar as barreiras de acesso aos serviços de saúde e investigar as percepções das gestantes sobre o atendimento recebido.
- Analisar os pontos de vulnerabilidade na assistência ao pré-natal e hospitalar das mulheres para o enfrentamento da Transmissão Vertical da sífilis.
- Capacitar os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal para o diagnóstico precoce, manejo clínico e tratamento eficaz da sífilis gestacional e congênita, com ênfase na prevenção da transmissão vertical, através da construção de uma oficina prática e teórica.

3 REVISÃO DA LITERATURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Sífilis Adquirida

3.1.1 Definição e classificação

A sífilis é uma doença infectocontagiosa transmitida por via sexual, transfusão de sangue contaminado, contato com lesões cutâneas infectadas ou de forma transplacentária da mãe para o bebê.

O agente etiológico, denominado *Treponema pallidum*, é uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, identificada e descrita em 1905 após o exame à fresco de amostra coletada de uma pápula vulvar de uma mulher com sífilis adquirida em sua forma primária (BRASIL, 2019; BRASIL, 2010). A sífilis se manifesta de maneira igualitária em ambos os sexos, independente da faixa etária, podendo afetar de forma abrangente todos os órgãos e sistemas do organismo (Carrara, 1996).

Trata-se de uma enfermidade caracterizada por uma evolução lenta, que, se não tratada, intercala fases sintomáticas e assintomáticas. As características clínicas são divididas em três fases (primária, secundária e terciária) e, após a fase secundária, há dois períodos de latência (recente e tardio) (BRASIL, 2010).

O período de incubação da doença varia de 10 a 90 dias. Após esse período, há o aparecimento de lesão única, indolor e de base endurecida no local de entrada da bactéria, o chamado “cancro duro”, indolor e pouco observado em mulheres. A lesão da sífilis primária possui secreção serosa que contém centenas de treponemas e após, aproximadamente, duas semanas ocorre a cura espontânea sem deixar marcas. Esta fase se caracteriza pela presença do cancro nas regiões genitais, com o desenvolvimento de linfonodos locais aparentes. Às vezes, pode aparecer lesões em outras regiões do corpo como boca, mamas e mãos (BRASIL, 2005; Kalinin, 2016).

A fase secundária caracteriza-se pelo surgimento de lesões em todo o corpo, após 5 semanas do desaparecimento do cancro, mas também pode ter manifestações como febre, desconforto generalizado, cefaleia e linfadenopatias disseminada pelo corpo. Neste estágio, as lesões apresentam-se como máculas e pápulas, e a sintomatologia desaparece espontaneamente (BRASIL, 2005; BRASIL, 2015).

Quando não tratada, a doença progride para estágio conhecido como latente, que geralmente é assintomático, fazendo com que muitos pacientes permaneçam com

sintomas não evidentes, embora os exames sorológicos continuem positivando.

Na fase terciária, os sintomas se desenvolvem após décadas e alcançam aproximadamente 30% dos acometidos pela sífilis, sendo o estágio mais crítico da doença. Apresenta como quadro característico lesões ulcerativas, nodulares e assintomáticas que resultam no extenso comprometimento de tecidos, com potencial de afetar mucosas, tecidos moles, ossos, pele e órgãos internos (Kalinin, Neto, Passarelli, 2015). Outras manifestações clínicas graves como aneurisma de aorta ascendente, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca congestiva podem levar à demência, psicose, paralisia generalizada e, em muitos casos, podem resultar em morte do paciente em curto período de tempo (Santos, Sá, Lamarck, 2019).

3.1.2 Diagnóstico da sífilis adquirida

O diagnóstico laboratorial da sífilis pode ser conduzido através de diversas abordagens conforme o estágio da infecção. Existem dois tipos de teste que podem ser realizados para diagnosticá-la: os exames diretos e os testes imunológicos. Os exames diretos buscam observar o *Treponema pallidum* diretamente das lesões primárias ou secundárias e a coleta pode ser feita de diversas maneiras (Gaspar *et al.*, 2021; BRASIL, 2022).

Os exames diretos são realizados através da observação de material retirado de lesões ativas de sífilis primária ou secundária, sendo possível a visualização ou não das bactérias. A coleta de secreção serosa presente nas lesões abertas para identificar o treponema nas amostras frescas denomina-se exame de campo escuro. No outro tipo, é avaliado o esfregaço em lâminas ou cortes histológicos com reagentes variáveis, definida como pesquisa direta com material corado (BRASIL, 2022).

Os testes imunológicos avaliam a presença de anticorpos no sangue, soro ou plasma, e são classificados em duas categorias: os treponêmicos e não-treponêmicos. Os testes treponêmicos identificam a presença de anticorpo produzido contra os antígenos do treponema. Esses testes reagem facilmente e podem ser aplicados como primeiro teste ou para complementar outros exames.

Nesta categoria estão incluídos os testes rápidos, de hemaglutinação e aglutinação de partículas, imunofluorescência indireta e ensaios imunoenzimáticos. No entanto, esses testes são limitados, pois aproximadamente 85% dos casos

continua reagente após o tratamento (BRASIL, 2022).

Os testes não-treponêmicos avaliam o anticorpo anticardiolipina, que não é específico para os antígenos do treponema. Podem ser avaliados de forma qualitativa e quantitativa. Esses testes podem ser usados para diagnosticar e realizar o acompanhamento pós-tratamento. No Brasil, os testes não-treponêmicos mais realizados são do tipo VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) (Casal *et al.*, 2011).

Os testes rápidos (TR) são de grande importância, tendo sua implementação na Atenção Primária à Saúde (APS) implementada em 2012 pela Portaria nº 77 e continuam atualmente sendo disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde (Mizevski *et al.*, 2017).

3.1.3 Tratamento da sífilis adquirida

Para o tratamento da sífilis no adulto, a penicilina benzatina é considerada a principal droga de escolha. Mundialmente, ao longo dos anos não foram identificados casos de resistência do *Treponema pallidum* à penicilina. Existem outras opções alternativas para tratar a sífilis na gestante, como: a doxiciclina e a ceftriaxona, desde que utilizadas sob estrita supervisão clínica e monitoramento laboratorial para garantir a eficácia clínica e a cura sorológica (BRASIL, 2015).

Algumas situações específicas, tais como pessoas com perda de seguimento, sintomatologia de sífilis primária ou secundária ou sem diagnóstico prévio, como também as vítimas de violência sexual e gestantes, têm recomendação de tratamento imediato, devido à sua alta incidência (BRASIL, 2015). Após o tratamento, é importante realizar o acompanhamento por meio de testes não-treponêmicos como o VDRL para avaliar a resposta imunológica adequada através dos seguimentos de titulações seriadas (Seña *et al.*, 2018).

Recomenda-se que a via de administração para a benzilpenicilina benzatina seja a via intramuscular. O local preferencial para aplicação é a ventro-glútea devido à ausência de vasos e nervos críticos, além de apresentar menor espessura do tecido subcutâneo, o que resulta em um número limitado de efeitos adversos e de dor no local (COFEN, 2016).

Em caso de sífilis primária, secundária ou latente recente, utiliza-se a dose única de 2,4 milhões de Unidades Internacionais (UI) de penicilina G benzatina por via

intramuscular. Se for sífilis latente tardia ou com duração ignorada ou sífilis terciária, utiliza-se 2,4 milhões UI, porém uma dose por semana durante três semanas (BRASIL, 2022).

Há um consenso de que a administração da penicilina benzatina pode e deve ser realizada preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, alguns movimentos de conselhos de classes, em virtude do receio dos profissionais de saúde envolvendo a possibilidade de reações adversas, principalmente anafilaxia, tem contribuído para a perda da oportunidade de iniciar o tratamento imediatamente após o diagnóstico (BRASIL, 2019).

Entretanto, o Ministério da Saúde reforça que tal reação é muito rara, sendo em média 0,002% de risco, e o receio não é impeditivo para a administração da penicilina. Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) também ressalta a importância da administração desse medicamento e respalda os profissionais da enfermagem no que tange à sua aplicação (COFEN, 2017).

O temor dos profissionais de saúde em relação às possíveis consequências adversas da administração da penicilina, em particular a ocorrência de reação anafilática, pode levar à demora no tratamento adequado de indivíduos com sífilis, como também contribui para assegurar a cadeia de transmissão da doença e o desenvolvimento da sífilis (Freitas *et al.*, 2021).

No acompanhamento clínico-laboratorial de indivíduos com sífilis adquirida, é importante salientar que a titulação do teste não-treponêmico seja realizada a cada trimestre durante os primeiros 12 meses de acompanhamento (ou seja, nos meses 3, 6, 9 e 12) (BRASIL, 2022).

Esse acompanhamento desempenha um papel crucial na avaliação da resposta ao tratamento, na detecção de possíveis casos de reinfecção e na definição da abordagem adequada para cada situação (BRASIL, 2022). A avaliação da resposta ao tratamento é um requisito obrigatório e deve ser realizada em todos os níveis da rede de atenção ambulatorial à saúde (Freitas *et al.*, 2021).

3.1.4 Diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação

A sífilis na gestação continua sendo um problema significativo no Brasil, apesar do conhecimento existente sobre sua transmissão e consequência tanto para as gestantes quanto para os bebês (Nunes *et al.*, 2017). Tal enfermidade é prevenível

quando mãe e parceiro são diagnosticados, tratados de forma oportuna e adequada, apesar disso a incidência permanece alta (Domingues, Leal, 2016).

Isso ocorre devido a diversos fatores, incluindo a interrupção do tratamento durante a gravidez, a falta de acesso à medicação em algumas áreas do país, a dificuldade na adesão do parceiro ao tratamento, o que acarreta na reinfecção da paciente, e a orientação motivada por parte dos profissionais de saúde (Nunes *et al.*, 2017).

O pré-natal é um espaço oportuno para prevenir a transmissão e controle da sífilis congênita e comunitária, pois é durante este período que ocorre o diagnóstico nas gestantes e parceiros (Saraceni *et al.*, 2017).

A realização de uma anamnese criteriosa durante o pré-natal será determinante na condução clínica, possibilitando a escolha dos testes de triagem e confirmatórios no fechamento do diagnóstico epidemiológico e laboratorial, permitindo a escolha adequada do tratamento. Na história clínica são relevantes dados clínicos completos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente.

O diagnóstico é feito por exames diretos e testes imunológicos, mais utilizados na prática clínica. Atualmente, o diagnóstico da sífilis deve ser realizado durante as consultas do pré-natal, com as testagens obedecendo as diretrizes do Ministério da Saúde: no primeiro e terceiro trimestres, por ocasião do parto e em casos de abortamento, independente dos exames já realizados (BRASIL 2020).

Quando o diagnóstico de sífilis ocorre durante o pré-natal se associa ao risco da transmissão placentária e, se for mal conduzida, 40% dos casos apresenta desfechos desfavoráveis (Casal *et al.*, 2011).

Idealmente, deve-se combinar um teste treponêmico e um não-treponêmico para o diagnóstico e recomenda-se iniciar a investigação a partir de um teste treponêmico. Em casos de gestantes com qualquer teste para sífilis reagente, a primeira dose do tratamento deve ser iniciada sem a necessidade de aguardar o resultado de outro teste. No monitoramento da infecção, deve ser realizado mensalmente um teste não-treponêmico para controle (BRASIL, 2019).

Por meio da realização desses exames é possível o diagnóstico precoce e, dessa forma, ter tempo para tratar e acompanhar adequadamente as pacientes reagentes, evitando o crescimento dos casos e consequências desfavoráveis, como óbitos fetais e neonatais precoces, malformações fetais (surdez, cegueira, alterações ósseas e

neurológicas) e o aumento da transmissibilidade vertical nos dois primeiros trimestres devido à má condução da assistência (Alves *et al.*, 2016; Domingues *et al.*, 2021).

No entanto, é importante salientar que o protocolo terapêutico deve ser determinado conforme o estadiamento clínico da doença, levando em consideração os intervalos semanais, o local de administração e a dosagem estabelecida de medicamento (SÃO PAULO, 2010).

No pré-natal, os protocolos direcionados ao manejo clínico e tratamento da sífilis na gestante e no(s) parceiro(s), possibilita a diminuição da sífilis (Saraceni *et al.*, 2012). Portanto, é de extrema importância a execução de um pré-natal criterioso nas gestantes acometidas pela sífilis, a fim de evitar falhas na detecção e no tratamento da doença (Silva *et al.*, 2018).

Porém, quando se pensa na erradicação da sífilis a utilização e intensificação da tríade de vigilância-assistência-prevenção, pode ser uma das estratégias utilizadas para solucionar este problema de saúde pública (Saraceni *et al.*, 2017).

O tratamento adequado na gestação é realizado somente com penicilina benzatina com esquema a depender da fase da sífilis (BRASIL, 2018). A recomendação do Ministério da Saúde é iniciar o tratamento até o terceiro mês de gestação, com pelo menos seis consultas no pré-natal e os exames laboratoriais preconizados, incluindo o VDRL e o teste rápido de sífilis (Alves *et al.*, 2016).

Ao longo da gestação, é necessário realizar o monitoramento clínico-laboratorial com testes não-treponêmicos em sua base mensal. Após o parto, esse acompanhamento deve ocorrer trimestralmente até completar doze meses (Freitas *et al.*, 2021).

3.2 Sífilis Congênita

3.2.1 Definição e Epidemiologia

A sífilis congênita se caracteriza pela transmissão por via transplacentária, podendo ocorrer em diferentes momentos durante a gestação ou no momento do parto. Essa transmissão acontece quando a mãe é infectada e não recebe o tratamento devido, ou quando é realizado de maneira insatisfatória (Campos *et al.*, 2012; Andrade *et al.*, 2017).

A ocorrência de transmissão vertical da sífilis durante a gestação indica uma

falha na atenção pré-natal, revelando possíveis razões para esses índices, como: a falta de adesão da mãe ao pré-natal, a omissão na identificação de gestantes em situação de risco para a doença, a falta de comprometimento do casal com o tratamento e a execução inadequada ou incompleta do mesmo (Albuquerque *et al.*, 2015).

No Brasil, nos últimos cinco anos, observou-se um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à elevação no número de testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução da disponibilidade de penicilina na atenção básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (BRASIL, 2022).

A sífilis congênita representa um dos desfechos adversos mais graves, que podem ser evitados na gestação, levando a se tornar um evento sentinela. Pois, além de acarretar perdas fetais e perinatais, cerca de metade dos recém-nascidos acometidos pela sífilis enfrentam risco de sequelas físicas ou de desenvolvimento (Lima, 2004; Magalhães, Kawaguchi, Dias, 2011).

A sífilis no recém-nascido encontra-se na lista de agravos de notificação compulsória desde a Portaria 542, de 22 de dezembro de 1986. Porém, a sífilis em gestantes somente foi incluída nessa lista em 2005, através da Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. A notificação obrigatória da gestante tem como objetivo controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum* e acompanhar, adequadamente, o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle (BRASIL, 2006).

Atualmente, a portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2022).

Neste contexto, é importante destacar que a sífilis congênita impacta, de forma significativa a qualidade de vida das crianças acometidas por ela, ao ser comparada a dos adultos igualmente portadores. Isto se deve ao fato das crianças permanecerem expostas ao agente causador por um período prolongado (Albuquerque *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que o impacto gerado pela sífilis congênita no SUS vai além da saúde, chegando a atingir significativamente o setor financeiro. Os custos com os cuidados prestados aos bebês afetados pela sífilis são três vezes superiores quando

comparados aos dos não afetados. Isso se deve à necessidade de internação prolongada para a realização de diversos procedimentos diagnósticos, como sorologias, análise laboratorial e exames de imagem para avaliar o grau de comprometimento causado pela doença (BRASIL, 2015).

As consequências para o bebê dependerão do tempo de exposição ao agente etiológico, da carga treponêmica materna, da virulência da cepa, do tratamento materno, da coinfeção por HIV ou de outra causa de imunodeficiência, podendo acarretar aborto, natimortalidade ou óbito neonatal (BRASIL, 2017).

Nas fases primária e secundária da doença, a taxa de infecção da transmissão vertical em mulheres não tratadas varia de 70 a 100%, enquanto que nas fases tardias (latente tardia e terciária), a taxa reduz-se para cerca de 30% (BRASIL, 2019).

A sífilis congênita precoce pode surgir até o segundo ano de vida. Definindo-se a sífilis congênita tardia como aquela em que os sinais e sintomas surgem após os dois anos de idade da criança. Crianças com sífilis congênita deverão ser investigadas ainda na maternidade quanto às manifestações clínicas, exames complementares e resultado do teste não-treponêmico. Quando a mãe não foi tratada ou foi inadequadamente tratada durante o pré-natal, a criança é classificada como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares (BRASIL, 2022).

Aproximadamente 60% a 90% dos recém-nascidos vivos com sífilis congênita são assintomáticos ao nascimento, apenas os casos mais graves nascem com sinais e sintomas. A presença de sinais e sintomas ao nascimento depende do momento de infecção intrauterina e do tratamento durante a gestação. São sinais mais frequentes: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite, osteíte ou osteocondrite (alterações visualizadas em estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serossanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitroclear), petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Os achados laboratoriais incluem anemia, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (BRASIL, 2022).

A infecção do sistema nervoso central pelo *T. pallidum*, ou neurosífilis, pode ser sintomática ou assintomática nas crianças com sífilis congênita. Acredita-se que ocorra em 60% das crianças com sífilis congênita com base na presença de alterações

no líquido, como reatividade no VDRL, pleocitose e aumento na proteinorraquia (BRASIL, 2022). Essa condição na criança é considerada grave, especialmente quando mal conduzida, podendo evoluir cronicamente. Além disso, a sífilis pode, em torno de 25% das gestações, determinar prematuridade, aborto tardio, óbitos neonatais e adoecimento neonatal (Barros, 2009; Andrade *et al.*, 2017).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico 2022, ao analisar a incidência de sífilis congênita no período de 2011 a 2017, observou-se um aumento significativo (17,6%) no número de casos. Nos anos seguintes, as taxas permaneceram estáveis, mas, em 2021, apresentaram um aumento de 16,7%. Neste ano, o crescimento pode ter sido reflexo das dificuldades enfrentadas na pandemia de COVID-19 quanto às medidas preventivas realizadas durante o pré-natal (BRASIL, 2022).

Conforme as orientações da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, é fundamental ampliar os esforços para a eliminação da sífilis congênita, visando alcançar taxas de atendimento adequado de 95% ou mais, com gestantes corretamente tratadas. Para isso, recomenda realizar uma busca ativa precoce em todas as gestantes, garantir o acesso amplo aos cuidados com o pré-natal, disponibilizar teste de sífilis no primeiro e último trimestres da gestação, estendendo esse serviço ao companheiro, realizar o acompanhamento durante o tratamento para garantir a conclusão do esquema completo, registrar os resultados dos exames e tratamento na caderneta gestacional e realizar as notificações adequadas (BRASIL, 2022).

3.2.2 Diagnóstico da sífilis congênita

Nas UBS e nas redes de apoio para detectar a sífilis congênita, o teste não-treponêmico deve ser realizado em todos os recém-nascidos cujas mães foram diagnosticadas com sífilis durante a gestação pelo teste treponêmico (teste rápido). A coleta do VDRL deve ser feita a partir do sangue periférico do recém-nascido, pois coletar sangue do cordão pode resultar em falso positivo (BRASIL, 2022).

Nos casos de sífilis congênita, o *T. pallidum* é liberado diretamente na circulação fetal, resultando em ampla disseminação das espiroquetas por quase todos os órgãos e sistemas. As manifestações clínicas decorrem da resposta inflamatória e são variáveis, sendo ossos, fígado, pâncreas, intestinos, rins e baço os órgãos mais frequente e gravemente envolvidos. Desta forma, a investigação diagnóstica com

exames complementares tem como objetivo a identificação destas alterações. Os exames complementares obrigatórios são: hemograma, plaquetas, testes de avaliação para função hepática, renal e pancreática, líquido cefalorraquidiano (LCR), radiografia de ossos longos e tórax e neuroimagem a critério clínico (BRASIL, 2022).

A testagem sorológica não-treponêmica pareada do binômio mãe-bebê deve ser realizada para garantir o resultado mais fidedigno. Deverão ser repetidos com um, três, seis, doze e dezoito meses de idade e interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos. Espera-se que os testes não-treponêmicos declinem aos três meses de idade, devendo ser não reagentes aos seis meses, caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório. É importante ressaltar que a decisão de tratamento da sífilis congênita não deve ser baseada apenas no resultado do teste, mas sim em uma avaliação conjunta do quadro clínico, epidemiológico e do exame laboratorial (BRASIL, 2022).

3.2.3 Tratamento da sífilis congênita

O medicamento para tratamento de bebês com sífilis congênita é a benzilpenicilina (potássica/cristalina/procaína ou benzatina) a depender do cenário materno durante a gestação e/ou titulação do teste não-treponêmico da criança comparado ao materno e/ou titulação de VDRL da criança comparado ao materno e/ou exames clínico e laboratorial da criança. A penicilina cristalina, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, é o medicamento de escolha, sendo obrigatória a internação hospitalar.

Deve ser aplicada Benzilpenicilina cristalina 50.000 UI por kg, a cada doze horas por via endovenosa, em crianças com até seis dias de nascidas, ou a cada oito horas naquelas com sete ou mais dias de nascimento, sendo o tratamento realizado de forma hospitalar, devendo ambos os esquemas serem executados no período de dez dias. Este tratamento é considerado padrão (BRASIL, 2021).

Nas crianças assintomáticas com ausência de alterações nos exames laboratoriais, físicos e radiográficos e teste não-treponêmico negativo, o tratamento de escolha deve ser Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI por kg, dosagem única. Porém, quando o diagnóstico não-treponêmico da sífilis congênita se confirma, o esquema terapêutico utilizado é Benzilpenicilina cristalina 50.000 UI por kg, por via

endovenosa, podendo ser administrada por dez dias. É fundamental retomar o tratamento caso ocorra um atraso de mais de 24 horas na administração da dose (BRASIL, 2022).

Até o momento, não há evidências científicas da eficácia do uso da ceftriaxona no tratamento de sífilis congênita e, portanto, reforça-se que esta medicação poderá ser utilizada como alternativa somente em situações de indisponibilidade das benzilpenicilinas potássica (cristalina) e procaína. Também não se observa evidência de resistência do *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo (BRASIL, 2022).

O tratamento não é necessário apenas quando uma criança, que foi exposta à sífilis, nasce sem sintomas, desde que a mãe tenha recebido tratamento adequado e o teste não-treponêmico da criança seja não reativo ou reativo com uma titulação igual ou menor a da mãe, podendo até ser maior em uma diluição. No entanto essas crianças requerem acompanhamento na Atenção Básica, onde serão submetidas a seguimento adequado clínico e laboratorial (BRASIL, 2022).

Quando realizado o tratamento da sífilis congênita nos primeiros três meses de vida, pode prevenir algumas manifestações clínicas, embora não seja capaz de evitar todas elas (BRASIL, 2022).

3.3 Sífilis e a Rede de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) exerce um papel central no enfrentamento da sífilis, por abranger diferentes níveis de assistência e serviços, que vai da atenção básica até a especializada. Estratégias inovadoras de integração dos serviços de saúde têm sido propostas, tendo como pilar o fortalecimento da APS, especialmente por meio da implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011; Damasceno, 2018).

A Atenção Primária à Saúde sendo a porta de entrada do sistema de saúde desempenha um papel relevante e estratégico na prevenção e detecção precoce da sífilis tem sido alvo de análise e reflexão no âmbito da saúde (Cavalcante, Pereira, Castro, 2017).

No contexto brasileiro, observa-se um investimento crescente em avanços tecnológicos e na implementação de políticas específicas para a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir a incidência de casos

de sífilis. No entanto, é inegável que diversos aspectos ainda exigem melhorias para transformar efetivamente essa situação, considerando o cenário epidemiológico atual. Nesse contexto, a atenção básica desempenha um papel crucial nesse processo (Dias *et al.*, 2018).

A gestão do cuidado voltada para sífilis está diretamente ligada à Atenção Primária à Saúde (APS), pois todas as fases do manejo da doença podem ser conduzidas nesse nível de atendimento. Para isso, é fundamental que os profissionais de saúde e os gestores se comprometam na elaboração e implementação de estratégias para a organização dos serviços e para melhoria da qualidade da assistência, além de promover a corresponsabilização dos usuários nas ações de prevenção e promoção da saúde (Figueiredo *et al.*, 2015). Suas ações são voltadas para o enfrentamento dos problemas no processo saúde-doença da população, objetivando realizar a continuidade do cuidado nos indivíduos (BRASIL, 2006).

Dentro dessas estratégias está o cuidado no pré-natal, que incorpora os protocolos de triagem de sífilis em gestantes e a subsequente terapia para a mulher e parceiro quando ambos são positivos (Saraceni, 2012).

Portanto, a APS constitui um ambiente propício para a gestão da sífilis congênita e gestacional, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico precoce e tratamento apropriado das gestantes (Saraceni, 2012). Isto se deve à potencialidade que exerce ao estabelecer o vínculo com a comunidade, e por ser um importante disseminador de informações como fonte primária na rede de saúde (Silva, Dantas, Vetorazo, 2021).

Assim, contribui para um desfecho positivo dos casos, por colaborar para a prestação de um atendimento de alta qualidade (Silva, Dantas, Vetorazo, 2021), gerando mudança no cenário epidemiológico da sífilis congênita e gestacional (Gomes *et al.*, 2013).

Neste contexto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para realizar a triagem e testagem adequadas, bem como orientar medidas preventivas (Amaral *et al.*, 2021).

A APS também é responsável por notificar os casos de sífilis em gestantes, aplicar e documentar o tratamento, orientar a gestante sobre os riscos de nova exposição, monitorá-la mensalmente com testes não-treponêmicos e encaminhá-la para o local de parto com o histórico de tratamento e seguimento documentados

(BRASIL, 2019).

Organizar a linha do cuidado é responsabilidade dos estados e municípios (BRASIL, 2019). A linha de Cuidado Integral em Saúde é definida como a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (Franco, Santos, Salgado, 2011).

3.4 Pandemia de COVID-19 e Sífilis

A pandemia de COVID-19 gerou impactos nas atividades desenvolvidas na atenção primária à saúde. Principalmente no que se refere à realização do pré-natal e monitoramento da sífilis. Foi observada uma queda nas notificações de sífilis congênita e sífilis gestacional a partir de março de 2020, alcançando uma redução de 55% no segundo semestre em relação ao primeiro daquele ano. Entretanto a sífilis adquirida sofreu a maior redução das notificações atingindo uma marca de 76% neste mesmo período (Moura *et al.*, 2021).

No período de 2020 a 2021 houve uma queda significativa de 24,1% na taxa de detecção de sífilis em todo o país quando comparado com 2019. É importante destacar que esses dois anos coincidiram com os momentos mais críticos da pandemia da COVID-19, quando medidas de isolamento e distanciamento social foram amplamente adotadas, o que pode ter impactado tanto na frequência das relações sexuais quanto na redução do número de parceiros (Menezes *et al.*, 2021).

A pandemia da COVID-19 acarretou modificações no perfil de atendimento, no monitoramento e na qualidade das notificações, o que certamente impactou significativamente na vida das pessoas, além de comprometer o controle e erradicação da sífilis. Ainda são levantadas hipóteses e suposições aparentes, quanto ao número de casos, pois os atendimentos ambulatoriais foram suspensos no primeiro e reiniciados no último trimestre de 2020.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo observacional de caráter descritivo do tipo transversal, prospectivo e de análise qualitativa, realizado entre setembro de 2023 e junho de 2024, referentes ao itinerário terapêutico de mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita.

O estudo qualitativo concentrou-se em questões referentes ao sentido, valores, desejos e comportamentos individuais, focado em interpretar as realidades sociais a partir da compreensão do significado que uma experiência tem para os participantes (Bauer, Gaskell, 2008; Jones, 2007).

Essa perspectiva está alinhada com uma abordagem moderna, pois enfatiza a avaliar a subjetividade e a espontaneidade nas relações humanas presentes no cotidiano (Minayo, 2001). Nesta metodologia são devidamente consideradas as emoções e os pensamentos dos indivíduos. Tal abordagem foi escolhida deliberadamente para a aplicação neste estudo, pois ele satisfaz as questões levantadas pela pesquisa.

Diante do objetivo principal desta investigação, a abordagem apropriada para descrever todo processo de identificação e registro das dificuldades enfrentadas pelo diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante durante o pré-natal foi adotar o Itinerário terapêutico.

O Itinerário terapêutico consiste em descrever o caminho percorrido pelas pessoas durante seu tratamento. Ao longo desse processo, são identificadas diversas abordagens para solucionar as dificuldades encontradas, sendo essencial considerar os aspectos socioculturais tanto individuais como coletivos. A análise foi conduzida sem restrições, levando em conta a experiência subjetiva de cada indivíduo durante todo processo de tratamento (Alves, Souza, 1999).

A decisão de analisar as entrevistas é ancorada em Minayo, que afirma que a amostragem em pesquisa qualitativa deve estar sempre acompanhada do conceito de provisoriedade, porque não há uma medida estabelecida para a compreensão da diversidade e intensidade das entrevistas (Minayo, 2017).

Este modelo pode ser caracterizado pelo percurso descrito na busca por cuidados de saúde, com o objetivo de sanar questões através de recurso que auxilia na

preservação ou recuperação do bem-estar. Este processo envolve a implementação de um conjunto de estratégias e práticas destinadas ao tratamento da doença (Pinho, Pereira, 2012).

A abordagem utilizada pela pesquisa foi a história oral que consiste em honrar as lembranças e vivências de pessoas, por meio da narração oral detalhada das suas experiências de vida. Nesse processo, o narrador teve a liberdade de compartilhar suas experiências e contribuir como um participante ativo, sendo referido como colaborador (Meihy, 2002).

4.2 Cenário e Participantes do Estudo

O presente estudo teve como cenário o município potiguar de Parnamirim, pertence à 7ª Região Estadual de Saúde. Em 2022, sua população estimada foi de 252.716 pessoas. No contexto da saúde, o município conta com 29 Unidades Básicas de Saúde, 57 Unidades de Estratégia de Saúde da Família, um centro de serviços especializados e complementares, um serviço integrado de saúde, o Hospital Municipal Márcio Marinho, o Serviço de Vigilância em Saúde, o SAMU e uma UPA, além de laboratórios de análises clínicas contratualizados e hospitais públicos e privados.

A pesquisa foi conduzida no Hospital Maternidade Divino Amor localizado no centro da cidade de Parnamirim, no estado Rio Grande do Norte. Esta maternidade conta com os seguintes setores: alojamento conjunto, sala de parto, bloco cirúrgico, enfermaria, UTI neonatal e ambulatório de emergência materno-infantil. Além disso, a pesquisa também incluiu as Unidades Básicas de Saúde do município, onde as gestantes realizaram o pré-natal.

A amostra foi composta por puérperas cujos bebês foram diagnosticados com sífilis congênita na maternidade e seguiram internados na unidade hospitalar por indicação de tratamento com antibioticoterapia penicilínica durante dez dias seguidos após nascimento.

A estratégia de investigação utilizada foi a entrevista semiestruturada, que consiste na interação entre no mínimo duas pessoas, através de perguntas abertas e estimuladas. As perguntas foram planejadas antes do momento da entrevista, para que a conversa entre entrevistador e entrevistado se mantivesse em torno dos objetivos e tema da pesquisa. Já os estímulos não foram previamente definidos e

serviram como encorajamento para que o entrevistado continuasse a falar e aprofundar o assunto. Essa metodologia de entrevista permite o aprofundamento de opiniões e visões (Gray, 2012; Creswell, 2014).

Os objetivos foram traçados a partir do itinerário terapêutico vivenciado pelas parturientes desde a gestação até o parto, além de tentar identificar possíveis barreiras de acesso e dificuldades para o diagnóstico e o tratamento. Foram utilizadas perguntas iniciais do tipo: “o que facilitou e o que dificultou o atendimento à saúde durante a sua gestação?” e “como foi a sua experiência nesse pré-natal?”

Após a coleta dos dados, foi estabelecido o perfil epidemiológico das pacientes pesquisadas. Adicionalmente, foi desenvolvida uma oficina de sensibilização direcionada aos profissionais de saúde das UBS parceiras com o objetivo de fortalecer e aprimorar a assistência prestada às gestantes durante o pré-natal, bem como incentivar a implementação dos protocolos e cuidados relacionados à sífilis gestacional e congênita.

A pesquisa envolveu puérperas com diagnóstico de sífilis gestacional, na faixa etária de 18 a 49 anos. Os critérios de exclusão incluíram puérperas menores de 18 anos de idade, as com limitações cognitivas para participarem da entrevista e as que se recusaram a participar da pesquisa.

4.3 Coleta de Dados

A pesquisa foi executada em três etapas: a primeira foi a identificação das fichas de notificação compulsória dos casos de sífilis na gestante e no recém-nascido. O setor de Vigilância Epidemiológica do Hospital e Maternidade Divino Amor, no município de Parnamirim, foi responsável pela detecção e identificação dos binômios mãe-bebê no pós-parto imediato ainda ingressados na maternidade. O objetivo desta fase foi a realização da coleta de dados sociodemográfico das pacientes.

Na etapa seguinte, foi feita uma busca ativa destes binômios no setor de alojamento conjunto, onde ambos ficaram internados para tratamento. A pesquisadora abordou a puérpera para esclarecer os detalhes da pesquisa. Havendo concordância da puérpera em participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) lhe foi entregue para leitura, compreensão e assinatura. Em seguida, foi aplicado o questionário com perguntas semiestruturadas, que foram gravadas. Nosso objetivo foi identificar as características da vida da mãe, a qualidade

do pré-natal realizado durante a gestação, além das dificuldades encontradas em relação ao acesso, diagnóstico e tratamento da sífilis neste período.

Por fim, a terceira etapa foi composta pela coleta de dados na caderneta do pré-natal e no prontuário do binômio, onde constam os dados socioepidemiológico e os registros com possíveis diagnósticos e tratamento nas cadernetas das gestantes. A partir dessas variáveis foi construído um banco de dados composto potencializado pelas entrevistas e registro das narrativas orais de cada puérpera.

De acordo com o pressuposto da história oral para o processo analítico das entrevistas foram propostas três fases: transcrição, textualização e transcrição. Na primeira fase, as falas gravadas foram colocadas em formato de texto bruto e fidedigno, com tudo que foi relatado por cada entrevistada. Na segunda fase, o texto sofreu correções ortográficas para dar mais clareza e facilitar a compreensão das narrativas. A última fase resultou na ampliação dos relatos, acrescidos da linguagem não verbal percebida e registrada na entrevista (Meihy, Holanda, 2019; Meihy, Seawright, 2020).

Para a avaliação dos relatos foi realizada a pré-análise com uma leitura exhaustiva, recortes das falas e codificação dos dados. Em seguida, foi feita uma exploração do conteúdo, agrupando as falas e definição dos eixos temáticos. E, por fim, uma fase de análise e interpretação dos resultados à luz da estrutura teórica e em comparação com o corpo de literatura relevante que contribuíram para a construção da narrativa e descrição do itinerário terapêutico (Bardin, 2011).

4.4 Aspectos Éticos

O estudo foi conduzido conforme a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A investigadora envolvida assumiu o compromisso de seguir todos os preceitos éticos e legais.

O projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil e, em seguida, ao Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas da UFPB. A coleta de dados só teve início após a aprovação pelo CEP. As pacientes receberam todos os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e as que concordaram em participar da pesquisa receberam os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No TCLE foram descritos os objetivos da pesquisa, a justificativa, os riscos e

benefícios, bem como a liberdade de participação espontânea, o direito da desistência dos participantes em qualquer etapa da pesquisa e o direito à privacidade e ao anonimato. Também constou no termo que as informações obtidas seriam utilizadas para uso exclusivamente científico, com o objetivo de produzir conhecimento para a área da saúde. As entrevistas das participantes foram mantidas sob a responsabilidade da orientadora e pesquisadora responsáveis.

Os riscos aos quais os participantes poderiam ser submetidos foram considerados mínimos, por haver uma pequena possibilidade de constrangimento. A integridade física e moral lhes foram garantidas. Além disso, a identidade das pacientes foi mantida em sigilo, respeitando os seus valores culturais, morais, éticos e sociais. Para garantir o anonimato, utilizou-se a letra 'P' (participante), seguida do numeral ordinal, para identificar as entrevistadas. A gravação ocorreu após assinaturas do TCLE em duas vias, uma para a pesquisadora e uma para a participante.

Como benefícios, a pesquisa busca a identificação de fatores que levaram à falha da assistência prestada às gestantes com sífilis, com o objetivo de subsidiar a construção de protocolos e novas rotinas nos serviços que contribuirão para uma assistência de qualidade a esse público, minimizando os riscos de complicações ao binômio mãe-bebê durante parto e puerpério, como, também, futuras repercussões à saúde de ambos.

A expectativa é que tal experiência colabore com o fortalecimento do cuidado integral às gestantes acometidas pela sífilis, qualificando as ações de promoção, tratamento e seguimento na atenção primária à saúde, favorecendo o protagonismo das equipes e a articulação entre os pontos de atenção da rede. Assim, esta proposta apresenta uma relação direta com a sociedade e seus interesses sanitários, visando impactar positivamente os indicadores de sífilis adquirida e congênita, melhorando a saúde da população.

CAPÍTULO II

No capítulo dois abordo o primeiro de dois produtos desenvolvidos ao longo desta dissertação. Trata-se de um artigo publicado na Revista *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. O artigo original resultou do recorte da dissertação descrevendo as dificuldades encontradas nos itinerários terapêuticos das pacientes com sífilis gestacional e seus filhos acometidos por transmissão vertical.

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E DIFICULDADES IDENTIFICADAS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL

THERAPEUTIC ITINERARIES AND DIFFICULTIES IDENTIFIED IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SYPHILIS IN PREGNANT WOMEN DURING PRENATAL

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS Y DIFICULTADES IDENTIFICADAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN MUJERES EMBARAZADAS DURANTE EL PRENATAL

DOI: 10.55905/revconv.17n.12-103

Originals received: 10/04/2024

Acceptance for publication: 10/30/2024

Tatiane Barbosa Soares Silva

Mestranda pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde)

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

João Pessoa – PB, Brasil

Email: tatinefro2020@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9945-3194>

Liniker Scolfild Rodrigues da Silva

Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS)

Faculdade de Ciências Médicas / Instituto de Ciências Biológicas da

Universidade de Pernambuco Recife – PE, Brasil

Email: liniker.scolfild@upe.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3710-851X>

Valderez Araujo de Lima Ramos

Doutora em Pediatria pela Universidade Autônoma de Barcelona e Professora

do Departamento de Pediatria e Genética Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

João Pessoa – PB, Brasil

E-mail: valderezjp@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4034-9827>

RESUMO

Objetivo: Elaborar os itinerários terapêuticos percorridos pelas puérperas que tiveram bebês notificados com sífilis congênita e analisar as dificuldades para o tratamento de sífilis gestacional durante o período de pré-natal na APS e assistência hospitalar por ocasião do parto. **Método:** Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo do tipo transversal, prospectivo e de análise qualitativa a ser realizado entre setembro de 2023 e junho de 2024. Os dados foram coletados através da realização de entrevista e a aplicação de questionário semiestruturado constando dados socioepidemiológicos e perguntas referente à trajetória desde do pré-natal ao parto. A partir dessas variáveis foi construído um banco de dados composto pelas narrativas clínicas das puérperas e posteriormente analisadas de modo descritivo. **Resultados:** Os dados sociodemográficos da pesquisa identificaram que no perfil das pacientes 66,6% eram de faixa etária compreendida entre 20 a 29 anos e 100% possuía renda abaixo de 2 salários mínimos. Neste grupo 75% das gestantes eram pardas e 66,6% não possuíam profissão. Foi observado que 50% delas realizaram um pré-natal conforme orienta o Ministério da Saúde (MS). No tocante às narrativas das mesmas foram distribuídas em quatro categorias temáticas: a) dificuldades para acesso no serviço de saúde para iniciar o pré-natal, b) dificuldade para tratamento do parceiro, c) dificuldades enfrentadas no pré-natal na realização dos exames referentes à sífilis e d) dificuldades encontradas pelas gestantes para iniciar o tratamento. **Considerações Finais:** Foram percebidas e identificadas falhas das equipe profissionais na realização dos pré-natais que resultaram na continuidade da cadeia de contaminação da transmissão vertical (TV) da sífilis, gerando algumas instabilidade emocionais em pacientes e familiares. Também foram visualizadas algumas barreiras estruturantes na rede de saúde que dificultaram a realização de uma assistência qualificada às gestantes. Concluímos a partir deste panorama que são necessários mais investimentos em educação permanente em saúde nas UBS além de capacitações em manejo clínico da sífilis na gestante e seu bebê para os profissionais que fazem a assistência ao pré-natal.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Atenção básica; Transmissão vertical; Itinerário terapêutico.

ABSTRACT

Objective: To elaborate the therapeutic itineraries followed by puerperal women who had babies reported with congenital syphilis and to analyze the difficulties in treating gestational syphilis during the prenatal period in PHC and hospital care at the time of delivery. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional, prospective, and qualitative observational study to be carried out between September 2023 and June 2024. Data were collected through interviews and the application of a semi-structured questionnaire containing socioepidemiological data and questions regarding the trajectory from prenatal care to delivery; from these variables, a database composed of the clinical narratives of the puerperal women was constructed, which were later analyzed descriptively. **Results:** The sociodemographic data of the research identified that in the profile of the patients, 66.6% were in the age group between 20 and 29 years old; 100% had an income below 2 minimum wages. In this group, 75% of the pregnant women were brown and 66.6% did not have a profession. It was observed that 50% of them underwent prenatal care as recommended by the Ministry of Health (MS). Regarding the narratives, they were distributed into four thematic categories: a) difficulties in accessing the health service to start prenatal care, b) difficulties in treating

the partner, c) difficulties faced during prenatal care in carrying out tests related to syphilis and d) difficulties encountered by pregnant women in starting treatment. **Final Considerations:** Failures of the professional teams in carrying out prenatal care were perceived and identified, which resulted in the continuation of the chain of contamination of vertical transmission (VT) of syphilis, generating some emotional instability in patients and family members. Some structural barriers in the health network were also seen, which made it difficult to provide qualified care to pregnant women. We conclude from this panorama that more investments in continuing health education in the UBS are necessary, in addition to training in clinical management of syphilis in pregnant women and their babies for professionals who provide prenatal care.

Keywords: Syphilis in Pregnant Women; Primary Care; Vertical Transmission; Therapeutic Itinerary.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar los itinerarios terapéuticos seguidos por puérperas que tuvieron bebés reportados con sífilis congénita y analizar las dificultades en el tratamiento de la sífilis gestacional durante el período prenatal en la APS y en la atención hospitalaria en el momento del parto. **Método:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo con análisis cualitativo que ha sido hecho entre septiembre de 2023 y junio de 2024. Los datos fueron obtenidos mediante entrevistas y la aplicación de un cuestionario semiestructurado con datos socioepidemiológicos y preguntas sobre la trayectoria desde la atención prenatal hasta el parto; A partir de estas variables se construyó una base de datos compuesta por las narrativas clínicas de puérperas e posteriormente analizadas de forma descriptiva. **Resultados:** Los datos sociodemográficos de la investigación identificaron que en el perfil de los pacientes, el 66,6% tenía entre 20 y 29 años y el 100% tenía ingresos inferiores a 2 salarios mínimos. En este grupo, el 75% de las gestantes eran mestizas y el 66,6% no tenía profesión. Se observó que el 50% de ellas realizaron control prenatal según lo aconsejado por el Ministerio de Salud (MS). En cuanto a sus narrativas, se distribuyeron cuatro categorías temáticas: a) dificultades de acceso al servicio de salud para iniciar el cuidado prenatal, b) dificultad para tratar a la pareja, c) dificultades encontradas durante el control prenatal en la realización de pruebas de sífilis y d) dificultades encontradas por las mujeres embarazadas para iniciar el tratamiento. **Consideraciones Finales:** Se notaron e identificaron fallas del equipo profesional en la realización de la atención prenatal, resultando en la continuación de la cadena de contaminación de transmisión vertical (TV) de la sífilis, generando cierta inestabilidad emocional en pacientes y familiares. También se visualizaron algunas barreras estructurales en la red de salud que dificultaban brindar asistencia calificada a las mujeres embarazadas. Concluimos de este panorama que se necesitan más inversiones en educación continua en salud en la UBS, además de capacitación en el manejo clínico de la sífilis en gestantes y sus bebés para profesionales que brindan atención prenatal.

Palabras clave: Sífilis en Mujeres Embarazadas; Atención Básica; Transmisión Vertical; Ruta Terapéutica.

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis alcançam uma estimativa de mais de um milhão de casos diários no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Entre elas destaca-se a Sífilis, uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo (WHO, 2016).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, transmitida por via sexual, transfusão de sangue contaminado, contato com lesões cutâneas infectadas com o treponema ou vertical (Brasil, 2020). Apesar da facilidade atual em diagnosticar e tratar a sífilis, ela persiste em ser uma presença epidêmica em nossa sociedade. Aproximadamente são detectados no mundo doze milhões de casos da doença por ano em adultos, sendo cerca de 1,85% em gestantes (WHO, 2016).

A sífilis durante o período gestacional, registra-se que cerca de 1,8 milhão das gestantes no mundo são acometidas por esta enfermidade (Brasil, 2020). Nestas, a doença permaneceu em ascensão, porém de maneira lenta, entre 2018 até 2022.

Esses dados despertam a necessidade de um cuidado minucioso na realização do pré-natal nas gestantes, pois este período proporciona um rastreamento completo de possíveis agravos à saúde, incluindo exames laboratoriais, como VDRL utilizado para o diagnóstico da sífilis, que se tratado precocemente e em tempo hábil, pode reduzir danos à saúde da mãe e do feto (Brasil, 2017; Brasil 2020).

Apesar da disponibilidade de medidas preventivas e tratamentos eficazes, a transmissão vertical da sífilis continua sendo motivo de grande preocupação (Souza, Rodrigues, Gomes, 2018). A sífilis congênita (SC) continua a persistir em todo o mundo, apesar de ser evitável, quando ocorre a triagem sorológica pré-natal correta, tratamento adequado e oportuno com penicilina benzatina (Nunes *et al.*, 2021).

Os dados fornecidos pela Secretaria do Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (RN) revelam um crescimento nos casos de sífilis adquirida em 2021. Entre os municípios mais afetados encontra-se Natal, com registro de 44,8%, e Parnamirim com 5,9%. No que diz respeito à sífilis em gestantes, houve um aumento de 22,9% e na sífilis congênita, um aumento de 14,8% de casos quando comparado à 2021 (SESPRN, 2022).

Apesar de todas as diretrizes e ações desenvolvidas a nível nacional para a erradicação da sífilis na gestação, ainda estamos distantes do objetivo do plano de ação estabelecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Por isso a importância desta pesquisa na identificação das dificuldades encontradas no diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional nos cenários regionais, durante o seguimento de gestantes por ocasião do pré-natal.

A pesquisa tem o objetivo de elaborar o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que tiveram filhos notificados com sífilis congênita e analisar as dificuldades para o diagnóstico e tratamento de sífilis gestacional durante o período de pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a Maternidade em um município do Rio Grande do Norte.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo do tipo transversal, prospectivo e de análise qualitativa realizado entre setembro de 2023 e junho de 2024, referentes ao itinerário terapêutico de mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita.

O Itinerário terapêutico consiste em descrever o caminho percorrido pelas pessoas durante seu tratamento. Ao longo desse processo, são identificadas diversas abordagens para solucionar as dificuldades encontradas, sendo essencial considerar os aspectos socioculturais tanto individuais como coletivos. A análise é conduzida sem restrições, levando em conta a experiência subjetiva de cada indivíduo durante o todo processo de tratamento (Demétrio, Santana, Pereira-Santos, 2019).

A pesquisa foi conduzida, na enfermaria do Hospital Maternidade Divino Amor localizado no centro da cidade de Parnamirim, no estado do Rio Grande do Norte. A amostra foi composta por puérperas cujos bebês foram diagnosticados com sífilis congênita na maternidade e seguiram internados na unidade hospitalar por indicação de tratamento com antibioticoterapia penicilina durante dez dias seguidos após nascimento.

Os objetivos foram traçados a partir do itinerário terapêutico percorrido pelas parturientes durante a gestação, buscando identificar possíveis barreiras de acesso e dificuldades para o diagnóstico e tratamento durante o pré-natal. Foram utilizadas perguntas iniciais do tipo: “o que facilitou e o que dificultou o atendimento à saúde

durante a sua gestação?” e “como foi o seu percurso nesse pré-natal?”

Como critério de inclusão, foram selecionadas as puérperas com faixa etária entre 18 a 49 anos. Além disso, foram incluídas as puérperas com diagnóstico de sífilis na gestação que apresentaram evidências clínicas de sorologia não-treponêmica reagente e teste treponêmico positivo ou não realizados durante a gestação. Como critérios de exclusão constaram as mães menores de 18 anos de idade, puérperas com alterações cognitivas para participarem da entrevista e as pacientes que não aceitaram participar da pesquisa.

Na realização da pesquisa foi iniciada pela identificação das fichas de notificação compulsória dos casos de sífilis na gestante e congênita detectadas no setor de Vigilância Epidemiológica do Hospital e Maternidade Divino Amor no Município de Parnamirim, com o objetivo de identificar o binômio mãe-bebê ainda ingressos na Maternidade onde ocorreu o parto. Após a detecção do binômio foram coletados os dados sociodemográficos das pacientes no prontuário do binômio, na caderneta da gestante e em seguida a busca ativa do binômio no setor de Alojamento Conjunto onde ambos estavam internados para tratamento.

Em seguida a puérpera era abordada para os esclarecimentos referentes aos detalhes da pesquisa. Se a paciente concordava em participar, lhe era entregue o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura, compreensão e assinatura. Logo depois, foi aplicado um instrumento com perguntas estruturadas, que foram gravadas, com objetivo de identificar as características da vida da mãe, o pré-natal realizado durante a gestação e as dificuldades encontradas em relação ao acesso, diagnóstico e tratamento da sífilis neste período. A partir dessas variáveis foi construído um banco de dados composto por histórias com narrativas orais clínicas.

De acordo com o pressuposto da história oral para o processo analítico das entrevistas foram propostas três fases: transcrição, textualização e transcrição. Na primeira fase as falas gravadas foram colocadas em formato de texto bruto e fidedigno a tudo quanto foi relatado por cada colaborador. Na segunda fase, o texto sofreu as correções ortográficas para conferir clareza a narrativa. Na última fase procedeu-se a ampliação dos relatos, acrescidos da linguagem não verbal percebida e registrada na entrevista (Meihy, Holanda, 2019; Meihy, Seawright, 2020).

Para a avaliação dos relatos foi realizada uma pré-análise com leitura exaustiva, recortes das falas e codificação dos dados. Em seguida, foi feita uma exploração do conteúdo, agrupando as falas e posterior definição dos eixos temáticos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB/Centro de Ciências Médicas - CCM, CAAE: 73329423.6.0000.8069 e parecer nº 6.275.262. Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo e seus relatos foram identificados por letras e numeros do P1 a P12.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material para este estudo foi elaborado a partir da análise de doze entrevistas transcritas de gestantes cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita após o parto. Conforme os critérios estabelecidos pela pesquisa, foi traçado o perfil sociodemográfico das pacientes entrevistadas.

A faixa etária das participantes variou de 17 a 32 anos, com a faixa predominante entre 20 e 29 anos, correspondendo a 83,3% das mulheres entrevistadas.

Os resultados indicaram que 91,6% das pacientes se autodeclararam pardas e 100% residiam na zona urbana do município de Parnamirim, estado do Rio Grande do Norte.

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria das participantes completou apenas o ensino fundamental incompleto (33,33%), enquanto 25% delas haviam concluído o ensino médio incompleto e 25% o ensino superior incompleto. Quanto à renda familiar, 100% das participantes apresentavam uma renda abaixo de dois salários mínimos. Além disso, 75% das mulheres não possuíam profissão, com apenas 25% tinham profissões estabelecidas.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficos das puérperas do Hospital Maternidade Divino Amor			
Variáveis	Categorias	Frequências	
		f	%
Idade	< 20 anos	1	8,3
	20-29 anos	10	83,33
	30 anos	1	8,3
Raça	Branco	1	8,3
	Pardo	11	91,6
Escolaridade	Médio completo	6	50
	Fundamental	4	33
	Não responderam	2	16,6
Profissão	Possuem	3	25
	Não possuem	9	75

Fonte: Dados primários da pesquisa (2024).

Dado o exposto, foi possível discorrer sobre as seguintes problemáticas:

DIFICULDADES PARA O ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE PARA INICIAR O PRÉ-NATAL

Priorizar a redução das disparidades no acesso aos cuidados de saúde é uma meta importante para os países em desenvolvimento. No Brasil, diversas estratégias foram renovadas com o intuito de aprimorar o acesso da população aos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, com ênfase especial na atenção primária, que serve como porta de entrada para esses serviços (Guanabara *et al.*, 2017).

Devido a esse papel central como primeiro ponto de contato no sistema de saúde, o acesso implica na capacidade das pessoas de receberem os serviços de que reportam no local e momento adequados (Guanabara *et al.*, 2017).

Apesar do aumento na cobertura da atenção pré-natal nos municípios brasileiros, o que resultou em uma maior detecção de casos de sífilis em gestantes, a redução da taxa de incidência de sífilis congênita não foi alcançada e estão aquém das metas internacionais estabelecidas. Isso sugere que algumas mulheres com sífilis durante a gestação não tiveram acesso ao tratamento adequado (Brasil, 2018; Soares, Aquino, 2021).

Ao longo dos anos, diversos fatores contribuíram para o crescimento da doença, o que indica uma vulnerabilidade na prestação da assistência durante os pré-natais. Esses fatores podem ser relacionados aos desafios no acesso aos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2020).

Por isso é essencial aumentar a disponibilidade e a qualidade dos cuidados pré-natais prestados, com o objetivo oferecer diagnóstico precoce e iniciar o tratamento de forma oportuna, pois essas são algumas das medidas cruciais para erradicar a sífilis congênita (Silva *et al.*, 2020).

Estudos afirmam que as dificuldades no tratamento da sífilis durante a gestação decorrem, principalmente, da insuficiência ao acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde e consequentemente as gestantes iniciam tardiamente seu pré-natal (Soares, Aquino, 2021; Araújo *et al.*, 2019).

Esses obstáculos ao acesso no serviço de saúde para iniciar as consultas de pré-natal é uma realidade identificada neste estudo, como podemos ver na fala da paciente P5:

(P5) “... porque eu procurei muito o posto e nunca estava disponível, principalmente o de Natal, e como eu sou de NATAL e estava

morando em nova Parnamirim estava sendo difícil marcar... o posto lá era bem problemático, num dia não tava marcando, tinha que voltar outro dia, estava tarde. Tentei mais ou menos sete vezes para iniciar as consulta do pré-natal no POSTO João Dias em Nova Parnamirim...”

A paciente descreve que precisou ir à unidade de saúde por diversas vezes para conseguir marcar a primeira consulta do pré-natal. Essa situação prejudica a prestação de uma assistência preventiva adequada, sendo o começo do pré-natal tardio um fator significativo, que contribui para o aumento da mortalidade materna e neonatal.

Fernandes *et al.* (2021) ressaltam que com o início rápido do tratamento, a probabilidade de transmissão para o recém-nascido é mínima e os danos são significativamente reduzidos. Esses empecilhos fazem com que muitas gestantes retardem o início das consultas pré-natais e, conseqüentemente, a realização do teste para detectar a sífilis. Para essas mulheres é essencial garantir a continuidade do atendimento, bem como um cuidado especial para monitorar o tratamento (Guanabara *et al.*, 2017).

A dificuldade enfrentada pelas usuárias para acessar o serviço é identificada como um fator prejudicial ao diagnóstico precoce da infecção em mulheres grávidas. Essas circunstâncias significativas, podem contribuir para os elevados índices de casos de sífilis gestacional (Macêdo *et al.*, 2020).

O período ideal para a realização do diagnóstico da sífilis gestacional é durante o primeiro trimestre. Isso é facilmente garantido quando há identificação precoce das gestantes e a implementação de testes rápidos nas unidades de saúde primária (Guanabara *et al.*, 2017).

O diagnóstico tardio e um tratamento inadequado durante a gestação aumenta o risco de transmissão fetal (Soares, Aquino, 2021). Assegurar o bloqueio da transmissão vertical da sífilis é crucial, e isso depende do acesso, do cuidado e da qualidade dos serviços de saúde para as mães (Paho, 2017).

DIFICULDADES PARA TRATAMENTO DO PARCEIRO

A realização do tratamento da sífilis com Penicilina G Benzatina, tanto da gestante quanto de seu parceiro, é amplamente reconhecida como a estratégia mais

eficaz na prevenção da Transmissão Vertical (TV) da sífilis congênita. Se for tratada até 28 semanas de gestação, pode alcançar uma taxa de segurança de 97% (Domingues *et al.*, 2016). Tal cuidado deve ser realizado especialmente pela atenção primária em saúde, com foco em assegurar o acompanhamento e tratamento adequado nas gestantes e seus parceiros (Figueiredo *et al.*, 2015). A recomendação para tratar o parceiro visa tanto fornecer cuidados aos indivíduos expostos quanto evitar a reinfecção da gestante (Lotzker, Murphy, Stoltey, 2018).

Quando o tratamento é realizado apenas pela mulher, o risco de reinfecção é alto. É importante ressaltar que apesar do teste rápido do parceiro resultar em não reagente, deve-se considerar a possibilidade de uma janela imunológica. Por isso, é recomendado solicitar o exame de VDRL e administrar a primeira dose de penicilina benzatina (Canto, 2016). No entanto, isso tem sido um grande desafio para saúde.

Tal problema pode ocorrer devido aos obstáculos encontrados para abordar e tratar os parceiros das gestantes acometidas pela sífilis. Entre eles destacam-se ausência de parceiros nas consultas de pré-natal, falta de vínculo entre os profissionais de saúde com os parceiros, e o temor e desconforto relacionados à administração intramuscular da medicação referidos pelos mesmos (Hebmuller, Fiori, Lago, 2015; Brasil, 2017; Cunha, *et al.*, 2018).

Para ser considerado um pré-natal de qualidade, deve incluir a participação do parceiro e fornecerem orientações claras sobre os riscos da infecção pelo *T. pallidum* e sua transmissão (Figueiredo *et al.*, 2015). Todo esse esforço tem como objetivo prevenir a reinfecção.

Além disso, as gestantes e seus parceiros devem ser orientados a adotarem práticas sexuais seguras enquanto estiverem em tratamento para sífilis (Figueiredo *et al.*, 2015). Segundo as Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita do Ministério da Saúde (2006), o tratamento da sífilis materna é considerado inadequado se o parceiro não receber o tratamento ou fazê-lo de forma incompleta, destacando a importância da participação deles nas consultas.

Outras pesquisas indicam que além do término do vínculo entre gestantes e parceiros, a ausência ou recusa dos parceiros em realizar a sorologia e do tratamento completo também são causas de disseminação da doença (Cunha *et al.*, 2018; Hebmuller, Fiori, Lago, 2015; Brasil, 2017).

Essas questões impactam na identificação das demandas familiares e na aceitação dos procedimentos recomendados. Essas circunstâncias sucedem devido

ao parceiro não estar ciente de sua própria condição clínica e deixar de obter informações cruciais que poderiam destacar a importância do controle da saúde (Figueiredo *et al.*, 2015). Isso gera, consequentemente, uma baixa adesão e ampla falha terapêutica nesses pacientes (Cunha *et al.*, 2018; Cavalcante *et al.*, 2016), sendo multifatoriais as causas para esses problemas. Além dos fatores já descritos, também estão incluídos aspectos sociais, econômicos e educacionais (Figueiredo *et al.*, 2015).

Nas entrevistas desta pesquisa, foi evidenciada a realidade em que aproximadamente 50% dos parceiros das gestantes não foram tratados devido aos seus exames apresentarem resultado não reagente. Dentre esses, três pacientes não receberam tratamento porque os médicos afirmaram que não existia a necessidade diante deste resultado.

(P5) “...só tratou eu, pois meu parceiro não tinha dado, e o médico falou que não precisava ele tratar mesmo ele pedindo o tratamento, falaram que ele não precisava fazer...(com outro profissional) e a médica explicou que talvez o bebê pode ter pegado, por mim ter, ele não ter, e a gente ter tido relação e infeccionado o bebê...pois a médica falou que mesmo ele não tendo deveria fazer o tratamento...”

(P6) “...que como todos os exames que ele fez deram negativos, nenhum médico passou o tratamento...”

(P11) “...ai eu pesquisando no You tube que precisava tanto a mãe fazer como o pai e não adiantava um tratar e o outro não e fui perguntar a enfermeira sobre e pedir para ela passar os exames para mim refazer como para ele... e ai quando ele fez também deu positivo e eu já estava com oito meses...”

Nestas falas, identificamos que os manejos clínicos dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), em relação aos resultados laboratoriais encontrados, divergem dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. São condutas como essas que refletem o panorama atual de sífilis que nos encontramos. Essas deficiências nos serviços destacam a falta de preparo dos profissionais que estão envolvidos na prestação de assistência pré-natal (Fernandes *et al.*, 2021).

Por isso, é essencial que a equipe esteja devidamente capacitada para lidar de maneira eficaz com esses cenários, principalmente por desempenharem um

papel crucial no controle da sífilis (Figueiredo *et al.*, 2015).

Entretanto, vale salientar a relevância da equipe, cultivar a presença dos companheiros das gestantes durante as consultas de pré-natais, aproveitando a oportunidade para garantir aos genitores o acesso aos serviços de saúde.

Assim, os profissionais podem realizar uma abordagem acolhedora, respeitosa e livre de julgamentos, a fim de evitar que esses usuários se afastem dos serviços de saúde (Figueiredo *et al.*, 2015).

É importante destacar que a construção de uma relação de confiança, centrada em uma abordagem informativa sobre a doença e seu tratamento, também foi reconhecida como fundamental para garantir a adesão dos parceiros aos tratamentos (Figueiredo *et al.*, 2015).

DIFICULDADES ENFRENTADAS NO PRÉ-NATAL A REALIZAÇÃO DOS EXAMES REFERENTE A SÍFILIS

Nas últimas décadas, embora com tantos investimentos para aprimorar a saúde das mulheres, persistem desafios na assistência ao pré-natal e ao parto (Brasil, 2017).

Entre os desafios destacam-se a falta de solicitação de exames de rotina e um longo tempo para entrega dos resultados. Esses fatores podem, em parte, explicar a persistência de desfechos negativos (Macêdo *et al.*, 2020).

Existem diversas desigualdades no acesso à saúde e vários obstáculos no atendimento ao pré-natal, que atrasam o diagnóstico e, por conseguinte, o tratamento adequado da sífilis (Macêdo *et al.*, 2020).

Em 2011, com a implantação da Rede Cegonha que veio garantir o direito ao planejamento reprodutivo e uma assistência humanizada da gestação, foi liberado um financiamento federal para incluir os testes rápidos de sífilis nas consultas dos pré-natais (Brasil, 2011; Soares, Aquino, 2021). A utilização destes testes tem como objetivo fornecer os resultados dos exames de maneira célere, permitindo o início imediato do tratamento nos casos positivos da sífilis, configurando uma estratégia eficaz no combate à doença (Machado *et al.*, 2012; Deliberalli *et al.*, 2022).

Uma pesquisa desenvolvida na Bahia detectou uma leve melhora ao acesso do teste rápido na detecção de sífilis materna, e identificou que a realização deles ainda é insuficiente nos pré-natais (Soares, Aquino, 2021). Esta realidade foi encontrada na pesquisa em questão como vemos nos fragmentos a seguir:

(P4) “...após ter sido diagnosticada (pelo VDRL), a UBS encaminhou para iniciar o tratamento na Maternidade Divino Amor, pois na Unidade não tinha os teste rápido de sífilis...”

(P4) “...na unidade do pré-natal os exames tinham que pagar ou era encaminhado para realizar num lugar distante da unidade ...o lugar que era para fazer era distante...e ficava muito longe para mim... e se eu fosse eu teria que ir de uber...e o dinheiro para uber era difícilzinho...”

(P12) “...e já era a segunda vez que não tinha, porque quando eu iniciei eu ia fazer os teste rápido, porém a médica quando verificou as caixa onde ficavam os teste e estavam vazias ai ela começou a rir, porque era para ter os testes e só tem as caixas... Em vez de jogar as caixas fora estão jogando os testes é (...ai não fiz os testes e foi passando o tempo e nada de eu fazer esses testes...ai a ultima vez que fui pré-natal o médico falou que eu fosse a tarde que os testes iriam chegar... ai não pude ir a tarde...”

Verifica-se com isso que algumas unidades básicas não dispõem dos testes rápidos, apesar destes serem relevantes para o diagnostico da sífilis de forma rápida e prática, o que interfere na realização do tratamento da gestante em tempo hábil. Isso evitaria a contaminação vertical e uma falha no pré-natal (Silva et al., 2018).

Este impasse para ter acesso aos testes revela uma deficiência no funcionamento da Rede de Atenção Básica, assim como demonstra uma das maiores dificuldades para erradicação da sífilis gestacional, conforme estudos internacionais (Pereira, Santos, Gomes et al., 2020; Gonçalves et al., 2022).

Outra deficiência da rede é revelada quando há escassez dos testes levando a sua realização num tempo inoportuno ao recomendado pelo MS, que descreve sendo o tempo da testagem rápida a ser realizada no primeiro trimestre, e o VDRL nos próximos (Stafford et al., 2019). No entanto os resultados encontrados nesta pesquisa divergem do preconizado:

(P4) “... e que participou ao todo seis consultas durante seu pré-natal, porém a primeira vez que realizou o teste rápido de sífilis na gestação foi no oitavo mês...”

A fala acima retrata que o exame da sífilis só foi realizado pela primeira vez no terceiro trimestre da gestação, o que pode resultar em gestantes infectadas e não adequadamente tratadas, com elevado risco de parto prematuro, abortamento, alterações cardiovasculares e de transmissão vertical para o feto (Pereira, Santos, Gomes *et al.*, 2020; Gonçalves *et al.*, 2022).

Assim, há necessidade em aumentar a disponibilidade e a utilização de testes rápidos para o diagnóstico adequado e o combate à doença em gestantes no país (Roncalli *et al.*, 2021).

Outro ponto relevante identificado nesta pesquisa foi o custo financeiro adicional da paciente com relação ao seu tratamento, pois não foram disponibilizados à gestante de forma gratuita os exames laboratoriais padrão de um pré-natal realizado na rede pública, como descrito a seguir:

(P1) "...comecei com seis meses lá...todos os VDRL foram pagos, nada pelo SUS..."

Sendo assim a paciente teve que custear seus exames para poder ter acesso integral ao seu acompanhamento adequado nas consultas. Porém isto contradiz o que rege os princípios do SUS, em que a partir do momento que uma gestante procura o serviço de Atenção Básica para iniciar as consultas de pré-natal, ela passa a ser responsabilidade do município (Cabral *et al.*, 2018).

A falta de acesso aos exames gratuitos sugerem também a possibilidade de um diagnóstico e tratamento tardio, uma vez que o diagnóstico só virá em tempo oportuno se a paciente tiver condições financeiras para tal. Apesar do VDRL apresentar um custo acessível, a vulnerabilidade social das usuárias da rede pública brasileira é muito alta, inviabilizando a realização do exame na rede privada (Geniole *et al.*, 2010).

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELAS GESTANTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA INICIAR TRATAMENTO PENICILÍNICO

Ao longo dos anos diversos fatores foram responsáveis pelo aumento dos casos de sífilis no Brasil; alguns são reflexo da deficiência na qualidade da assistência

prestada pelos serviços de saúde, especialmente na atenção primária.

Entre eles estão a falta de medicação nas unidades de saúde e o encaminhamento inadequado de pacientes para outros serviços. Estes são fatores que contribuíram significativamente para esse cenário da sífilis (BRASIL, 2017; Luz, Aquino, Medina, 2018).

Este contexto persiste atualmente, e foi evidenciada nos relatos a seguir:

(P2) “...eu acho que deu positivo porque me passaram para um posto, e quando eu ia para posto NUNCA tinha quem aplicasse e tinha que ser no dia certo NÉ, ou não tinha quem aplicasse ou tava fechado...o posto era aqui em UBS Santa Tereza...”

(P4) “...pré-natal foi realizado em uma ÚNICA UBS, e após ter sido diagnosticada a UBS encaminhou para iniciar o tratamento na Maternidade Divino Amor, pois na Unidade não tinha os teste rápido de sífilis...”

(P10) “...fui encaminhada para outra unidade (Santos Reis) para dar início ao tratamento do antibiótico, e explicou sobre a doença e cuidados necessários, no entanto ela não realizou o tratamento orientado. Na segunda consulta médica que realizava o seu pré-natal não estava mais na unidade...”

De acordo com os relatos dos pacientes, elas não conseguem ter a continuidade do tratamento na unidade que realizam seu pré-natal, devido à inexistência do medicamento no local. Assim, precisam tomar as doses da medicação em outra instituição. O que implica no aumento na locomoção e nas despesas financeiras. Essa realidade confirma o que está descrito na literatura: para tratar adequadamente à sífilis gestacional, é necessário realizar visitas frequentes às consultas resultando em mais deslocamentos, custos adicionais e ausências no trabalho (Figueiredo *et al.*, 2020).

E isso pode ocasionar uma barreira para adesão e conclusão do tratamento da sífilis principalmente nas gestantes que apresentam vulnerabilidade social, dificultando a continuidade do cuidado adequado (Magalhães; Kawaguchi; Calderon, 2013).

Tal contexto foi detectado num estudo realizado no Maranhão, que identificou uma grande quantidade de gestantes com uma renda familiar média de um salário mínimo (Silva, Carvalho, Chaves, 2021). Dados estes também observados nesta pesquisa.

Associado a essa questão torna-se importante salientar que apenas as consultas isoladamente, não assegura a eficácia do pré-natal na prevenção e redução da morbimortalidade materna e neonatal. Além disso, é necessário ter fácil acesso aos medicamentos, a informações claras e compreensíveis sobre a doença, além da monitorização ativa do tratamento das gestantes (Silva, Carvalho, Chaves, 2021).

Apesar do tratamento da sífilis ser de baixo custo, feito com penicilina benzatina, antibiótico mundialmente preconizado por ser o único capaz de romper a barreira placentária seguem as dificuldades tanto na aquisição quanto na administração deste fármaco nas UBS. Tal medicamento deve ser administrado até 30 dias antes do parto, para que as chances de tratamento do RN sejam eficazes, resultando na minimização dos danos (Torres et al, 2019).

A acessibilidade a este medicamento em grande parte das unidades da rede pública em saúde ainda é um desafio, devido à sua escassez ou disponibilidade limitada na rede (Gonçalves *et al.*, 2022; Fernandes *et al.*, 2021). Esses resultados também estão de acordo com os encontrados nesta pesquisa.

Estudos internacionais indicam a necessidade de aprimorar o cuidado no pré-natal, capacitar profissionais de saúde para o tratamento e acompanhamento, e ampliar o acesso a testes de rastreio e medicamentos. Ademais, destacam a importância de desenvolver linhas de cuidado, envolvendo a gestão municipal, os usuários e os profissionais de saúde (Araújo *et al.*, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão foram percebidas e identificadas falhas das equipe profissionais na realização dos pré-natais que resultaram na continuidade da cadeia de transmissão vertical (TV) da sífilis, gerando algumas instabilidades emocionais em pacientes e familiares. Também foram visualizadas algumas barreiras estruturantes nas redes de apoio que dificultaram a realização de uma assistência qualificada às gestantes. A partir deste panorama vislumbramos que são necessários mais investimentos em educação permanente em saúde nas UBS, além de capacitações

em manejo clínico da sífilis na gestante e seu bebê para os profissionais que fazem a assistência ao pré-natal.

5 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. M., *et al.* Linha de cuidados para gestantes com sífilis baseada na visão de enfermeiros. **Rev Rene**, v.20, n. 4, p.2-8, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Bol Epidemiol Sífilis**. v.5, n.1, p.1-43, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CABRAL, B. T. V., *et al.* Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. **Rev Ciênc Plural**, v.3, n.3, p.32-44, 2018.

CANTO, S. **Mortalidade Fetal e Infantil por Sífilis Congênita no Estado do Ceará**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016. 56 f.

CAVALCANTE, E. G. F., *et al.* Partner notification for sexually transmitted infections and perception of notified partners. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, p.448-455, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CUNHA, N. A., BISCARO, A., MADEIRA, K. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina. **Arq Catarin Med**, v.47, n.1, p.82-94, 2018.

DELIBERALLI, A. L. Consulta de enfermagem no pré-natal: atendimento à gestante com sífilis. **Research, Society and Development**, v.11, n.1, 2022.

DEMÉTRIO, F., SANTANA, E. R., PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v.43, n.7, p.204–221, 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M., LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública [Internet]**, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nH9v3WzrWR5p8G5BLTNmtck/>. Acesso em: 05 nov. 2024.

FERNANDES, J. F. V., *et al.* Sífilis em gestantes residentes em São Luís, Maranhão: perfil e evolução de 2006 a 2018. **Rev Eletrônica Comun Inf Inov Saúde**, v.15, n.2, p.2-8, 2021.

FIGUEIREDO, D. C. M. M., *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica e a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad Saúde Pública**, v.36, n.3, 2020.

FIGUEIREDO, M. S. N., *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev Rede Enferm Nordeste**, v.16, n.3, p.345-354, 2015.

GENIOLE, L. A. I.; *et al.*, org. **Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida**. Campo Grande: UFMS, Fiocruz, Unidade Cerrado Pantanal, p.240. 2011.

GONÇALVES, A. L. S., *et al.* Fatores relacionados à alta incidência de sífilis em gestantes no Brasil: uma revisão integrativa. **Pesq Soc Desenv**, v.5, 2022.

GUANABARA, M. A. O., *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Rev Salud Pública**, v.19, n.1, p.73-78, 2017.

HEBMULLER, M. G., FIORI, H. H., LAGO, E. G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Cienc Saúde Coletiva**, v.20, n.9, p.2867-2878, 2015.

LOTZKER, R. E., MURPHY, R. D., STOLTEY, J. E. Prevenção da sífilis congênita: estratégias, evidências e direções futuras. **Doenças Sex Transm**, v.45, n.9, Suppl. 1, p.29-37, 2018.

LUZ, L. A., AQUINO, R., MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**, v.42, p.111-126, 2018.

MACÊDO, V. C., *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cad Saúde Coletiva**, v.28, n.4, p.10- 18, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S., *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad Saúde Pública**, v.29, p.1109-1120, 2013.

MEIHY, J. C. S. B., HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2019.

MEIHY, J. C. S. B., SEAWRIGHT, L. **Memórias e narrativas: história oral aplicada**. São Paulo: Contexto, 2020.

NUNES, J. T., *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.30, n.1, 2021.

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas**. Update 2016. WashingtonDC: PanAmerican Health Organization, 2017.

PEREIRA, B. B., SANTOS, C. P., GOMES, G. C. Realização de testes rápidos de sífilis em gestantes por enfermeiros na atenção básica. **Rev Enferm UFSM**, v.10, e82, p.1-13, 2020.

RONCALLI, A. G., *et al.* Efeito da cobertura de testes rápidos na atenção básica sobre a sífilis em gestantes no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.55, p.94, 2021.

SILVA, A. N. C., CARVALHO, K. B., CHAVES, K. Z. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. **Femina**, v. 49, n. 1, p. 58-64, 2021.

SILVA, A. P., *et al.* Aconselhamento em HIV/AIDS e Sífilis às Gestantes na Atenção Primária. **Rev Enferm UFPE On Line**, v.12, n.7, p.10-16, 2018.

SILVA, P. S., VIEIRA, C. S. A., GOMES, L. M. X., BARBOSA, T. L. A. Sífilis gestacional e congênita em um município brasileiro entre 2014 e 2018. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v.31, n.4, p.112-117, 2020.

SOARES, M. A., *et al.* Adesão ao tratamento de sífilis em gestantes. **Rev Latinoam Enfermagem**, v.28, e3024, 2020.

SOUZA, A. F., *et al.* Infecção por sífilis e suas implicações no diagnóstico precoce. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.36, n.7, p.274-280, 2014.

SOUZA, C. S., *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.55, p.102-110, 2021.

SOUZA, L. G., *et al.* Uso de protocolos para controle da sífilis durante o pré-natal. **Rev Enferm UERJ**, v.27, p.e28574, 2019.

SOUZA, M. M., *et al.* Análise da sífilis gestacional no Brasil e suas consequências. **Rev Saúde Pública**, v.52, n.5, p.1-8, 2018.

TAVARES, D. F., *et al.* Sífilis gestacional: panorama epidemiológico em município de pequeno porte. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.20, n.3, p. 215-221, 2020.

VIEIRA, M. G. R., *et al.* Prevalência de sífilis em gestantes: um estudo de caso na região Nordeste. **Rev Enferm UFPE On Line**, v.13, n.4, p.120-129, 2019.

VILAR, A. A., *et al.* A importância da educação em saúde para o controle da sífilis na gestação. **Rev Enfermagem Contemporânea**, v.6, n.2, p.135-142, 2022.

VITORINO, J. A., *et al.* Ações de saúde pública e controle da sífilis gestacional e congênita em áreas rurais. **Rev Saúde Pública**, v.40, p.67-75, 2020.

CAPÍTULO III

Neste capítulo, apresenta-se o produto técnico tecnológico em formato de Oficina a ser destinado aos gestores de saúde e profissionais das unidades básicas atuantes na Atenção Primária do município de Parnamirim como devolutiva pela colaboração com nossa pesquisa de campo e pela detecção *in loco* dos principais eixos deficitários elencadas no manejo clínico às gestantes com sífilis presentes em nosso estudo. O objetivo da oficina envolve aspectos informativo e educativo, oferecendo subsídios teóricos sobre a temática das sífilis na gestação, fomentando reflexões para mudanças de paradigmas assistenciais acerca da Transmissão Vertical (TV) da sífilis.

Produto técnico tecnológico: oficina

CONSTRUÇÃO DE OFICINA PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) representa o nível inicial do atendimento à saúde, reunindo um conjunto de ações voltadas tanto para o indivíduo quanto para a coletividade. Suas atividades buscam promover a saúde, prevenir doenças, tratar agravos, oferecer reabilitação e garantir a continuidade do cuidado, sendo a principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) requer uma interação ativa com a comunidade para desenvolver, de maneira participativa, práticas e estratégias mais eficazes no enfrentamento dos problemas e na resposta adequada às necessidades de saúde da população. O processo de trabalho do profissional em consonância com o usuário é fundamental para facilitar a interação entre eles e a construção do vínculo (Arantes, Shimizou, Merchán-Hamann, 2016).

Para incrementar e fortalecer os processos supracitados, faz-se necessário associar a interação acadêmica com a comunidade por meio de ações educativas em saúde, centradas na prevenção de agravos e na promoção da saúde facilitando o aprendizado. Dessa forma, ocorre uma troca de saberes e interações entre a sociedade e os profissionais, gerando uma contribuição positiva para a saúde coletiva

(Silva *et al.*, 2020; Alves *et al.*, 2020).

Diante deste contexto e visando o aprimoramento dos profissionais na prestação em uma assistência de qualidade, foi desenvolvida como recurso metodológico uma oficina direcionada aos profissionais da APS visando o aperfeiçoamento da assistência prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal. Diante do exposto, este relato tem como objetivo apresentar a experiência da realização da oficina piloto desenvolvida para a equipe multiprofissional da APS.

OBJETIVO

Capacitar e atualizar os profissionais de saúde da Atenção Primária que atuam no pré-natal no município de Parnamirim, fornecendo conhecimentos teóricos e práticos sobre o manejo clínico, diagnóstico, tratamento e prevenção da sífilis em gestantes, visando à melhoria da qualidade da assistência, a redução da transmissão vertical da sífilis e a promoção de desfechos gestacionais mais seguros e saudáveis.

MÉTODO

Trata-se de um estudo social com abordagem qualitativa, de cunho pedagógico e participativo. O planejamento da oficina ocorreu de julho a setembro de 2024, visando a capacitação dos profissionais da APS do município de Parnamirim sobre o manejo e educação em saúde da população no que se refere à sífilis no período gestacional. O público-alvo foi composto por profissionais que atuam diretamente na educação em saúde e no seguimento das gestantes na APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos).

A escolha desta abordagem surgiu após a avaliação diagnóstica dos relatos das pacientes coletadas nesta pesquisa, o que nos permitiu determinar os eixos deficitários na abordagem das gestantes com sífilis. A partir dessa experiência percebeu-se a necessidade da construção da oficina para os profissionais das ESF citadas no estudo. O desenvolvimento dos tópicos abordados surgiu das barreiras identificadas pelos pacientes quanto ao conhecimento, orientação e tratamento da doença durante a gestação. Observou-se também a inconsistência de algumas condutas realizadas durante as consultas comparadas com os protocolos e manuais existentes no Ministério da Saúde.

Os locais escolhidos para a execução da oficina foram as unidades básicas de saúde onde cada equipe atuava. Reinteramos estavam todas localizadas no município de Parnamirim no estado Rio Grande do Norte (RN). Foi nosso objetivo facilitar o deslocamento e ter o máximo de participantes contribuindo com a oficina.

A oficina ocorreu em três etapas:

A primeira etapa foi a construção do planejamento deste recurso metodológico alternativo. Tal recurso se coloca como participativo, criativo, coletivo e crítico reflexivo, através de um modelo novo de educação que acontece num espaço de ação, reflexão e ação articulando o manejo do cotidiano e os cenários clínicos locais. Oficinas são ambientes onde trabalhadores e pesquisadores se reúnem para discutir questões relacionadas a assistência à saúde. Essas discussões são guiadas por princípios da investigação participativa da pedagogia de Roberto Freire. (Freire, 1983; Freire, 1988). Desenvolvendo um processo que, por meio do diálogo, busca promover a geração de conhecimento e ações educativas voltadas para o fortalecimento dos grupos de trabalho e a proteção da saúde (Souza *et al.*, 2020).

As oficinas são realizadas através de vários momentos desde a dinâmica de acolhida e entrosamento até a interação ideal entre os participantes. A partir daí se constrói um momento reflexivo da temática de interesse do grupo. As próximas etapas envolvem a sensibilização, compreensão, momento analítico, atuação e avaliação.

Após avaliação das narrativas e discussão dos casos abordados na pesquisa, observou-se a necessidade de um aperfeiçoamento da equipe profissional que realizam o pré-natal das gestantes na atenção primária à saúde (APS). Tendo em vista desacordos de algumas condutas realizadas durante as consultas, a insuficiência do conhecimento das pacientes durante seu pré-natal no que se refere à sífilis gestacional e a definição das questões exploradas foi baseada em uma revisão da literatura científica sobre a temática.

Como resgate principal nossa oficina visa promover momentos de interação e troca de saberes na construção final do eixo temático sífilis na gestante e recém-nascidos.

A partir disso foi possível conhecer as demandas necessárias a serem discutidas na oficina. Os pontos escolhidos após debate foram: impacto na saúde pública e mortalidade materna e infantil, grupos de risco, transmissão da sífilis, manifestação clínica da sífilis na gestação, rastreamento e diagnóstico, tratamento da sífilis na gestação, prevenção da sífilis congênita e diagnóstico e tratamento da sífilis

congenita.

Depois da escolha dos pontos a serem abordados, a oficina foi estruturada, ocorrendo em duas etapas, uma interativa, lúdica e outra expositiva.

Na primeira etapa foi realizada uma abordagem do conhecimento prévio dos profissionais sobre a sífilis através de uma atividade dinâmica, em que se utilizou uma caixa contendo seis perguntas escritas. Todas as perguntas referentes a temática, a saber:

- 1 O que é sífilis para você?
- 2 Como ocorre a transmissão da sífilis?
- 3 Quais os sinais e sintomas da sífilis?
- 4 Qual o tratamento realizado para sífilis?
- 5 Quando detectado sífilis na gestante o que fazer com marido?
- 6 Quais as orientações devem ser dadas para prevenção e cuidados com a sífilis das gestantes no pré-natal?

Neste momento, para cada participante se sorteou uma das perguntas da caixa, disponibilizando o espaço de fala para a livre expressão de cada um. O objetivo desta dinâmica é tornar o ambiente mais agradável, além de promover maior interação entre os participantes. Durante esse momento, a facilitadora avalia o nível de conhecimento da equipe. Posteriormente, após todas as perguntas serem respondidas, passou-se à próxima etapa.

Na segunda etapa foi ministrada uma palestra fortalecendo o conteúdo dos Manuais e Protocolos do Ministério da Saúde sobre a sífilis. Sendo abordados os seguintes temas:

- 1 O impacto da sífilis na saúde pública e na mortalidade materna e infantil;
- 2 Grupos de maior risco e fatores sociais associados à sífilis gestacional;
- 3 Mecanismos de transmissão da sífilis, enfatizando a transmissão vertical;
- 4 Risco de transmissão em diferentes estágios da gestação;
- 5 Sintomas da sífilis em cada fase da doença (primária, secundária e terciária);
- 6 Diagnóstico (teste não-treponêmico e treponêmico);
- 7 Protocolo de tratamento recomendado
- 8 Importância do tratamento precoce da gestante e prevenção da sífilis congênita;
- 9 Monitorização após o tratamento;
- 10 Acompanhamento de parceiros sexuais;
- 11 Educação em saúde para gestante e parceiros sobre a prevenção das DSTs;

12 Consequências da transmissão vertical para o feto e diagnóstico e tratamento de recém-nascidos expostos à sífilis.

Após a palestra foi aberto um momento de fala para os profissionais participantes consistindo em um processo de avaliação coletiva sobre a abordagem realizada e sua contribuição em sua atuação profissional.

RESULTADO/DISCUSSÃO

De acordo com Brunozi *et al.* (2019), as oficinas permitem o desenvolvimento de habilidades em indivíduos que favorecem a construção de novas relações, auxiliam na redução do processo de exclusão social e promovem melhorias na qualidade de vida.

Na execução da oficina piloto, na primeira etapa, os participantes foram dispostos em círculo, sentados, no auditório da Unidade Básica, e cada um dos profissionais sorteava uma pergunta relacionada à sífilis. Este espaço proporcionou aos profissionais um momento de fala, em que puderam expressar de maneira simples seu entendimento sobre a doença.

Essa experiência permitiu a pesquisadora avaliar o nível de conhecimento prévio dos profissionais e identificar as principais dificuldades no que se refere ao entendimento e manejo clínico deles com os pacientes na rotina da assistência prestada às gestantes acometidas por sífilis durante seu pré-natal.

Durante o processo avaliativo observou-se que ao se referir ao conceito, classificação e transmissão da sífilis não houve dificuldades, apesar das descrições limitadas. No entanto, quando abordados os sinais e sintomas da doença, a equipe demonstrou um pouco de insegurança e dificuldade para descrever e expressar as características da doença.

Em relação ao tratamento da gestante e seu parceiro o entendimento da equipe foi adequado. Porém, na abordagem sobre quais as orientações devem ser ministradas aos pacientes, houve insuficiência tanto no conhecimento quanto nos cuidados preventivos à respeito da sífilis congênita.

Após a conclusão deste momento, foi ministrada a palestra, que procurou abordar os pontos principais referentes às sífilis gestacional e congênita. Neste momento, a equipe tirou suas dúvidas sobre cuidados e tratamento, refletiu sobre os principais obstáculos que permeiam a atenção ao binômio mão-bebê, dividiu histórias

de limitação da rede de apoio e construiu caminhos possíveis para um atendimento qualificado e eficaz.

Ao final da oficina, os profissionais tiveram um espaço para a avaliação da relevância desta atividade para a equipe. A devolutiva dos profissionais foi altamente positiva e satisfatória, ao expressarem o quão necessário e fundamental era momentos como esse para o aprofundamento da temática e o esclarecimento de dúvidas. Em suas falas, expressaram o quanto os conhecimentos explorados contribuirão para melhorias na assistência à saúde pela equipe.

A atuação em equipe é uma estratégia fundamental para coordenar as ações de saúde, promover a integração dos agentes de mudança, reduzir a fragmentação dos conhecimentos e fortalecer a democratização das relações. Dessa forma, o trabalho coletivo se torna um recurso indispensável para garantir uma assistência de qualidade ao indivíduo, contribuindo para a obtenção de melhores resultados terapêuticos (Peruzzo *et al.*, 2018).

Os resultados obtidos foram expressivos, uma vez que o envolvimento e a participação dos profissionais desempenharam um papel fundamental no progresso da oficina. Houve uma clara demonstração de interesse por parte dos participantes em relação aos temas abordados.

CONCLUSÃO

A capacitação multiprofissional utilizando oficinas como metodologia ativa, combinando a explanação teórica e prática, contribuiu significativamente para ampliar o conhecimento e proporcionar maior segurança em suas intervenções coletivas. A percepção da ampliação do conhecimento enquanto construção coletiva, surge em cada etapa do processo: desde a sua gênese, no planejamento, até a realização final, de forma ativa, tanto para o facilitador quanto para a equipe de saúde.

Proporcionar reflexões sobre as temáticas através das falas, vivências e experiências coletivas favorecem o empoderamento dos campos de práticas, potencializando a qualificação do cuidado e o resgate de medidas preventivas no enfrentamento da sífilis na gestante e seu bebê.

BIBLIOGRAFIA

ARANTES, L. J., SHIMIZU, H. E., MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.55, p.1499-1510, 2016.

ALVES, M. G. C., *et al.* Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde em primeiros socorros. **Revista Atenas Higeia**, 2(3), p.12-15.

BRASIL. **Ministério da Saúde: Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017.

BRUNOZI, N. A., SOUZA, S. S., SAMPAIO, C. R., MAIER, S. R. O., SILVA, L. C. V. G., SUDRÉ, G. A. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 40, e20190008, 2019.

FREIRE P. Extensão ou comunicação? 10ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.

_____. Educação como prática da liberdade. 14ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

SILVA, D. A. *et al.* Nursing education: creation of an academic league for urgent and emergency education. **Research, Society and Development**, [S.l.], v.9, n.3, p.e159932656, 2020.

SOUZA, K. R. *et al.* Oficinas em saúde do trabalhador: ação educativa e produção dialógica de conhecimento sobre trabalho docente em universidade pública. **Rev Bras Saude Ocup**. 45: e4, 2020.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery [online] [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 4];22(4).

CAPÍTULO IV

Considerações finais

As considerações finais desta dissertação buscam refletir sobre as dificuldades encontradas na assistência ao pré-natal de gestantes diagnosticadas com Sífilis e seus filhos que sofreram a Transmissão Vertical da doença, considerando as lacunas existentes no acompanhamento e os desafios enfrentados por profissionais da saúde e pelas próprias pacientes, em serviços de saúde repletos de falhas técnicas, gerenciais e administrativas.

O pré-natal de gestantes com sífilis ainda apresenta obstáculos significativos para o controle eficaz da doença e a prevenção de complicações para a saúde materno-fetal. A falta de um diagnóstico precoce é uma das principais dificuldades enfrentadas, nesta pesquisa. Ao longo das narrativas orais e conversas realizadas com pacientes na maternidade, foram identificados alguns fatores responsáveis por isso. Entre eles, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde em tempo oportuno para o início do pré-natal, o que facilitaria o diagnóstico precoce e reduziria as chances da transmissão vertical e suas complicações para o feto. Embora a acessibilidade aos cuidados tenha sofrido ampliação quantitativa, do ponto de vista qualitativo há muito a melhorar.

Entre muitas outras barreiras encontradas, podemos citar as deficiências estruturais dos serviços de saúde, como a falta ou insuficiência da disponibilização de testes rápidos nas unidades de APS, escassez ou indisponibilidade de exames laboratoriais básicos preconizados pelos protocolos do Ministério da Saúde a serem utilizados nos pré-natais, como também o número insuficiente de profissionais treinados para conduziros cuidados primordiais nas gestantes acometidas com sífilis. Podemos constatar a falta de incentivo à educação permanente em saúde e treinamentos em serviços, que impacta diretamente na baixa qualificação profissional. Percebemos, também, que mesmo quando o diagnóstico é realizado, há obstáculos no seguimento contínuo das gestantes, o que compromete a adesão ao tratamento e aumenta o risco de transmissão vertical da sífilis ao recém-nascido.

Além destas barreiras enfrentadas no pré-natal, identificamos dificuldades após o diagnóstico de sífilis nas gestantes em relação ao início oportuno de seus tratamentos nos serviços de saúde de origem, pois algumas unidades básicas não

disponibilizavam a medicação e não dispunham de profissionais para administrar drogas injetáveis ou gerenciar questões socioeconômicas das pacientes.

Outra dificuldade apontada foi a realização do tratamento conjunto do parceiro, fator fundamental para a prevenção da reinfecção da gestante e, conseqüentemente, da sífilis congênita. Ademais, outro obstáculo observado foi o baixo índice de escolaridade das pacientes, que prejudica a compreensão das orientações prestadas pelos profissionais durante o pré-natal, que somado a outras questões pungentes, como a falta de preparo dos profissionais em conduzir uma assistência qualificada e a insuficiência de investimento em programas educativos para pacientes e profissionais, condicionam a situação atual da assistência às pacientes.

Vale salientar outro ponto crítico, a necessidade de abordagens mais humanizadas e acolhedoras, já que o estigma associado à sífilis pode gerar constrangimento e impacto emocional nas gestantes, dificultando o acompanhamento contínuo. Esse contexto evidencia a importância de práticas integrativas, onde equipes de saúde atuem não apenas no tratamento, mas também na educação em saúde, promovendo o conhecimento sobre prevenção e incentivando o autocuidado.

Por fim, a insuficiência de políticas públicas focadas na sífilis congênita e o monitoramento restrito do pré-natal dificultam uma intervenção efetiva. A superação dessas barreiras requer investimentos em infraestrutura, educação e políticas de apoio a profissionais e pacientes, visando uma rede de assistência pré-natal mais inclusiva, eficaz e capaz de reduzir os índices de sífilis em gestantes e de infecção congênita.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, W. A., *et al.* Sífilis Congênita: Epidemiologia dos Casos Notificados em Alagoas-Brasil, 2007 a 2011. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, n.1, v.1, p.27-41, 2020.
- ALBUQUERQUE, C. M., *et al.* A compreensão da qualidade de vida atrelada a sífilis congênita. **Revista APS**, v.18, n.3, p.293-297, 2015.
- AMARAL, J. V., *et al.* Análise da sífilis congênita no Nordeste do Brasil. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, vol.11, n.2, p.117-122. Redalyc, 2021.
- ANDRADE, A. L. M. B., *et al.* Diagnóstico tardio de sífilis congênita: Uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulistade Pediatria**. v.36, n.3, p.376–381, 2018.
- ARAÚJO, S. R., *et al.* A vivência das mães frente a ocorrência de sífilis congênita em seus filhos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n.42, p.e2760, 28 fev, 2020.
- ARAÚJO, M. A. M., *et al.* Linha de cuidados para gestantes com sífilis baseada na visão de enfermeiros. **Revista Rene**, v.20, n.4, p.2-8, 2019.
- ARAÚJO, W.J., *et al.* Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.71, n.1, p.676-81, 2018.
- ARAÚJO, S. R., *et al.* A vivência das mães frente a ocorrência de sífilis congênita em seus filhos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n.42, p.e2760, 28 fev, 2020.
- AZEVEDO, C.A. Vivências maternas frente à hospitalização do recém-nascido: uma revisão integrativa. Artigo científico (Escola de Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p.51, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, S.M.O. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial. 2.ed. São Paulo: Roca, 2009. 488 p.
- BAUER, M., GASELL, G., ALLUM, N. C. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático para pesquisa social**. Londres: SAGE Publications Ltd, 2000.
- BORGES, A. S., *et al.* **Percepção de puérperas frente à sífilis em gestantes e sífilis congênita**. Seven Editora, [S.l.], p. 304–312, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2017. **Bol Epidemiol** [periódico na Internet]. v.48, n.36, p.1-44, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**. v.48, n.36, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**, v.49, n.45, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Bol Epidemiol Sífilis**. v.5, (1 N° Espec), p.1-43, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e hepatite virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis/**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRITO, A.P.A., KIMURA, A.F. Transmissão vertical da sífilis: vivência materna durante a hospitalização para diagnóstico e tratamento de seu filho recém-nascido. **Rev Paul Enferm** [Internet].v.29, n.(1-2-3), p.68-76, 2018.

CABRAL, B. T. V., *et al.* Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Revista Ciência Plural*, [S.L.] UFRN, v.3, n.3, p.32-44, 2018.

CANTO S. **Mortalidade Fetal e Infantil por Sífilis Congênita no Estado do Ceará**. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Fortaleza, 2016 .

CAMARGO, L. M. A., SILVA, R. P. M., MENEGUETTI, D. U. O. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de coorte ou cohorte prospectivo e retrospectivo. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v.29, n.3, p. 433-436, 2019.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.34, n.9, p.397–402, set. 2012.

CARRARA, S. Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339p. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/q6qbg/pdf/carrara_9788575412817.pdf. Acesso em: 04/09/2023.

CAVALCANTE, A. E. S., *et al.* Diagnóstico e tratamento da Sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. **J bras doenc sexualm transm**, v.24, n.4, p.239- 245, mar, 2012.

CAVALCANTE, E.G.F., *et al.* Partner notification for sexually transmitted infections and perception of notified partners. **Rev Esc Enferm USP**. v.50, p.448-55, 2016.

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.

COELHO, M.O., JORGE, M.S. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciêns Saúde Colet**. v.14, n.1, p.1523-153, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN (BR). **Parecer nº 09/2016/CTAS/COFEN**, de 6 de maio de 2016. Solicitação de parecer sobre administração de medicamentos por via IM em pacientes que usam prótese de silicone [Internet]. Brasília: COFEN, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Nota Técnica COFEN nº 03/2017**. Brasília, DF, 2017.

COSTA, J. S., *et al.* O conhecimento de gestantes com diagnóstico de sífilis sobre a doença. **R. Interd**. v.9, n.2, p.79-89, abr. mai. jun. 2016.

CUNHA, A.C.B., PEREIRA, J.P.J., CALDEIRA, C.L.V., CARNEIRO, V.M.S.P. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. **Estud Psicol** (Campinas), v.33, p.601-11, 2016.

CUNHA, N.A., BISCARO, A., MADEIRA, K. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina Arq Catarin Med. v.47, n.1,p.82-94, 2018.

DAMASCENO, J. G. L. **Plano de intervenção para controle da sífilis pela Equipe de Saúde da Família Escola de Passos**, Minas Gerais. TCC (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2018.

DELIBERALLI, A. L. Consulta de enfermagem no pré-natal: atendimento à gestante com sífilis. **Research, Society and Development**, v.11, n.1,e22211124676, 2022.

DIAS, E. G., *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. *Revista Sustinere*, v.6, n.1, p.52-62, 2018.

DOMINGUES, R.M.S.M., LAURIA, L.M., SARACENI, V., LEAL, M.C. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.5, p.1341-51, 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M., LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saude Publica**. [Internet]. v.32,n.6, 2016.

DOMINGUES C.S.B., DUARTE G., PASSOS M.R.L., SZTAJNBOM D.N.N., MENEZES M.L.B. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.5, p.12-16, 2021.

DOMINGUES C.S.B., *et al.* Sífilis e sífilis congênita em tempos de COVID-19. **Boletim Epidemiológico Programa estadual IST/AIDS**, v.1, n.201, p.65-75, 2020.

FELIPE, L. A. F., *et al.* O perfil epidemiológico das gestantes notificadas com sífilis no município do Rio de Janeiro – 2008 a 2017. **Enfermagem Brasil**, v.19, n.1, 2020.

FERNANDES, J.F.V., *et al.* Sífilis em gestantes residentes em São Luís, Maranhão: perfil e evolução de 2006 a 2018. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. v.15, n.2, p.2-8, 2021.

FIGUEIREDO S.V., *et al.* Comunicação terapêutica entre profissionais e mães acompanhantes. **Esc Anna Nery**. v.17, n.4, p. 690–697, 2013.

FIGUEIREDO, M.S.N., *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.16, n.3, maio-julho, p.345-354, 2015.

FIGUEIREDO, D.C.M.M., *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **CadSaude Publica**. v.36, n.3. e00074519, 2020.

FIGUEIREDO, M.S.N., *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão dos parceiros de gestantes com sífilis ao tratamento. **Revista RENE**, v.16, n.3, p.345-54, 2015.

FONSECA, P. L., IRIART, J. A. B. STD/Aids counseling for pregnant women who underwent the anti-HIV test on admission for delivery: the meanings of practice. **Interface comun saúde educação**, v.16, n.41, p.345-407, 2012.

FREITAS, *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.30, Esp.1, e2020616, 2021.

GARCIA, E.S.G.F., *et al.* As ações de enfermagem no cuidado à gestante: um desafio à atenção primária de saúde. **Rev Fund Care Online**., v.10, n.3, p. 863-870, jul./set, 2018.

GENIOLE, L. A. I., *et al.* (Org.). **Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida**.

Campo Grande: Ufms: Fiocruz: Unidade Cerrado Pantanal, P.240, 2011.

GODINHO, M. L. M., *et al.* Diretivas antecipadas de vontade: percepção acerca da aplicabilidade no contexto neonatal e pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.8, n.3, p.475-488, 2018.

GOMES, N.S., *et al.* “Só sei que é uma doença”: conhecimento de gestantes sobre sífilis. **Rev Bras Promoç Saúde**. v.34, p.10964, 2021.

GONÇALVES, M. M., *et al.* Os Desafios no Tratamento da Sífilis Gestacional. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.14, n. 49 p. 106-113, 2020.

GONÇALVES, A.L.S., *et al.* Fatores relacionados à alta incidência de sífilis em gestantes no Brasil: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** [S. l.], v.5, pág.e2011527862, 2022.

GUANABARA, M. A. O., *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Rev. Salud Pública**. v.19, n.1, p.73-78, 2017.

GUERRA, O., *et al.* Narrativas de vida de puérperas internadas no alojamento conjunto frente a hospitalização do filho com sífilis congênita. **Saúde da Mulher e do Recém-Nascido: políticas, programas e assistênciamultidisciplinar**. v.2. p.18-201, 2021.

HEBMULLER, M.G., FIORI, H.H., LAGO, E.G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Cienc Saúde Coletiva**. v.20,n.9, p. 2867-78. 55, 2015.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X. ; FILHO, R. S. O.; FERREIRA, L. M. Desenhos de Pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira* .v. 20 (Supl. 2). 2005.

JONES, S. **Fazendo pesquisas qualitativas em psicologia: um guia prático**. Londres: SAGE Publications Ltd, 2007.

KALININ, Y., NETO, A. P., PASSARELLI, D. H. C. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Revista Odontológica**, v.23, n.45-46, p.65-76, 2015.

LIMA V.C., *et al.* Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. v.17, n.2, p.118-125, 2016.

LOTZKER, R. E., MURPHY, R. D., STOLTEY, J. E. Prevenção da sífilis congênita: estratégias, evidências e direções futuras. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.45, n.9, S.1, p.29-37, 2018.

LUZ, L.A.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**. v.42, (ed.spe2), p.111-26, 2018.

MACÊDO, V. C., *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 10-18, 2020.

MACHADO, V.S., *et al.* Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti- HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. **Saude Redes**. v.1, n.3, p.40-49, 2017.

MAGALHÃES, D.M.S., *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad Saúde Pública**. v.29, p.1109-1120, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde** [Internet]. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

MENDOZA-SASSI, R.A., CESAR, J. A., TEXEIRA,T.P., RAVACHE, C., ARAÚJO, G.D., SILVA,T.C. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n. 2, p.787-796, 2011.

MENEZES, I. L., *et al.* Sífilis Adquirida no Brasil: Análise retrospectiva de uma década (2010 a 2020). **Research, Society and Development**, v.10, n.6, p.1-9, 2021.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MEIHY, J. C. S. B., HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2019.

MEIHY, J. C. S. B., SEAWRIGHT, L. **Memórias e narrativas: história oral aplicada**. São Paulo: Contexto, 2020.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MIZEVSKI, V. D.; BRAND, E. M.; CALVO, K. S. *et al.* Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. **Saúde em Redes**, v.3, n.1, p.40-49, 2017.

MORORÓ R.M., *et al.* A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. **Rev. Saúde. Com**. v.11, n.3, p. 291-302, 2015.

NASCIMENTO, M. I. D. O. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v.34, n.2, p.56-62, 2012.

NASCIUTTI, L.A., *et al.* Sífilis congênita: características epidemiológicas do binômio mãe/filho atendidos em um hospital público de ensino. **Revista Família, Ciclos de vida e saúde no contexto social**, v.7, n.2, p.1-10, 2019.

NUNES, J. T., *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.30, n.1, p.2019371, 2021.

NUNES, J.T., *et al.* Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev Enferm UFPE** [Internet]. v.11, n.12, p.4875-84, 2017.

OSSOS, R.K., *et al.* Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido hiv/aids. **Ciências psicológicas**. v.12, n.1, p.67-78, 2018.

Pan American Health Organization. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016**. Washington/DC: Pan American Health Organization, 2017.

PEREIRA B.B., SANTOS, C. P., GOMES, G. C. Realização de testes rápidos de sífilis em gestantes por enfermeiros e realização da atenção básica. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM Santa Maria**, v.10, e82, p.1-13, 2020.

PINHO, P.A., PEREIRA, P.P.G. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. *Interface - Comunic. Saude, Educ.*, v.16, n.41, p.435-47, abr./jun. 2012.

POHLMANN, F. C., *et al.* Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.25, n.1, p.1-8, 2016.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 264 p. ISBN 85-85676-68-X. Available from SciELO Books, 1999.

ROMANELLI, R.M.C., *et al.* Manejo da sífilis em gestantes e seus recém-nascidos: ainda é um problema? **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.27, n.1-2, p.35-39, 2015.

ROCHA, A.F.B. **Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - a qualitative study**. BMC. Health Serv Res.

RONCALLI, A. G., *et al.* Efeito da cobertura de testes rápidos na atenção básica sobre a sífilis em gestantes no Brasil. **Rev Saude Publica**. v.55, p.94, 2021.

SANTOS, E. S., SÁ, J. O., LAMARCK, R. Manifestações orais da sífilis: revisão sistematizada de literatura. **Arch Health Invest**. v. 8, p.413-416, 2019.

SARACENI, V., ANGÉLICA E.M. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**. v.28, n.3, p.490-496, 2012.

SARACENI, V., *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.1, n.41, p.1-8, jan, 2017.

SEÑA, A.C., *et al.* Taxa de declínio nos níveis de anticorpos não treponêmicos e sororreversão após o tratamento da sífilis precoce. **Sex Transm Dis** [Internet], v.1, p. 6-10. jan. 2018.

SESAP. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção à Saúde. Programa Estadual de IST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2022**. v. 2. Rio Grande do Norte, 2022.

SILVA, J.G., *et al.* Sífilis congênita no recém-nascido: repercussões para a mãe [Congenital syphilis in newborns: repercussions for the mother][Sífilis congênita en el neonato: repercusiones para la madre]. **Revista Enfermagem UERJ**, v.27, p.4103, 2019.

SILVA, A, N. C.; CARVALHO, K. B.; CHAVES, K. Z. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. **Femina**, v.49, n.1, p.58-64, 2021.

SILVA, P. S., VIEIRA, C. S. A., GOMES, L. M. X., BARBOSA, T. L. A. Sífilis gestacional e congênita em um município brasileiro entre 2014 e 2018. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, v.31, n.4, p.112-117, 2020.

SILVA, J.G. Repercussões do Diagnóstico de Sífilis Congênita da Criança para os Familiares Cuidadores. **Escola de Enfermagem – FURG**. Rio Grande, f.89, 2018.

SILVA A.P, *et al.* Aconselhamento em HIV/AIDS e Sífilis às Gestantes na Atenção Primária. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v.12, n.7, p.10-16, 2018.

SILVA, N.C; CARVALHO, K. B; CHAVES, K.Z. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. **Femina**. v. 49, n.1, 2021.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2020.

SOARES, M. A. S., AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.37, n.7, p.4-12, 2021.

SOUZA, B. S. L; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R. M. L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Rev Soc Bras Clin Med**, v.16, n.2, p. 94-98, abr-jun, 2018.

SOARES, M. A., AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, p. 4-12, 2021.

SOEIRO, C.M.O., *et al.* Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. **Cad Saúde Pública**. v.30, p.715-23, 2014.

SOUZA, L. B., PINHEIRO, A. K. B., PAGLIUCA, L. M. F. Da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.321- 5, jul./set., 2009.

SOUZA, V.B., ROECKER, S., MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev**

Eletr Enf [Internet]. v.13,n.2,p.199-210, 2011.

SOUZA, M.H.T., BECK, E. Q. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 56, 2019.

SUTO, C.S. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. ,v. 5, n.2, p.18-33, 2016.

STAFFORD, I.A. *et al.* Challenges in the contemporary management of syphilis among pregnant women in New Orleans, LA. **Infect Dis Obstet Gynecol**. e.2613962, 2019.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**.v.23, n.10, p. 2490-2502, 2007.

TENÓRIO L.V. Fatores que dificultam o diagnóstico precoce da sífilis na gestação. **Research, Society and Development**. v.9, n.9, p.10-16, 2020.

TORRES,G.R. *et al.* Syphilis in pregnancy: the reality in a public hospital. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.2, n.41, p.90-6, 2019.

World Health Organization. **Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)**. Geneva: WHO; 2016.

XAVIER, R. B., JANNOTTI, C. B., SILVA, K. S., MARTINS, A. C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1161-1171, 2013.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 1

Dados de prontuário /Caderneta de Gestante

• Pré-parto

1. Nome:

2. Idade:

3. Quantas consultas realizadas durante o pré-natal:

4. Local do pré-natal: Município:

Unidade de Saúde:

5. Idade Gestacional:

6. Esquema do tratamento prescrito:

7. Resultado de VDRL:

8. Realizou o esquema completo:

Quantas doses?

9. Comorbidades:

• Pós-parto

10. Tipo de parto:

11. Paridade: Gestações:

Parto(s):

Aborto(s):

12. Quais exames de sífilis foram realizados no pré-natal?

() Treponêmico () Não-treponêmico Em qual período da gestação?

13. Peso ao Nascer:

14. APGAR do bebê: 1º minuto: 5º minuto:

15. Foi realizado tratamento na criança? Qual esquema?

16. Realizado exame de sífilis no bebê? Qual?

17. Sintomatologia de sífilis no bebê:

18. Acesso de administração do antibiótico no bebê:

APÊNDICE B

INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 2

Perguntas norteadoras:

1. Em que momento da gestação a sífilis foi diagnosticada e como foi esse processo? (Descreva suas emoções, preocupações e acompanhamento).
2. Descreva como foi essa gestação e nascimento do seu filho para você?
3. Recebeu acompanhamento pré-natal regularmente?
4. O que facilitou e o que dificultou o atendimento à saúde durante a sua gestação? Como foi o seu percurso nesse pré-natal?
5. Qual o seu conhecimento sobre a sífilis?
6. Já teve sífilis antes dessa gravidez? Fale como foi o tratamento e se fez o esquema completo do tratamento?
7. Que orientações recebeu sobre os riscos da sífilis gestacional para você e seu bebê?
8. Quais as dificuldades encontradas no tratamento e acompanhamento da sífilis durante a gestação? (Fale sobre isso).
9. O seu parceiro fez exame e foi tratado para sífilis?
10. Quando recebeu o diagnóstico de sífilis no bebê?

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Senhora _____ está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS, CAMINHOS E DIFICULDADES IDENTIFICADAS NO TRATAMENTO DE SÍFILIS GESTACIONAL DURANTE O PRÉ-NATAL NA REDE DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, sob a responsabilidade da pesquisadora Tatiane Barbosa Soares Silva, sob a coordenação da orientadora Dr^a. Valderéz Araújo de Lima Ramos. O objetivo deste estudo é elaborar o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que tiveram filhos notificados com sífilis congênitas e analisar as dificuldades para o tratamento de sífilis gestacional durante o período de pré-natal na Atenção Básica à Saúde e parto na Maternidade do município de Parnamirim no estado do Rio grande do Norte.

Caso aceite participar, a senhora terá que responder a um questionário com perguntas semi-estruturadas, que serão gravadas em forma de áudio no celular, com objetivo de identificar as características da vida da mãe e o pré-natal realizado, bem como as dificuldades encontradas em relação ao acesso, diagnóstico e tratamento da sífilis neste período. Também serão coletados no prontuário da mãe e do bebê e da caderneta da gestante dados quantitativos socioepidemiológicos, dos diagnósticos e dos tratamentos. A duração estimada para a realização desse questionário será de 15 a 30 minutos a depender das respostas do entrevistado. Após a vigência do projeto, o material será descartado, sendo de uso exclusivo para os objetivos da pesquisa.

Ao participar desta pesquisa, a senhora não será submetida a nenhum constrangimento e não estará exposta a quaisquer riscos de saúde. Esta pesquisa buscará identificar as dificuldades encontradas pelas gestantes durante a realização do pré-natal em relação ao acesso aos serviços de saúde, ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis gestacional. Serão tomadas providências para que não ocorram fadiga e/ou constrangimentos e que a entrevista transcorra sem problemas.

O material e as informações obtidas podem ser apresentados e/ou publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras e periódicos científicos, sem a sua identificação. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é voluntária e a senhora terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe causem constrangimento de alguma natureza.

A senhora também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, garantido o livre acesso a todas as informações e os esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Caso, durante a sua participação na pesquisa, for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber os esclarecimentos necessários. Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir de fevereiro de 2024. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa seja informações de prontuários, gravação de voz, somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá receber pagamento, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De

igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos a você. No entanto, caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, você será ressarcida do valor gasto (descrever as formas de ressarcimento, caso sejam previstos). Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizada, conforme determina a lei. Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação em todas as páginas e no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e a outra via com você.

Consentimento de Participação

Eu _____ concordo em participar, voluntariamente da pesquisa intitulada ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS, CAMINHOS E DIFICULDADES IDENTIFICADAS NO TRATAMENTO DE SÍFILIS GESTACIONAL DURANTE O PRÉ-NATAL NA REDE DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE conforme informações contidas neste TCLE.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável Tatiane Soares/Orientador: Valderéz Araújo

E-mail: tatinefro2020@gmail.com. Telefone: (84) 99906-54446

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar os aspectos éticos do planejamento, metodologia e execução da pesquisa. Caso você considere que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicada de alguma forma, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I - Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco. CEP: 58059-900. João Pessoa-PB.

Telefone: (83) 3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br.

ANEXO B

PARECER DE APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO DE PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS, CAMINHOS E DIFICULDADES IDENTIFICADAS NO TRATAMENTO DE SÍFILIS GESTACIONAL DURANTE O PRÉ-NATAL NA REDE DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Pesquisador: TATIANE BARBOSA SOARES SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73329423.6.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.388.269

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa egresso do MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAUDE/MPSF, do CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, da aluna TATIANE BARBOSA SOARES SILVA, sob orientação da Profª. Dra. Valdeir Araujo de Lima Ramos.

Sífilis, que é considerada um problema de saúde pública devido ao seu alto índice, existente há mais de 500 anos, considerada uma doença infecto-contagiosa que atinge milhares de pessoas ao ano. A sífilis continua a persistir em todo o mundo, apesar de ser evitável com triagem pré-natal adequada e tratamento adequado de penicilina benzatina. O presente estudo tem como objetivo elaborar o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que tiveram filhos notificados com sífilis congênitas e analisar as dificuldades para o tratamento de sífilis gestacional durante o período de pré-natal na Atenção Básica de Saúde e parto. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, onde serão apresentados os dados obtidos apenas no município de Pamamirim-RN, referentes ao itinerário terapêutico de mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita.

Objetivo da Pesquisa:

Na avaliação dos objetivos apresentados os mesmos estão coerentes com o propósito do estudo:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (31)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 6.388.269

Objetivo Primário:

Elaborar o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que tiveram filhos notificados com sífilis congênita e analisar as dificuldades para o tratamento de sífilis gestacional durante o período de pré-natal na Atenção Básica de Saúde e parto na Maternidade do município de Pamamirim, Rio grande do Norte.

Objetivos Secundários:

Caracterizar o perfil sociodemográfico, comportamental, ginecológico e obstétrico das gestantes cujos filhos tenham sido notificados com o diagnóstico de sífilis congênita;

Descrever o itinerário terapêutico desde o início do pré-natal da gestante com diagnóstico no pós-parto do recém nascido diagnosticado com sífilis congênita;

Registrar os itinerários terapêuticos, dificuldades enfrentadas e as redes de cuidado utilizadas ou produzidas pelas mães de crianças com sífilis congênita, especialmente durante a gravidez;

Identificar os pontos de vulnerabilidades na assistência Materno-infantil para o tratamento da Transmissão Vertical da sífilis durante o período do pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na avaliação dos riscos e benefícios apresentados estão coerentes com a Resolução 466/2012 CNS, item V "Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes.

Riscos:

Os riscos aos quais os participantes serão submetidos serão considerados mínimos, uma vez que há a possibilidade de constrangimento. Suas integridades física e moral serão garantidas.

Benefícios:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus I
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comiledeica@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**



Continuação do Protocolo: 6.388.269

Objetivo Primário:

Elaborar o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que tiveram filhos notificados com sífilis congênita e analisar as dificuldades para o tratamento de sífilis gestacional durante o período de pré-natal na Atenção Básica de Saúde e parto na Maternidade do município de Parnamirim, Rio grande do Norte.

Objetivos Secundários:

Caracterizar o perfil sociodemográfico, comportamental, ginecológico e obstétrico das gestantes cujos filhos tenham sido notificados com o diagnóstico de sífilis congênita.;

Descrever o itinerário terapêutico desde o início do pré-natal da gestante com diagnóstico no pós-parto do recém nascido diagnosticado com sífilis congênita;

Registrar os itinerários terapêuticos, dificuldades enfrentadas e as redes de cuidado utilizadas ou produzidas pelas mães de crianças com sífilis congênita, especialmente durante a gravidez;

Identificar os pontos de vulnerabilidades na assistência Materno-infantil para o tratamento da Transmissão Vertical da sífilis durante o período do pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na avaliação dos riscos e benefícios apresentados estão coerentes com a Resolução 466/2012 CNS, item V "Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes.

Riscos:

Os riscos aos quais os participantes serão submetidos serão considerados mínimos, uma vez que há a possibilidade de constrangimento. Suas integridades física e moral serão garantidas.

Benefícios:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus I
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (33)3216-7308 **E-mail:** comitedestica@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**



Continuação do Parecer: 6.388.269

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TENDO EM VISTA O CUMPRIMENTO DAS PENDÊNCIAS ELENCADAS NO PARECER ANTERIOR E A NÃO OBSERVÂNCIA DE NENHUM IMPEDIMENTO ÉTICO, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO, DA FORMA COMO SE APRESENTA, SALVO MELHOR JUÍZO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/CCM, em reunião ordinária realizada em 28 de setembro de 2023.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/CCM de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até 04/2024.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus I
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeticas@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**



Continuação do Parecer: 6.388.269

NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/CCM para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-CCM torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2106102.pdf	19/09/2023 00:18:55		Aceito
Outros	carta_reposta_csp.pdf	19/09/2023 00:15:30	TATIANE BARBOSA SOARES SILVA	Aceito
Outros	instrumento_coleta.pdf	18/09/2023 23:01:21	TATIANE BARBOSA SOARES SILVA	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	13/09/2023 20:48:53	TATIANE BARBOSA SOARES SILVA	Aceito
Outros	certidao_de_aprovacao.pdf	09/09/2023 13:00:13	TATIANE BARBOSA SOARES SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	09/09/2023 01:22:28	TATIANE BARBOSA SOARES SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	15/08/2023 21:22:46	TATIANE BARBOSA SOARES SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/08/2023 13:21:06	TATIANE BARBOSA SOARES SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 05 de Outubro de 2023

Assinado por:

MARCIA ADRIANA DIAS MEIRELLES MOREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

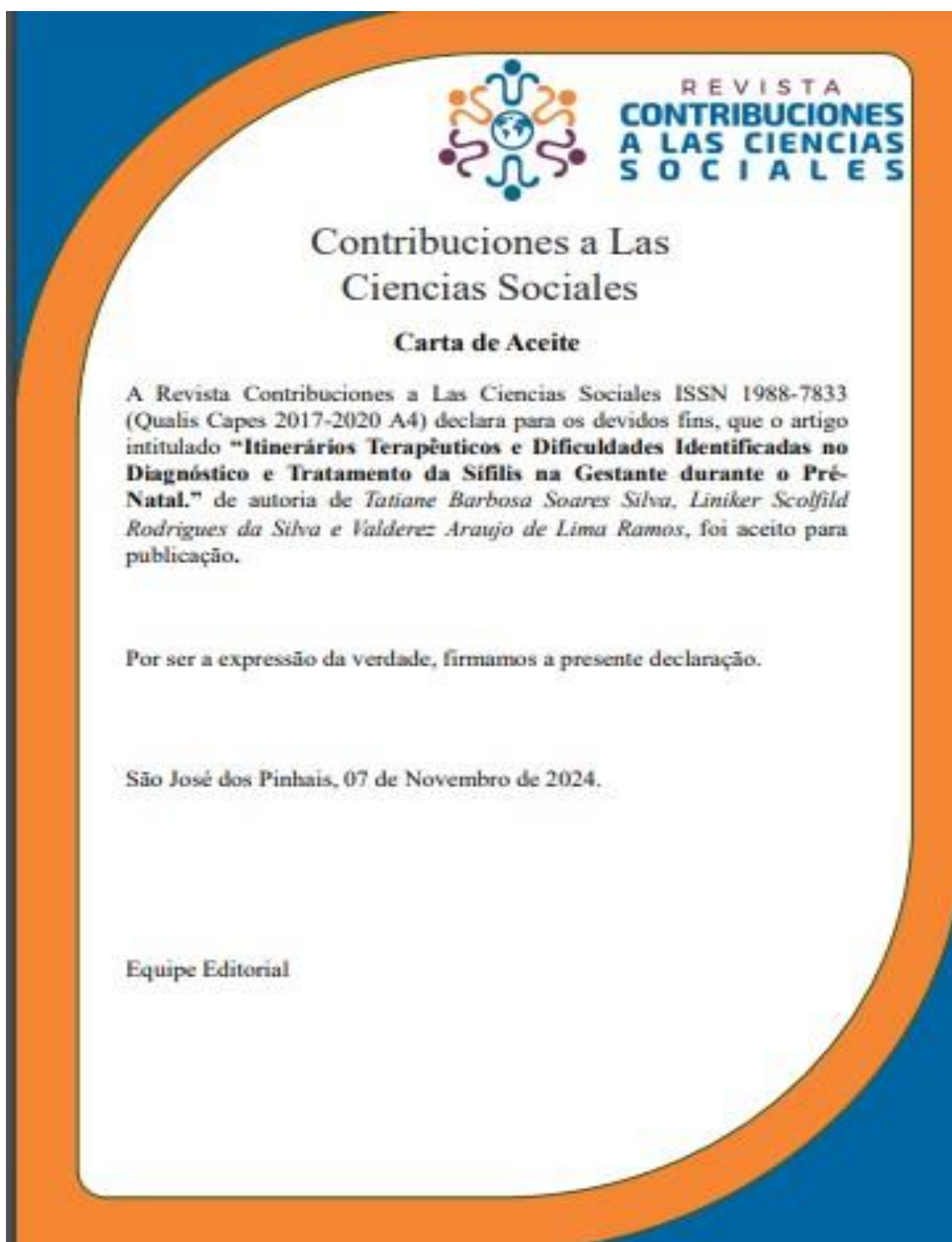
Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

ANEXO C

COMPROVANTE DE ACEITAÇÃO DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO



ANEXO D

NARRATIVAS DAS GESTANTES

Relato da paciente P1

Trata-se da puérpera B.C.M.N, 22 anos, proveniente da cidade de Parnamirim, Rio Grande do Norte. Paridade: G2 P1 A1. Fez mais de seis consultas de pré-natal. A mesma descreve que descobriu a gestação após três semanas de atraso menstrual, iniciando o pré-natal (PN) precocemente, na quinta semana de gestação. Refere ter escolhido seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Macaíba, localizada no bairro onde reside. Durante o PN afirma ter totalizado cinco consultas na referida UBS. Neste período realizou um Teste Rápido para Sífilis, além de um exame de VDRL, ambos com resultado não reagente.

B.C.M.N. refere a solicitação do teste de VDRL para o parceiro, com resultado também não reagente. Registrou ainda que a médica prenatalista não solicitava USG, pois “não havia necessidade” e que seria “um gasto excessivo de dinheiro”. Não conformada, a paciente realizou algumas USG por conta própria. Na ocasião foi possível detectar uma Restrição de Crescimento Intrauterino Fetal (RCIU).

Não estando satisfeita com o atendimento oferecido, após seis meses de gestação, e por mudança de endereço, a paciente deu continuidade ao PN em nova Unidade, a UBS Bela Vista. Repetiu o exame de VDRL que resultou normal. Foi avaliada a restrição de crescimento intrauterino, sendo proposta uma alimentação adequada para ela, além de continuidade seriada das consultas.

A paciente relata:

“...comecei com seis meses lá... todos os VDRL foram pagos, nada pelo SUS..”.

-

Segundo B.C.M.N, nesta UBS não havia disponibilidade de testes rápidos (TR) para a Sífilis, além de alguns exames que não eram disponibilizados pela Rede de Saúde.

Seguindo com o pré-natal foi diagnosticada com hipertensão arterial específica da gravidez no sexto mês de IG, culminando em uma pré-eclâmpsia que resultou em um trabalho de parto prematuro, por volta de vinte e nove semanas de

gestação.

A paciente descreve que sua pressão arterial começou a elevar, seguida por cefaléia intensa e níveis pressóricos em 150 x 90 mmHg, sendo referenciada para um hospital. Após dar entrada na Emergência, apresentou piora do quadro clínico, referindo “ver estrelinhas...”. Com a pressão arterial (PA) sistólica em 190 mmHg, foi encaminhada para o bloco cirúrgico e submetida a um parto operatório de emergência. Foi diagnosticada com pouco líquido amniótico durante o procedimento.

Em relação ao parto descreve que foi muito traumático, principalmente por ser dado um diagnóstico adicional pela equipe de saúde: o exame VDRL, realizado na admissão da gestante em ambiente hospitalar resultou reagente. Portanto, B.C.M.N. era portadora de sífilis adquirida e seu bebê também foi acometido através de Transmissão Vertical.

Dada a gravidade do caso, a paciente ficou internada por dez dias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde segundo a mesma, não foi instituído o tratamento completo para ela. Fez apenas uma dose de Penicilina Benzatina. Refere ter recebido informações sobre sífilis pelo Pediatra, que orientou para que ela tivesse uma conversa também com o Obstetra. Quanto ao companheiro, recebeu orientações para tratamento, mas também não realizou.

Quanto aos conhecimentos sobre sífilis na gestação, relata:

“já tenho um pouco de conhecimento sobre a doença”

Não entende o motivo pelo qual antes do parto já tinha realizado testes para sífilis, sendo todos negativos.

Em relação ao diagnóstico da sífilis congênita, a puérpera relata que foi devastador. Segundo registro da mãe, que diz:

“...Foi horrível, desolador, não consigo nem falar sobre isso com outras pessoas a não ser com meu marido e minha mãe... me sinto estranha... minha primeira preocupação foi saber se o bebê estava bem e recebendo os devidos cuidados...”

B.C.M.N. relata que pensou muito sobre participar desta entrevista pelo fato de

se sentir desconfortável pelo que as pessoas iriam falar e se seria realizada em um lugar separado, por causa das outras mães “por serem neuróticas”.

A puérpera refere carregar um grande sentimento de culpa pelo diagnóstico do filho e pelo afastamento das outras pessoas, pelo fato de se sentir muito constrangida com esse diagnóstico.

“...tem esse sentimento de culpa por ele, de reclusão por não querer me misturar com outras pessoas, pelo fato de se sentir muito constrangida...”

Relato da paciente P2

I.R.J.M., 17 anos, G2 P1 A1, casada, sem comorbidades, residindo atualmente no município de Parnamirim, Rio Grande do Norte, tendo morado antes no município de João Pessoa, PB. Refere a gestante, que teve bastante dificuldade para iniciar seu pré-natal em João Pessoa devido à falta de profissionais médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que levou à necessidade de remarcar as consultas por várias vezes. Diante deste cenário, resolveu mudar-se para próximo de sua família que residia em Parnamirim-RN, buscando realizar um pré-natal adequado. Após fixar nova residência, no segundo trimestre da gestação, conseguiu dar início às suas consultas na UBS Santa Tereza. Ao iniciar o seu pré-natal, foram solicitados os exames de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde, que detectaram a Sífilis através do Teste Rápido (TR) e confirmatório. Conforme relatos da gestante:

“...fiz os exames de rotina da gravidez e testei positivo para sífilis. Eu comecei a fazer o tratamento, só que a médica do pré-natal falou que para servir né, tinha que ter começado o tratamento pelo menos 3 meses antes dela nascer”.

Após detectada a sífilis, a médica prescreveu o tratamento completo, composto por três doses de Benzetacil, porém a Unidade não estava abastecida de Penicilina Benzatina. Na ocasião, foi encaminhada para fazer seu tratamento em outra UBS que

disponibilizava do medicamento. No entanto, a paciente menciona ter tido dificuldade para a realização do tratamento completo, pois faltava profissional para aplicar a injeção da penicilina ou a Unidade encontrava-se fechada. Desta forma, o intervalo da aplicação da medicação não ocorreu no tempo oportuno. Como descreve a paciente:

“...eu acho que deu positivo, porque me passaram para um Posto, e quando eu ia para o posto, nunca tinha quem aplicasse e tinha que ser no dia certo né? Ou não tinha quem aplicasse ou tava fechado ... o Posto era aqui na UBS Santa Tereza”.

Perante estes fatos, a paciente decidiu dirigir-se por conta própria ao Hospital Divino Amor para dar continuidade ao esquema antibiótico, conseguindo concluir o esquema prescrito, porém no tempo inadequado.

Ao retomar a consulta do pré-natal foram requisitados novos exames, porém sem alteração do VDRL, e continuou o rastreamento dos exames laboratoriais até finalizar a gestação, confirmando o tratamento inadequado.

No que diz respeito ao parceiro, após a gestante ter sido diagnosticada com sífilis, foi prescrito o esquema para ele. Contudo houve recusa a realizar o tratamento, gerando conflitos entre o casal. O companheiro chegou a acusar a esposa de tê-lo traído e adquirido a doença com outra pessoa. Tal violência verbal e psicológica levou à separação do casal.

Com relação ao nascimento do bebê, logo no início do trabalho de parto a paciente se dirigiu à Maternidade, sendo indicado um parto operatório. No pós-parto foi diagnosticado sífilis congênita, sendo comunicado à puérpera. Perante o diagnóstico a paciente descreve:

“...fiquei preocupada, né? Porque a sífilis pode causar problemas no sistema imunológico, que fala ... pode ter problema nos ossos, na visão dela, fiquei preocupada, coisa de mãe...”

Quanto ao conhecimento da puérpera sobre a sífilis, ela narra:

“...ouvi falar da sífilis né ... que é uma doença transmitida sexualmente..”

Durante as informações prestadas pela equipe no hospital ela diz que:

“...falaram que precisava repetir os exames da sífilis, só isso...”

Relato da paciente P3

B.F.D., 25 anos, G1 P1 A0, sem procedência fixa, moradora de rua no município de Natal, usuária de substâncias ilícitas (crack). Não fez pré-natal. Parto vaginal, hospitalar. Em visita à casa dos seus familiares, a mãe da gestante identificou umas manchas de pele em algumas partes do corpo da filha, com característica da sífilis (sic). Na ocasião, orientou a filha a buscar tratamento em rede pública de saúde. Segundo a genitora da gestante, ela própria conhecia a sífilis porque já havia sido diagnosticada antes, em determinado momento de sua vida. Esse antecedente familiar facilitou a identificação da doença. Entretanto a paciente não deu atenção aos conselhos da mãe, não buscou tratamento, retornando às ruas e ao uso de drogas ilícitas.

Após dois meses do ocorrido, a sua mãe foi em sua procura nas ruas, buscando o paradeiro dela, encontrando-a na praia de Ponta Negra, Natal, RN.

Após o resgate, por conta própria conduziu sua filha para realizar uma USG obstétrica, para avaliar a gestação. Durante a gravidez não foi realizada nenhuma consulta de pré-natal.

Por volta das 39 semanas de IG, a gestante ligou para a sua genitora comunicando que tinha entrado em trabalho de parto. Ao encontrar sua filha, a mãe a conduz para uma Maternidade, onde foi avaliada e encaminhada para um parto normal.

Apenas na Unidade Hospitalar foram coletados os exames laboratoriais, onde as sorologias puderam detectar a sífilis com Transmissão Vertical.

Após o parto, foi feita a prescrição da Penicilina Benzatina e o tratamento para a puérpera e bebê foi realizado conforme o Protocolo do Ministério da Saúde.

Relato da paciente P4

A. M. S, 24 anos, G2 P2 A0, residente no município de Parnamirim. Ao confirmar a gestação, procurou a UBS mais próxima a sua residência, e deu início ao seu pré-natal. Encontrava-se com aproximadamente doze semanas de idade gestacional. O pré-natal contemplou o número de seis consultas, todas realizadas em uma Unidade Básica de Saúde em seu bairro.

A UBS onde realizou as consultas pré-natais não dispunha de Testes Rápidos para Sífilis até o início do 3º trimestre de gestação. Apenas no oitavo mês foi realizado o TR para sífilis, resultado Reagente. Em seguida foi prescrito o tratamento protocolar composto de três doses da Penicilina Benzatina, para ser realizado na Maternidade, iniciando o esquema terapêutico na mesma semana em que foi dado o diagnóstico.

A paciente descreve que atrasou a data da administração do medicamento, pois a UBS não tinha o fármaco em seu estoque. Após a finalização do tratamento a gestante retornou à Unidade Básica de Saúde, para dar continuidade ao seu pré-natal. Nesta unidade o profissional solicitou os exames de rotina do 3º trimestre da gestação. No entanto, ela não realizou os exames laboratoriais e sorologias, incluindo o VDRL de rastreamento pós-tratamento. Seu companheiro fez Teste Rápido e confirmatório, com resultado não reagente, e não foi tratado.

Com quarenta semanas e dois dias de idade gestacional, a paciente A.M.S. entrou em trabalho de parto e se dirigiu à Maternidade de referência, onde foi submetida a uma cirurgia cesariana. Após 24 horas do parto a paciente foi comunicada pelo médico do diagnóstico de sífilis congênita no bebê. Em seguida solicitado esquema terapêutico padrão estabelecido pela Ministério da Saúde. O diagnóstico trouxe para paciente muita tristeza, como relatado:

“...fiquei bem triste, pois tenho uma filha de 7 anos e no dela não tive nada disso. A dele, eu estava passando por um momento complicado, e eu fiquei bem triste... choro ..., mas foi tratado então deu tudo certo.”

“... E também durante a gestação eu não fiz nada que pudesse causar isso... essas coisas erradas e fico me perguntando o que fiz para

causar tudo isso fiz para merecer isso...”

Sobre o conhecimento da paciente sobre a Sífilis, ela refere:

“...não conhecia a sífilis ... o médico falou sobre a relação (sexual) e só... e eu trabalho no atendimento ao público, né?...”

No que refere ao momento do diagnóstico, a paciente relata:

“... chocou o resultado... acho que o que causou a doença no bebê foi o fato de ter continuado a ter reação sexual com meu companheiro...”

Relato da paciente P5

N. R. S., 20 anos, G3 P2 A1, reside atualmente no município de Parnamirim, RN. Paciente descobriu que estava grávida no 1º trimestre, e logo buscou iniciar seu pré-natal. No entanto obteve algumas barreiras até iniciar as consultas. Residia no município de Natal, Rio Grande do Norte, e procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima à sua casa.

Refere que compareceu na UBS por diversas vezes, na tentativa de marcar a sua primeira consulta, porém sem êxito. Ao chegar nas 16 semanas de gestação, mudou para o município de Nova Parnamirim, onde conseguiu iniciar seu pré-natal na UBS João Dias.

Esse discurso foi descrito pela paciente, como vemos abaixo:

“...porque eu procurei muito o Posto e nunca estava disponível, principalmente o de Natal, e como eu sou de Natal e estava morando em Nova Parnamirim estava sendo difícil “

“...marcar no Posto lá era bem problemático; num dia não tava marcando, tinha que voltar, outro dia, estava tarde. Tentei mais ou menos

sete vezes para iniciar as consultas do pré-natal no POSTO João Dias em Nova Parnamirim...”

Em sua primeira consulta do pré-natal na UBS em Parnamirim, foram solicitados todos os exames do 1º trimestre gestacional. Foi também realizado o Teste Rápido para sífilis, cujo resultado foi Reagente. A paciente descreve que nunca positivou para sífilis antes. Nesta mesma consulta foi solicitado o teste de VDRL para seu companheiro, que apresentou o resultado não reagente. Diante do resultado o médico falou que não era necessário tratá-lo.

“...só tratou eu, pois meu parceiro não tinha dado positivo, e o médico falou que não precisava ele tratar mesmo ele pedindo o tratamento, falaram que ele não precisava fazer...e a médica (que deu o diagnóstico do bebê) explicou que talvez o bebê pode ter pegado, por mim ter e ele não ter e a gente ter tido relação e infeccionado o bebê...pois a médica falou que mesmo ele não tendo deveria fazer o tratamento...”

O profissional prescreveu o tratamento protocolar do Ministério da Saúde para a gestante e a encaminhou para começar seu tratamento em outra UBS, no caso a UBS Susete Cavalcante, pois a unidade onde o pré-natal estava sendo realizado não tinha o tratamento penicilínico.

Ao concluir o tratamento, a gestante retornou para sua UBS de origem, dando continuidade ao seu pré-natal, porém a equipe não solicitou as sorologias para acompanhamento do VDRL. Em seu relato, diz que precisou ir para a Emergência da Maternidade algumas vezes por dor e outros sintomas. Em um desses atendimentos, o médico plantonista solicitou o VDRL, demonstrando que a titulação do VDRL persistiu, e orientou a paciente para retornar a UBS para receber novo tratamento, porém na Atenção Básica não passaram um novo tratamento, mesmo a paciente pedindo e o médico tendo prescrito.

Com quarenta semanas de gestação entrou em trabalho de parto. Procurou atendimento e foi encaminhada para a Maternidade Divino Amor, onde realizou o parto. No hospital foram solicitados novos exames laboratoriais, sendo detectado

sífilis congênita no recém-nascido e comunicado à puérpera. A paciente descreve seus sentimentos ao receber o diagnóstico de sífilis durante a gestação:

“...foi uma coisa difícil, pois o povo diz que não tem cura né, e aí foi uma coisa que eu fiquei pensando né. Mas também o momento mais difícil para mim foi saber que ele tinha e podia nascer com problemas, que se não tivesse tempo ele podia ser um bebê especial e ia ter o autismo. E foi o que me deixou mais nervosa...”

A respeito das orientações que recebeu sobre a sífilis durante seu pré-natal menciona que apenas na UBS Suzete Cavalcante explicaram sobre a doença e entregaram o livro que esclarecia os principais pontos referentes a sífilis. A participante conta que não tinha conhecimento prévio sobre a doença:

“...eu não sabia como era esse tal de sífilis...”

Depois de concluído o tratamento retornou a sua UBS de origem, e relata que não recebeu da equipe informações sobre a sífilis e cuidados. Descreve também ter tido outras dificuldades para realização dos exames laboratoriais, pois tudo era encaminhado para outra UBS e que não realizou as sorologias VDRL de acompanhamento pós-tratamento. Após o nascimento do bebê foi que a paciente obteve mais detalhes sobre a enfermidade:

“...explicaram de um jeito que eu fiquei mais nervosa, não souberam explicar que isso tinha cura, pois na nossa cabeça e para o povo do posto não tem, ...e para mim a parte mais difícil no início foi saber que não tem cura e uma criança minha tinha e iria se prejudicar com isso...”

No hospital, durante o internamento do bebê para realização do seu tratamento de dez dias de antibioticoterapia, foi administrada nos pais a primeira dose de Penicilina até o atual momento da entrevista. Seguem todos sendo acompanhados pela equipe hospitalar. A mãe menciona que está mais tranquila frente ao diagnóstico

do filho.

Relato da paciente P6

M. C. S. C, 22 anos, G1 P1 A0, reside atualmente em Parnamirim. A paciente com onze semanas e dois dias de idade gestacional deu início ao seu pré-natal no estado de Santa Catarina, Balneário de Camboriú, onde residia com seu companheiro na época.

Na sua primeira consulta realizou os exames sorológicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, na rede de Atenção Primária à Saúde. O Teste Rápido para sífilis foi reagente e logo prescrito tratamento penicilínico completo (três doses) pelo médico. Em 2022 havia sido diagnosticada pela primeira vez, durante exames de rastreio pois era doadora de sangue, e informa que na época fez o tratamento completo.

Relata:

“... assim que fiz os primeiros exames, a gente descobriu que estava reagente novamente (ela já havia apresentado a doença anteriormente), e aí fiz todo tratamento novamente...fiz as três doses...”

Após ser diagnosticada portadora de sífilis, foi orientada sobre a doença pela enfermeira que acompanhava seu pré-natal, que explicou as possibilidades de alterações futuras. Também foi solicitada a realização de Teste Rápido e VDRL para seu companheiro, com resultados não reagentes. O médico falou, segundo a gestante, que diante desses resultados não era necessário tratá-lo. Ela registra:

“...que como todos os exames que ele fez deram negativos, nenhum médico passou o tratamento...”

Após a conclusão do esquema terapêutico, foram solicitados testes de VDRL subsequentes que identificaram o declínio progressivo em seu quantitativo. Nesta Unidade de APS realizou mais algumas consultas (quatro). Mudou-se definitivamente para o Rio Grande do Norte, no município de Parnamirim, onde deu continuidade ao seu pré-natal em uma UBS próxima à sua casa. Na UBS foram solicitados novos

exames laboratoriais e sorologias, conforme protocolos da APS. Em todos, o VDRL apresentava-se em queda.

Após dar entrada na Maternidade, já apresentando contrações, o quadro evoluiu para parto normal. Mais tarde após avaliação e realização dos exames, foi detectada sífilis no recém-nascido. Em seguida, o bebê foi encaminhado para iniciar tratamento e comunicado a mãe sobre o diagnóstico de Sífilis Congênita.

Diante deste diagnóstico relata ter sido tranquilo recebê-lo, pois já tinha realizado o tratamento e sido orientada sobre essa possibilidade no que se refere ao bebê. Porém durante este internamento, a paciente menciona que nenhum dos profissionais da equipe em saúde orientou sobre os cuidados e tratamento que o bebê iria ser submetido, como mostra a seguir:

“...só explicou que ela tinha sido infectada, e ia precisar fazer o tratamento...”

A puérpera relatou que o enfermeiro havia informado que quando eles fossem ter alta, o médico iria orientar como deve proceder com os cuidados e rastreamento.

Quanto ao receber o diagnóstico de sífilis na gestação descreve que foi tranquilo, pois já tinha sido orientado sobre os riscos e cuidados da doença.

Relato da paciente P7

A.C. S., 29 anos, G1 P1 A0, mora no município de Parnamirim, RN. A paciente descreve que começou seu pré-natal com aproximadamente onze semanas de gestação, e alega não ter tido dificuldades para marcar seu acompanhamento pré-natal.

A primeira consulta foi realizada pela enfermeira da UBS, que realizou os exames de rotina e o Teste Rápido para sífilis, que identificou a doença. Relata que antes da gestação nunca havia feito exames para detectar o treponema. Foi prescrito o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde (três doses) de Benzetacil para ela e seu parceiro. Depois da conclusão do tratamento foram solicitados novos exames para fazer o rastreamento com o VDRL, que se manteve em queda. Ela descreve que não teve sífilis antes.

Em meio aos exames sorológicos do rastreamento da doença, por volta do terceiro trimestre, o VDRL voltou a subir. O médico que estava realizando o pré-natal relatou que isso não era normal acontecer. Então foram solicitados novos exames, incluindo o VDRL, além de coletado um novo Teste Rápido do parceiro, que resultou não reagente. O médico decidiu não tratá-lo.

Diante desta problemática, o médico indicou iniciar um novo tratamento para sífilis para a gestante na época. A paciente menciona que foi um momento difícil ter que retratar a sífilis devido aos seguintes fatores, segundo seu relato:

“...foi porque, é uma injeção que é muito chatinha para tomar e também porque a gente estava fazendo tudo bem certinho mesmo, tipo a relação (sexual) a gente deixou de ter pra tipo não retornar, porque a gente não sabia como se dava a doença e ficou um tempo sem ter por causa disso...e ver que tava de novo foi meio que frustrante, mas não tinha o que fazer então fiz novamente...”

Ela descreve que ao longo do pré-natal totalizou catorze consultas. Em relação ao conhecimento da doença a paciente descreve nunca ter tido conhecimento sobre a sífilis antes, como demonstra:

“...na verdade eu era meio leiga em questão dessas doenças, e quando eu descobri eu fiquei meio em choque, que eu não imaginava né que eu pudesse ter, e foi meio que um baque quando descobri, pois não imaginava, principalmente quando disse que poderia passar para ele...”

No que diz respeito às orientações recebidas na APS sobre a sífilis, assim que foi detectada, relata que o médico falou:

“...o médico falou mais em questão dele (bebê) ... que poderia nascer com deformidades no corpo e com uma saúde mais frágil...”

A paciente descreve que ficou curiosa e junto com uma amiga foram pesquisar

no Google sobre a doença:

“...fui pesquisar no Google sobre a doença... que pode dar febre e outras reações...”

Após conclusão do segundo tratamento penicilínico, os profissionais da APS deram continuidade aos exames de seguimento mensal até o parto, tendo seus valores em queda. Com relação aos exames, relata a paciente:

“...o primeiro exame eu fiz pelo SUS e o segundo eu fiz pago porque passava mais de uma semana para sair o resultado...”

Depois do parto normal foi realizada a coleta no RN, sendo detectada titulação elevada pelo VDRL. Foi novamente instituído o tratamento do binômio no hospital. Durante a entrevista, a paciente relata que nem ela, nem o esposo receberam explicações dos profissionais em relação a doença, tratamento e cuidados com o bebê. Quanto ao diagnóstico do bebê, a mãe relata, abaixo, que foi difícil receber a notícia:

“...eu chorei muito...choro...um trauma que me afetou bastante, porque eu tinha feito tudo bem direitinho...muito direitinho, aí a gente ficou muito triste quando descobriu que ele (bebê) tava doente, principalmente porque tem que ficar furando ele...choro... e é nosso primeiro filho também. Então pra gente é horrível, e toda vez que ele é furado eu choro, detesto ficar vendo, apesar de saber que é para o bem dele...mais é algo que a gente tinha cuidado bastante, mas aconteceu ele sendo furado, fura um braço e depois outro é horrível ficar vendo...”

A paciente expressa que após tudo o que tem passado encontra-se abalada:

“...eu ainda estou bem abalada, muito abalada, pois eu imaginava que a gente ia estar em casa já, e não imaginava que ele iria ter, e quando

descobri foi horrível...fico feliz por ele estar tratando, mas eu sinto que é algo que poderia ter sido evitado...choro..."

Relato da paciente P8

L.S.J.B, 21 anos, G4 P3 A1, reside no município de Parnamirim. Paciente menciona que apresentou sintomas suspeitos de gestação e foram confirmados com o exame BHCG. A seguir procurou a UBS para começar seu pré-natal, que na primeira consulta estava com 5 cinco semanas de gestação. Paciente relata ser portadora de Asma. Na gestação desenvolveu Diabetes. Nesta consulta foram requisitados os exames do primeiro trimestre da gestação e o teste rápido que detectou a sífilis.

Prontamente foi prescrito o tratamento. No entanto, esse diagnóstico já havia sido dado em sua primeira gestação, que foi tratada corretamente. O recém-nascido testou negativo para sífilis. Na sua segunda gestação não foi detectada sífilis em nenhuma das testagens.

Durante esta gestação o parceiro realizou dois exames, Teste Rápido e VDRL, com resultados negativos, e não foi prescrito tratamento para ele, segundo relato:

"...não trataram...porque falaram que não tinham dado positivo então não era para tratar..."

Sobre o diagnóstico da sífilis na gestação atual, a paciente relata que ficou preocupada:

"...no início achei difícil, pois como na segunda gestação não deu positivo achei, que não ia dar reativo de novo, aí eu fiquei assim um pouco preocupada pelo fato do bebê, mas aí eu tomei, me tranquilizei mais...e aí na segunda vez que fui fazer o exame ainda deu, aí outro tipo de médico que avalia infecção passou outro tipo de exame que deu, que já estava mais baixa da quantidade que tinha dado..."

O tratamento ocorrido na UBS foi tranquilo, não teve dificuldades para tratar:

"... eu fiz nos dias que era para ir, ia e tomava..."

Ao ser questionada sobre seus sentimentos, frente ao diagnóstico dasífilis congênita relata que foi muito difícil:

“...foi difícil... porque nas minhas filhas não tiveram... aí eu fiquei em desespero, ainda mais porque ele não veio diretamente para os meus braços, e foi diretamente para UTI. Que nasceu com dificuldade de respirar, e daí eles fizeram todos os exames e viu que ele tinha, eu fiquei em desespero..”.

Diante deste diagnóstico no hospital o médico conversou com a mãe, e explicando sobre os riscos da doença:

“ ...que poderia passar para o cérebro dele e que precisava tirar um líquido da coluna dele para ver se estava indo pro cérebro ou se estava só no corpo dele...”

Os pais do bebê não foram informados sobre a necessidade de tratamento por ocasião da detecção da doença no filho.

Ao longo do pré-natal foram realizadas treze consultas, e o bebê nasceu de parto cesariano de urgência, pois a gestante teve uma crise de asma, necessitando ser internada para cuidados e entrou em trabalho de parto com 36 semanas e quatro dias.

Relato da paciente P9

C.D.S., 32 anos, G6 P6 A0, reside no município de Parnamirim. Usuária de drogas, encontra-se na sexta gestação. Descreve que nunca realizou pré-natal nas gestações:

“...nunca fiz pré-natal, nem nunca procurei um médico, nunca bati ultrassom, na verdade foram todas surpresas de DEUS... porque antigamente não tinha isso vamos para maternidade para ver como o bebê está. Tudo era mandado por DEUS era a regra dele...”

A paciente relata que reside perto do hospital e não vinha porque não queria mesmo realizar as consultas. A paciente fala que teve sífilis na gestação anterior gemelar há 2 anos, fez o tratamento completo na Maternidade Divino Amor. Nesse episódio anterior, o parceiro não foi tratado e rapidamente ocorreu a reinfecção.

Nesta sexta gestação receber o diagnóstico da doença foi normal, entretanto ela não esperava a possibilidade da criança ser acometida pela sífilis, por já ter realizado o tratamento anteriormente. A paciente diz que entende o acometimento pelo fato do seu parceiro não ter realizado o tratamento junto com ela, e que foi uma surpresa, pois os exames realizados por seu parceiro deram não reagentes.

Em relação ao tratamento e cuidados que serão ofertados ao seu filho, a paciente relata que está tranquila e segura pois esta sendo realizado num hospital onde sempre recebeu assistência e sabe que está recebendo os cuidados adequados.

Em relação ao conhecimento sobre a doença a mesma sabe pouco:

“...sei que quando ela esta mais velha ela sai feridas...”

No que se refere às orientações quanto aos cuidados com o tratamento, ela diz que:

“...acho que falaram, é porque é muita coisa, e eu quase fui embora (paciente se refere a quase ter morrido) com essa cesárea, que foi complicada...”

Sobre as informações dos profissionais com os cuidados após alta hospitalar:

“...orientaram que sempre ir ao hospital e no posto de saúde, dar as vacinas ...e voltar com 1 mês com a bebê para refazer os exames e rastreamento...”

Relato da paciente P10

F.C.L.O, 25 anos, G2 P2 A0, mora no município de Parnamirim. Paciente alega que descobriu a gestação próximo ao terceiro mês, e que foi um choque:

“...porque eu não esperava estar grávida e o diagnóstico...”

Com a descoberta da gravidez procurou a Unidade Básica de Saúde Nova Esperança, por volta de doze semanas, para começar seu pré-natal. Nesta unidade realizou apenas a primeira consulta, pois a médica que começou o pré-natal tinha saído da Unidade e por isso ela deixou de ir. Nesta consulta solicitaram todos os exames preconizados pelo protocolo do MS, incluindo o teste rápido, com resultado reagente para sífilis.

A médica a reencaminhou para a Unidade Santos Reis para realizar o tratamento completo com Penicilina, explicando sobre a doença e os cuidados necessários, mas ela negligenciou as orientações:

“...ela me encaminhou para outro canto mas não lembro, é um canto...lá em Santo Reis parece que é num postinho de saúde...”

“...só que eu não fui para o canto que ela tinha mandado, e aí eu tive problemas na gravidez senti dores e procurei a maternidade e que foi descoberto no exame de sangue que deu positivo e também fiz ultra, perguntouse eu já tinha tratado e passou os cuidados...”

Encaminha à Maternidade, foi realizado o tratamento para sífilis iniciado em 23 de dezembro de 2023 com Penicilina Benzatina, três doses. Iniciou no sábado e recebendo uma dose a cada sete dias.

Como referido anteriormente, ao retornar para a segunda consulta com a médica do seu pré-natal, descobriu que ela não estava mais na unidade, e, por isso, abandonou o pré-natal nesta Unidade. O diagnóstico a deixou chocada:

“...eu fiquei chocada...”

E descreve que o parceiro não recebeu tratamento na época, pelo fato deles não estarem juntos no momento. Após tudo isso a paciente procurou outra unidade para dar continuidade às consultas do pré-natal na UBS de Cajupiranga, retomando o pré-

natal com mais de seis meses de gestação, realizando uma consulta em um mês e as demais a cada 15 dias.

Nesse tempo foram solicitados novos exames de rotina, mas a paciente relata que não fez os exames de rastreamento da sífilis. As orientações quanto a sífilis e os riscos relacionados a ela e o bebê não foram realizadas durante as consultas.

Por ocasião do trabalho de parto, deu entrada na Maternidade e foi submetida a cesariana e em seguida recebeu o diagnóstico no bebê de sífilis congênita. A paciente descreve que seu sentimento frente ao diagnóstico do seu filho foi:

“...fiquei em choque, sentimento de culpa ...principalmente não por a gente e sim pela criança... e um sentimento de culpa quando a gente descobriu e agora principalmente porque estou aqui...”

No hospital a paciente descreve que não recebeu informações sobre a doença ou riscos, apenas a cerca do tratamento do bebê. O exame VDRL realizado após o parto resultou não reagente, apenas o bebê teve seu resultado reagente para sífilis.

A assistente social conversou com ela sobre a doença do bebê e o fato do pai não ter realizado o tratamento. A paciente relatou que só iria conversar com parceiro em casa, pois naquele momento não queria se estressar diante de tudo que estava passando. A equipe conversou com o pai que iniciou o tratamento, pois seus exames deram reagentes. A paciente descreve também que antes desta gestação, não tinha recebido diagnóstico de sífilis e nunca realizou exames para diagnóstico de sífilis. Quanto ao conhecimento da doença:

“...já tinha ouvido falar sobre como ela era transmitida, normal, coisa que a gente aprende no dia a dia mesmo...”

Em relação às orientações quanto a alta, acompanhamento e cuidados após o tratamento do bebê, foram informados apenas sobre o tempo que precisava fazer os exames após a alta, segundo a puérpera.

Relato da paciente P11

H.C.R.S., 25 anos, G4 P3 A1, residente no município de Parnamirim. A paciente conta que descobriu a gravidez com três meses, pois fazia uso regular “da injeção de três meses”, por isso, não tinha menstruação. Quando de repente passou mal e a orientaram realizar o teste de gravidez, tendo feito um teste de farmácia e o laboratorial (BHCG) e ambos apresentaram resultados negativos.

Passado uns dias refez o exame laboratorial que detectou positivo. Diante deste resultado iniciou seu pré-natal na UBS Passagem de Areia, próximo à sua casa. Estava com três meses de gestação. Na primeira consulta realizou todos os testes rápidos e exames solicitados no primeiro trimestre da gestação e todos apresentaram resultados negativos (rápidos) e os laboratoriais sem alteração. Neste tempo, estava separada do companheiro.

Após aproximadamente seis meses retomou o relacionamento com o pai do seu filho, e ao relatar esse fato na consulta de pré-natal a enfermeira passou o exame sorológico novamente para avaliação da gestação, onde foi detectado um VDRL reagente 1:16. Em seguida foi encaminhada para iniciar o tratamento para sífilis gestacional, com três doses de Penicilina Benzatina, na própria UBS que realizava seu acompanhamento pré-natal, e relata não ter tido nenhuma dificuldade para realizar o tratamento completo.

Após o diagnóstico, descreve que ficou curiosa e foi procurar no Youtube sobre a doença e identificou que deveria ser tratado não só a gestante, mas também o companheiro:

“...ai eu pesquisando no Youtube que precisava tanto a mãe fazer como o pai e não adiantava um tratar e o outro não e fui perguntar a enfermeira sobre e pedi para ela passar os exames para mim refazer como para ele... e ai quando ele fez também deu positivo e eu já estava com oito meses...”

Essa é a primeira gestação que foi detectada sífilis, pois nas duas anteriores também realizou os VDRL e todos foram não reagentes. Destaca que até o momento em que foi diagnosticada com sífilis na gestação, não tinha nenhum conhecimento anterior sobre a doença. Em relação aos seus sentimentos sobre o diagnóstico da sífilis:

“...a sensação foi de desespero, porque eu fui pesquisar, e vi que causa muitas doenças na criança como surdez, cegueira se não for tratada desde o começo...”

No que se refere à informação sobre a doença, a paciente só foi orientada após o diagnóstico pela médica da UBS depois que necessitou dar entrada na Urgência. Lá o enfermeiro orientou que ao retornar para unidade onde ela realizava seu pré-natal solicitasse que a equipe preenchesse seu cartão corretamente para apresentar todas as informações e conseguirem tratar a paciente da forma preconizada.

Seguindo as orientações sobre o cartão de pré-natal, durante a consulta de retorno relatou para a médica sobre tudo o que foi orientada na Maternidade. A profissional de saúde deu as informações necessárias sobre a sífilis e seus riscos para a saúde da mãe e bebê.

“...e aí a médica foi e colocou e me explicou que se ela nascesse e os exames dela dessem positivos ela (bebê) ia precisar ser internada e fazer o tratamento e que após o tratamento ela teria que fazer acompanhamento...”

Foi estabelecida uma comunicação com a enfermeira da equipe que realizava seu pré-natal e solicitou que ela pedisse novos exames para a ela e o companheiro. Ambos deram como resultado reagentes, sendo necessário a paciente (VDRL 1:16) refazer o tratamento de sífilis e tratar o parceiro.

No entanto, passado duas semanas do tratamento entrou em trabalho de parto. E ao dar entrada na Maternidade ainda faltava a última dose a ser administrada da gestante e seu parceiro. A paciente evoluiu para um parto normal sem intercorrências.

No outro dia foi informada do diagnóstico de sífilis congênita do bebê relata que ficou desesperada:

“...é ruim você estar aqui com o bebê...senti um desespero na hora...a gente se desespera, mas tem que ter calma e confiar em DEUS...”

Durante este internamento e até o presente momento, não conversou nada sobre a doença, riscos, cuidados e rastreamento necessário com ela (...apenas foi falado que ela [a criança] seria acompanhada aqui no hospital...).

Relato da paciente P12

E.B.L, 19 anos, G1P1A0, residente no município de Parnamirim, menciona que iniciou sua consulta de pré-natal com um mês de gestação. Na ocasião, foram solicitados exames de rotina. No entanto, não realizou os exames laboratoriais, nem ultrassonografias:

“...porque sempre pediam exame de sangue, algumas ultras e mesmo com os longos prazos que eles davam eu não tinha condições financeiras para ir, e quando ele tinha dinheiro ele que pagava as coisas pra mim...as vezes ele não trabalhava porque não era de carteira assinada...ai quando a gente marcava para ir sempre acontecia um imprevisto...”

Na Unidade cujo pré-natal era realizado, havia o encaminhamento para realizar a coleta dos exames laboratoriais em um lugar distante e ela não dispunha de recursos para o deslocamento:

“...o lugar que era para fazer era distante...e ficava muito longe para mim... e se eu fosse eu teria que ir de uber...e dinheiro pra uber era difícilzinho...”

Ao longo das consultas do pré-natal relata que não fez nenhum Teste Rápido e nem exames laboratoriais, e até iria realizar na última consulta do pré-natal, porém estava em falta os testes rápidos na UBS. Descreve que falou para equipe do Posto de Saúde que já tinha tido sífilis anterior à gestação, mas nada foi dito ou solicitado. Relata que antes da gestação apresentou umas lesões na boca e foi encaminhada para UPA para investigação. Em seguida falou que o exame de sangue também deu negativo, mas ia me encaminhar para a UPA para avaliação:

“...aí ela me encaminhou [médica] para ir para UPA com o papelzinho...aí eu fui para UPA. Chegou lá a mulher fez o maior medo a mim, e eu comecei a chorar...chorar. Ela disse se eu sentisse dores ou aparecesse umas bolinhas. Mãe tinha até me dado um papel que fala sobre essas doenças que são transmitidas sexualmente, aí eu vi a da sífilis que era umas bolinhas que apresentavam na boca e nos lábios para depois aparecer nas partes íntimas e tal. Aí eu comecei a ficar com medo porque eu tava olhando minha língua no espelho e tinha uma bolha bem lá pra dentro da boca e falei a médica da boca, nem avaliou minha vagina e nem a boca, a médica me fez medo e eu comecei a tremer...aí passou umas medicações e duas injeções para eu comprar e aplicar. Aí ela disse que eu tinha a doença que minha boca ia encher de bolhas e meus lábios ia ficar rachados e ia crescer bastante bolinhas e teria que usar máscara... e que minha vagina ia ficar cheia de feridas... aí tomei as injeções duas doses em duas semanas...”

Ao concluir o tratamento, a paciente refere que não deu continuidade ao acompanhamento dos exames de sífilis pós-tratamento em decorrência do Posto ter ficado um tempo sem médico na Unidade. Por ocasião do parto, realizaram os exames de sangue e foi detectado a sífilis:

“...nos exames deu um sinalzinho positivo...”

Na Maternidade, após a conclusão do resultado positivo, foi iniciado o esquema de tratamento para sífilis. Até o momento tinha sido administrada a primeira dose de Penicilina. Quanto ao parceiro, a médica prescreveu o esquema de duas doses de Penicilina Benzatina, e o mesmo já tomou a primeira dose. Sempre esteve assintomático.

Realizada a testagem do recém-nascido na Maternidade, resultando positivo.

“...e falaram que como eu tinha provavelmente Theo tinha...”

A paciente fala que não explicaram muita coisa sobre a doença e os procedimentos pós-tratamento nela e no bebê:

“...eu pergunto as coisas... porém a médica não fala...falou que teria que esperar 5 dias para realizar o teste do pezinho...para saber se ele tinha ou não...”

Em relação ao sentimento diante do diagnóstico de sífilis no bebê, a paciente expressa:

“...eu tive medo...um desespero, pois não sei o que fazer, os riscos que o bebê tem e eu...não explicaram nada...”

E sobre o conhecimento prévio da doença ela relata:

“...da sífilis eu já tinha ouvido falar...que era só uma doença transmissível pelo sexo...e li um livrinho que minha mãe me deu sobre a sífilis , mas li bem pouco para não colocar coisa na minha cabeça..não quis procurar mais porque minha ansiedade ataca...”. (paciente tremendo e retirando leite durante a entrevista).

“...e já era a segunda vez que não tinha, porque quando eu iniciei eu ia fazer o teste rápido, porém a médica quando verificou que as caixas onde ficavam os teste estavam vazias e aí ela começou a rir, porque era para ter os testes e só tem as caixas. Em vez de jogar as caixas fora estão jogando os testes é?... aí não fiz os testes e foi passando o tempo e nada de eu fazer esses testes...aí a ultima vez que fui pro pré-natal o médico falou que eu fosse a tarde que os testes iriam chegar... aí não pude ir a tarde...”

Sobre o seu pré-natal descreve que começou no UBS Passagem de Areia:

“...que fiz umas duas ou três consultas, acho...aí depois eu me mudei porque eu tava na casa de mãe...aí meu marido conseguiu alugar uma casa e a gente se mudou...e aí fui para o postinho de Monte Castelo...foi aí que disseram para mim que não tinha...”

No que esta relacionado as suas emoções quanto ao diagnóstico do seu

filho:

“...tô me sentindo desesperada...tô me sentindo tão mal porque se passa muita coisa na minha cabeça...às vezes fico me sentindo culpada de tanta coisa...às vezes fico até desejando fazer besteira que é tanta coisa que fico me culpando praticamente o tempo todo... só não agora porque eu estou tentando me controlar para ver se passa...porque é muito forte e eu fico desesperada e o que fazer...e começo a chorar muito, e de onde sai tanta lágrima pelo amor de DEUS...e eu fiz tantos planos e não consegui fazer nada e eu não posso planejar nada...”

ANEXO E

FOTOS DA OFICINA COM A EQUIPE DE SAÚDE



Figura 1 – Participação ativa da equipe de saúde



Figura 2 – Discussão de protocolo assistencial multiprofissional



Figura 3 – Escuta qualificada



Figura 4 – Participação ativa em roda de conversa



Figura 5 – Palestra da facilitadora