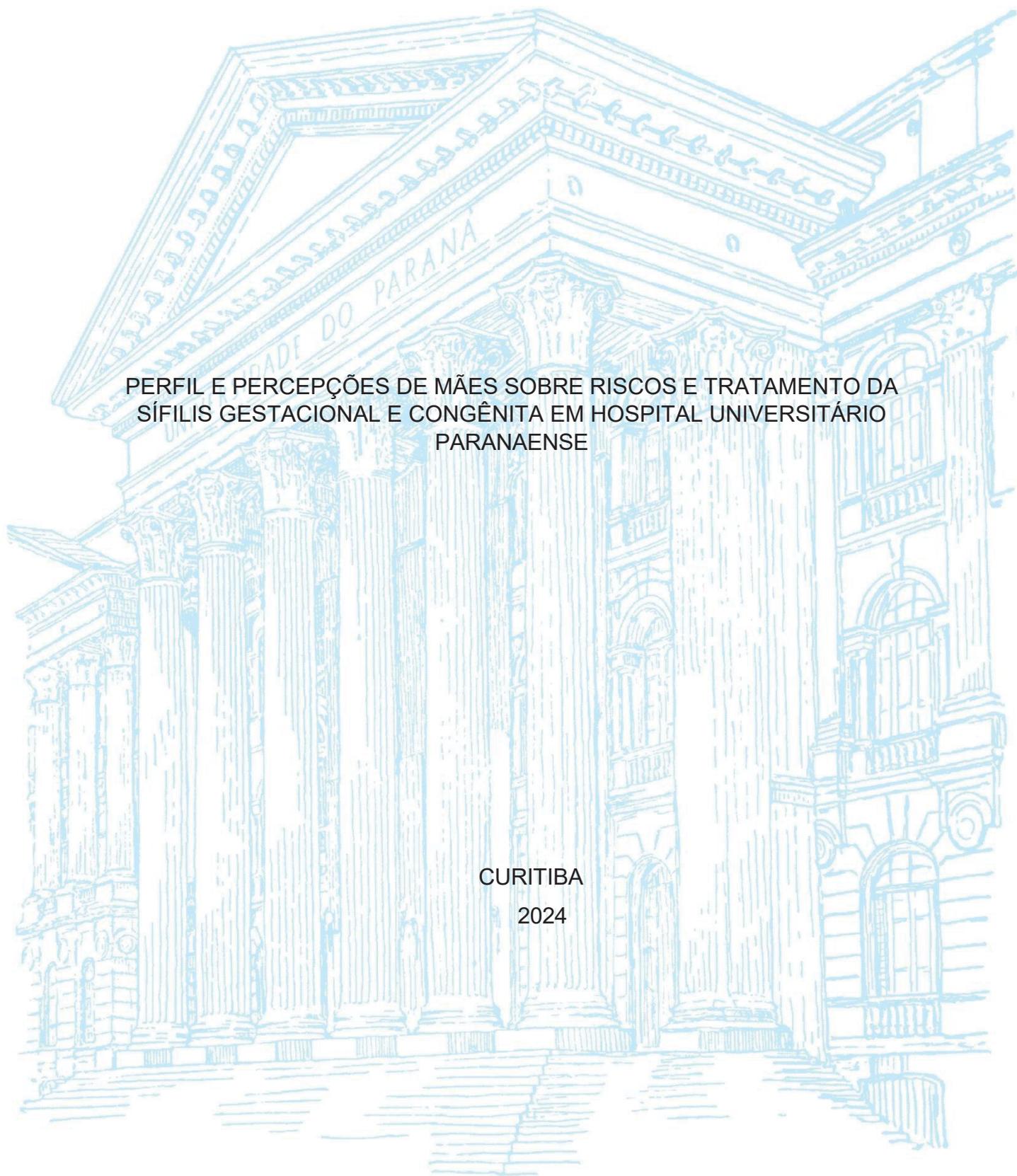


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANA CHRISTINA GAIOSKI

PERFIL E PERCEPÇÕES DE MÃES SOBRE RISCOS E TRATAMENTO DA  
SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PARANAENSE

CURITIBA  
2024



JULIANA CHRISTINA GAIOSKI

PERFIL E PERCEPÇÕES DE MÃES SOBRE RISCOS E TRATAMENTO DA  
SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PARANAENSE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Emiko Shimakura

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

CURITIBA

2024

**G143** Gaioski, Juliana Christina

Perfil e percepções de mães sobre riscos e tratamento da sífilis gestacional e congênita em hospital universitário paranaense [recurso eletrônico] / Juliana Christina Gaioski. – Curitiba, 2024.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Emiko Shimakura  
Coorientador: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

1. Sífilis. 2. Sífilis congênita. 3. Gravidez. 4. Cuidado pré-natal. I. Shimakura, Silvia Emiko. II. Signorelli, Marcos Claudio. III. Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WC 161

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA  
JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -  
40001016103P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de JULIANA CHRISTINA GAIOSKI intitulada: **PERFIL E PERCEPÇÕES DE MÃES SOBRE RISCOS E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARANAENSE**, sob orientação da Profa. Dra. SÍLVIA EMIKO SHIMAKURA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo Colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Outubro de 2024.

Assinatura Eletrônica

30/10/2024 17:18:12.0

SÍLVIA EMIKO SHIMAKURA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

04/11/2024 08:13:44.0

MARSELLE NOBRE DE CARVALHO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

Assinatura Eletrônica

31/10/2024 06:46:59.0

KARIN REGINA LUHM

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação à minha filha Lara e minha família, pelo apoio incondicional e constante incentivo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida, por me guiar e fornecer a força necessária para enfrentar todos os desafios dessa caminhada.

Dedico um agradecimento especial à minha filha **Lara**. Sua paciência, apoio e amor incondicional foram fundamentais para que eu pudesse me dedicar à elaboração dessa dissertação.

Sou grata aos meus pais, **Clemente** e **Regina**, e aos meus irmãos, **Georgea** e **Eleandro**, além da **Tia Leocádia**. Vocês foram meu alicerce, sempre compreendendo minha ausência nas reuniões familiares e me encorajando a seguir em frente com palavras carinhosas e de motivação.

Quero expressar minha profunda gratidão aos meus orientadores, Prof.<sup>a</sup> **Silvia Emiko Shimakura** e Prof. **Marcos Claudio Signorelli**. O conhecimento que compartilharam, suas orientações, dedicação e colaboração foram essenciais para a realização deste trabalho. Agradeço também pelo apoio, carinho e paciência, especialmente por terem acreditado em mim e no meu projeto de pesquisa, sempre me incentivando. Seus ensinamentos são lições valiosas, e sou grata a Deus pela oportunidade de tê-los como guias nessa jornada.

Aos meus amigos e amigas que me apoiaram, tiveram paciência e não me abandonaram, mesmo durante minhas ausências em reuniões e encontros sociais, meu sincero agradecimento pela amizade sincera.

A todos os professores que participaram da minha trajetória no mestrado e que foram fundamentais para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

Não posso deixar de agradecer aos meus colegas de mestrado que estiveram ao meu lado, enfrentando desafios e ouvindo minhas angústias e alegrias durante a elaboração do trabalho. O apoio emocional foi, sem dúvida, fundamental para seguirmos firmes nessa jornada.

Minha gratidão é direcionada às minhas chefias e meus estimados colegas de trabalho na SMS Curitiba. Seu apoio, parceria e palavras de incentivo foram fundamentais para que eu pudesse equilibrar a intensa rotina de estudos com o trabalho e o mestrado.

Agradeço à Dra. **Lourdes Terezinha Pchebilski**, técnica de epidemiologia e coordenadora do agravo sífilis na SMS Curitiba. Sou grata pelos

conhecimentos compartilhados e pelas discussões sobre casos de sífilis; aprendi muito com você.

Agradecimentos ao Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da UFPR, especialmente à equipe de Infectologia Pediátrica, incluindo os Doutores **Tony Tannous Tahan**, **Andrea Maciel Rossoni**, **Tatiane Emi Hirose** e **Betina Mendez Alcantara Gabardo**, além dos residentes, doutorandos e demais colaboradores do setor. Sou grata pela oportunidade de realizar minha pesquisa neste local. Gratidão pela parceria, respeito e paciência durante a coleta de dados, assim como pelo aprendizado compartilhado ao acompanhar casos de sífilis congênita e outras infecções de transmissão vertical, o que enriqueceu significativamente meu estudo.

Agradecimento especial à equipe da Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)/Epidemiologia do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR pelo apoio com o fornecimento dos dados epidemiológicos de sífilis congênita da UVS/CHC/UFPR.

Agradeço a todas as mulheres que, de forma gentil e espontânea, dedicaram um tempo de suas rotinas familiares para participar das entrevistas do meu estudo. Sua participação foi fundamental para a minha investigação e realização dessa dissertação.

Um agradecimento especial à Prof.<sup>a</sup> **Katherine Cuervas Lang** e a toda a equipe do Mestrado em Saúde Pública e da Faculdade de Medicina da Universidade de Valparaíso, no Chile, que me acolheram com hospitalidade e carinho. Vocês me guiaram de forma brilhante durante os 30 dias do meu intercâmbio universitário. Essa experiência acadêmica, profissional e cultural ampliou meus conhecimentos e aprofundou a minha pesquisa, ficará eternamente guardada em minhas lembranças.

Agradeço também à UFPR e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) pela oportunidade que me permitiu escrever mais um capítulo da minha vida.

Por fim, agradeço a todos que participaram, direta ou indiretamente, do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo meu processo de aprendizado.

Sempre parece impossível, até que seja feito.

**Nelson Mandela**

O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.

**Dalai Lama**

## **PREFÁCIO – A ESCOLHA DA TEMÁTICA**

Sou farmacêutica-bioquímica com 22 anos de experiência no Sistema Único de Saúde (SUS) em Curitiba. Meu interesse pela pesquisa sobre sífilis começou nos primeiros anos de atuação, quando trabalhei como farmacêutica assistencial e no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), acompanhando gestantes com essa infecção. Durante esse período, observei as dificuldades que as mulheres enfrentaram para aderir ao tratamento, incluindo o medo e a dor associada à aplicação da benzetacil, além das barreiras para compartilhar o diagnóstico com a parceria.

Atuando na Atenção Primária à Saúde (APS), vivenciei o desabastecimento crítico de penicilina no Brasil entre os anos 2014 e 2017, devido a problemas de produção e dificuldades de importação do medicamento. Essa situação gerou desafios na gestão do baixo estoque do medicamento destinado às gestantes. Apesar de haver outras opções de tratamento para a população não gestante, esse cenário comprometeu o controle da doença. Para melhorar minha formação, recebi treinamento do Ministério da Saúde para a testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais, o que me permitiu oferecer suporte técnico às equipes de APS na realização e interpretação desses testes, contribuindo para o enfrentamento da sífilis e outras IST.

Estive na gestão de serviços de saúde na APS por seis anos, atuei como chefia de unidades de saúde. Gerenciava equipes de APS apoiando no manejo clínico e atendimento de casos de sífilis. Além disso, contribuía com as equipes no monitoramento dos indicadores epidemiológicos, planejamento e desenvolvimento de ações de educação e prevenção de IST nos territórios. Nos anos de 2020 e 2021, participei como apoiadora institucional no estado do Paraná, no Projeto de Integração das Ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, que visava fortalecer SUS – Força-Tarefa/Sífilis Não. Essa colaboração, envolveu o Ministério da Saúde, OPAS e a UFRN, e focou em apoiar estados e municípios no combate à sífilis congênita (SC). A experiência me proporcionou uma compreensão melhor da gestão da sífilis e das políticas de saúde relacionadas à sífilis e outras IST.

Nos últimos seis anos, venho contribuindo com a vigilância epidemiológica em um Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o qual abrange cerca de 300 mil habitantes e 14 Unidades de Saúde. Minha atuação envolve oferecer suporte técnico às equipes de APS, apoiar a vigilância e monitoramento da sífilis e outros IST, contribuir na educação contínua dos profissionais em testagem rápida, e no manejo clínico e assistencial das IST.

Em 2022, ingressei no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da UFPR e iniciei um projeto de pesquisa focado na temática sífilis.

Em 2024, durante o mestrado, participei de um programa de mobilidade acadêmica promovido pela Associação de Universidades do Grupo de Montevideu (AUGM), em colaboração com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de Valparaíso (UV), no Chile, que ocorreu de 1º a 30 de agosto. A experiência me permitiu conhecer o programa de mestrado da UV, compartilhar informações sobre o meu projeto de investigação realizado aqui no Brasil, trocar experiências com os profissionais da área de saúde coletiva, explorar a APS chilena, além de conhecer hospitais de referência da região. Procurei aprofundar meu entendimento sobre as políticas públicas de saúde do Chile relacionadas à sífilis, e compartilhar como as mesmas encontram-se no Brasil. O intercâmbio de informações, experiências e cultura enriqueceu mais os meus conhecimentos sobre a temática e ampliou as perspectivas no meu projeto de pesquisa.

Minha trajetória em relação à sífilis sempre suscitou os questionamentos: Considerando que o diagnóstico precoce e a instituição oportuna do tratamento da sífilis gestacional, os quais, corroboram para a prevenção da sífilis congênita, se faz importante investigar as percepções de gestantes com sífilis sobre suas visões, conhecimento e sentimentos sobre os riscos, formas de transmissão, prevenção, e tratamento da sífilis gestacional, a fim da prevenção da sífilis congênita.

Motivada por essas indagações, decidi ampliar minha perspectiva e investigar a sífilis congênita sob a ótica da atenção especializada. Espero que,

ao examinar esta questão, possa refletir sobre os processos de cuidados na APS prestados às gestantes, parcerias e redes de apoio para prevenir a transmissão vertical. Para isso, busquei responder à seguinte pergunta: qual o perfil e as percepções de mães com sífilis na gestação sobre a experiência da transmissão vertical da sífilis, investigando suas visões sobre os riscos, formas de transmissão, prevenção, e tratamento da sífilis gestacional e congênita em hospital universitário paranaense no período entre 2021 e 2023?

Espero que este estudo, ao explorar essa questão, contribua para a melhoria contínua da assistência às gestantes com sífilis e possibilite o planejamento de estratégias de intervenção, que só se tornam viáveis, com uma compreensão aprofundada do objeto de pesquisa.

## RESUMO

A Sífilis Congênita (SC) é uma infecção de transmissão vertical (TV) que pode ser prevenida através do diagnóstico precoce e tratamento oportuno das gestantes durante o pré-natal. Foi desenvolvida uma pesquisa mista para descrever o perfil materno-infantil e compreender as percepções de mães sobre a sífilis gestacional (SG) e congênita, seus sentimentos sobre a TV para seus filhos, e os desdobramentos da doença, diagnóstico e tratamento em suas vidas e de seus filhos em hospital universitário (HU) paranaense no período entre 2021 e 2023. A pesquisa quantitativa consistiu na análise descritiva de dados secundários obtidos no sistema de prontuários eletrônicos hospitalar e teve por objetivo traçar o perfil materno-infantil dos casos de SC notificados no HU no período de 2021 a 2022. Para isso foram avaliados 117 prontuários de crianças notificadas com SC para traçar este perfil. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, e apresentados em tabelas utilizando porcentagens. Para obtenção das análises estatísticas foi utilizado o sistema R Core Team 2023. Buscamos compreender as percepções das mães sobre a experiência da TV, por meio de estudo qualitativo mediado por entrevista semiestruturada. Foram realizadas 14 entrevistas, áudio-gravadas e os dados foram analisados seguindo a Análise Temática (AT) de Liamputtong (2009), da qual se obteve a criação de categorias indutivas, que permitiram melhor compreender os aspectos subjetivos das mães frente à SG e SC. Constatou-se um público de mães jovens, com baixo nível socioeconômico e escolar, vivendo sem companheiro, com pouco conhecimento sobre a sífilis, suas formas de transmissão e prevenção, uso de álcool e outras drogas, presença de vulnerabilidades sociais como viver em situação de rua e violência de gênero. Embora a maioria das mães tenham realizado o pré-natal, tiveram o diagnóstico de forma tardia, e o tratamento de forma inadequada, ou ausente, fato, que corrobora para perda da oportunidade de evitar a SC. Entre os resultados da análise temática qualitativa das entrevistas foram encontrados os principais temas: descobrindo a sífilis, buscando informações sobre a doença, potencialidades e fragilidades do pré-natal, adesão ao tratamento da SG, experiência da TV e lições apreendidas com a vivência da sífilis. Evidenciou-se que as mães aderem ao tratamento da SG, interpretando-o como forma de proteger o filho, no entanto, desconhecem a doença, seus riscos, formas de transmissão, necessidade de seguimento e acompanhamento pós-tratamento e principalmente as formas de prevenção para evitar possíveis reinfecções, vivenciando assim, a experiência da TV. Em relação as percepções referentes à SC, emergiram sentimento de culpa pela TV, preconceito e estigmatização por parte das parcerias e familiares, dinâmicas de gênero, medo, insegurança e preocupação relacionados ao diagnóstico, internamento e possíveis sequelas de seus bebês com SC. Os resultados permitem apontar: 1) a necessidade de melhorar a qualificação da assistência ao pré-natal, principalmente das mais vulneráveis; 2) melhorar o manejo clínico da SG pelos profissionais da atenção primária, e 3) potencializar as ações de prevenção e educação em saúde com as gestantes, companheiros e rede de apoio.

Palavras-chave: sífilis gestacional, sífilis congênita; tratamento da sífilis, pré-natal, percepções maternas.

## ABSTRACT

Congenital Syphilis (CS) is a vertically transmitted infection (VT) that can be prevented through early diagnosis and timely treatment of pregnant women during prenatal care. A mixed-methods study was developed to describe the maternal-infant profile and understand mothers' perceptions of gestational syphilis (GS) and congenital syphilis, their feelings about VT for their children, and the disease's outcomes, diagnosis, and treatment in their lives and their children's lives at a university hospital (UH) in Paraná between 2021 and 2023. The quantitative research consisted of a descriptive analysis of secondary data obtained from the hospital's electronic medical records system, aiming to outline the maternal-infant profile of CS cases reported at the UH between 2021 and 2022. A total of 117 medical records of children diagnosed with CS were assessed to outline this profile. The data were analyzed using descriptive statistics and presented in tables with percentages. Statistical analyses were conducted using the R Core Team 2023 system. The study sought to understand mothers' perceptions of the VT experience through qualitative research, facilitated by semi-structured interviews. Fourteen interviews were conducted, audio-recorded, and the data were analyzed following the Thematic Analysis (TA) method by Liamputtong (2009), which led to the creation of inductive categories, providing a better understanding of the subjective aspects of mothers regarding GS and CS. The findings revealed that the mothers were young, with low socioeconomic and educational levels, living without a partner, with limited knowledge about syphilis, its transmission and prevention methods, alcohol and drug use, and social vulnerabilities, such as homelessness and gender-based violence. Although most mothers attended prenatal care, the diagnosis was made late, and treatment was inadequate or absent, contributing to missed opportunities to prevent CS. From the qualitative thematic analysis of the interviews, the main themes identified were: discovering syphilis, seeking information about the disease, strengths and weaknesses of prenatal care, adherence to GS treatment, the VT experience, and lessons learned from living with syphilis. It was highlighted that mothers adhere to GS treatment, viewing it as a way to protect their child. However, they are unaware of the disease, its risks, transmission methods, the need for follow-up care after treatment, and, most importantly, ways to prevent possible reinfections, thereby experiencing VT. Regarding perceptions of CS, feelings of guilt about VT, prejudice and stigmatization from partners and family members, gender dynamics, fear, insecurity, and concern about the diagnosis, hospitalization, and potential sequelae for their babies with CS emerged. The results indicate: 1) the need to improve prenatal care, especially for the most vulnerable women; 2) to enhance clinical management of GS by primary care professionals; and 3) to strengthen prevention and health education actions with pregnant women, partners, and support networks.

Keywords: gestational syphilis, congenital syphilis; syphilis treatment, prenatal care, maternal perceptions.

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - TESTES IMUNOLOGICOS PARA DIAGNOSTICO DE SÍFILIS ...	28
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DA IDENTIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS E OBTENÇÃO DOS PRONTUÁRIOS INCLUSOS NO ESTUDO .....	53
FIGURA 3 - FLUXO DAS PERGUNTAS A SEGUIR NA ENTREVISTA .....	57
GRÁFICO 1- PRINCIPAIS CRITÉRIOS DE INADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL NOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NOTIFICADOS NO CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022 .....	64

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTOS A SÍFILIS E RESPECTIVO TRATAMENTO .....	26
QUADRO 2 - TRATAMENTO DE SÍFILIS E MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO.....	31

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NOTIFICADOS NO CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022.....	60
TABELA 2 - FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MÃES DE CRIANÇAS NOTIFICADAS COM SÍFILIS CONGÊNITA CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022 .....	61
TABELA 3 - FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL E PARTO DAS MÃES DE CRIANÇAS NOTIFICADAS COM SÍFILIS CONGÊNITA NO CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022 .....	62
TABELA 4 - FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DAS CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS CONGÊNITA NO CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022.....	64

## LISTAS DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome

APS Atenção Primária à Saúde

AT Análise Temática

AUGM Associação de Universidades do Grupo de Montevidéu

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CHC Complexo Hospital de Clínicas

CID Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CITV Comitês de Investigação de Transmissão Vertical

CMM Comitês de Mortalidade Materna

COVID-19 Corona Vírus Disease – 19

DATHI Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DIAHV Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EFC Ensino Fundamental Completo

EFI Ensino Fundamental Incompleto

EM Ensino Médio Completo

EMI Ensino Médio Incompleto

ESF Estratégia Saúde da Família

Et al. E outros

H Horas

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

IST Infecção Sexualmente Transmissível

IT Itinerário Terapêutico

IV Intravenoso

KG Quilogramas

LAIS Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde

LCR Líquido Cefalorraquidiano.

LGBTQI+ L: Lésbicas; G: Gays; B: Bissexuais; T: Transgêneros; Q: Queer; I: Intersexuais; +: Reconhece as orientações sexuais ilimitadas e identidades de gênero usadas pelos membros da comunidade

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NV Nascido-Vivo

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PCDT Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PN Pré-Natal

PVHIV Pessoas Vivendo com HIV

RPR Rapid Plasma Reagin

SA Sífilis Adquirida

SC Sífilis Congênita

SEI Sistema Eletrônico de Informações

SG Sífilis Gestacional

SMS Secretaria Municipal da Saúde

STORCH Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Vírus

SUS Sistema Único de Saúde

SVS Secretaria de Vigilância em Saúde

SVSA Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

TB Tuberculose

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TD Taxa de Detecção

TI Taxa de Incidência

TNT Teste Não Treponêmico (TNT)

TR Teste Rápido

TV Transmissão Vertical

UBS Unidade Básica de Saúde

UFPR Universidade Federal do Paraná

UFRN Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UI Unidades Internacionais

UF Unidades Federativa

USR Unheated Serum Reagin

UVS Unidade de Vigilância em Saúde

VDRL Venereal Disease Research Laboratory

VPP Valor Preditivo Positivo

WHO World Health Organization

## LISTA DE SÍMBOLOS

+	- Mais
%	- Porcentagem
<	- Menor
≥	- Menor ou igual que
≥	- Maior ou igual que
₹	- Cifrão

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 OBJETIVOS .....	22
1.1.1 GERAL.....	22
1.1.2 ESPECÍFICOS .....	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	22
2.1 CONTEXTUALIZANDO A SÍFILIS.....	22
2.1.1 CLASSIFICAÇÃO E FASES.....	24
2.1.1.1 Sífilis gestacional.....	25
2.1.1.2 Sífilis congênita .....	25
2.1.2 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS.....	27
2.1.3 TRANSMISSÃO DA SÍFILIS.....	29
2.1.4 TRATAMENTO DA SÍFILIS .....	30
2.1.4.1 REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER .....	33
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SÍFILIS .....	33
2.3 VIGILÂNCIA DA SÍFILIS.....	35
2.4 AÇÕES DE COMBATE À TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS .....	36
2.5. INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL E O ESTIGMA .....	40
2.6 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES EM ENFOQUE DE GÊNEROS E DIREITOS HUMANOS .....	41
2.7 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM SÍFILIS .....	45
2.7.1 Programa Mãe Curitibana.....	48
3 PERCURSO METODOLÓGICO .....	50
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	50
3.2 ABORDAGEM QUANTITATIVA .....	50

3.2.1 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO .....	50
3.2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	51
3.2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	51
3.2.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
3.2.5 COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	52
3.2.6 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	54
3.3 ABORDAGEM QUALITATIVA .....	54
3.3.1 POPULAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA .....	55
3.3.2 INSTRUMENTOS .....	55
3.3.3 COLETA DE DADOS .....	57
3.3.4 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	58
3.3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	60
4.1 PERFIL MATERNO- INFANTIL DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA ...	60
4.2 DISCUSSÃO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS.....	65
4.3 INDICADORES QUALITATIVOS .....	79
4.3.1 PERCEPÇÕES DE MÃES SOBRE OS RISCOS E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARANAENSE .....	79
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS .....	106
APÊNDICE A - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	115
APÊNDICE B - GUIA DE ENTREVISTA.....	117
APÊNDICE C - CONVITE PARA PESQUISA.....	119
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	120
ANEXO 1 - TMO DE CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS .....	123

ANEXO 2 - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO).....	124
ANEXO 3 - TERMO DE CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS 2 .....	125

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis, causada pelo *Treponema pallidum*, é uma infecção sexualmente transmissível (IST). Quando não tratada durante a gestação, resulta em considerável proporção de mortes fetais e neonatais precoces, tem alta probabilidade de transmissão vertical (TV) com consequências graves para o concepto como: sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas (Leal *et al.*, 2020; Dorneles *et al.*, 2023).

A sífilis congênita (SC) é uma infecção prevenível, e pode ser evitada através do tratamento adequado da gestante com sífilis sendo fundamental o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno para evitarmos a sua TV (Lafetá *et al.*, 2016; Organização Mundial da Saúde, 2019; Domingues *et al.*, 2021; Soares e Aquino, 2021; Brasil, 2022a).

Apesar dos esforços, a SC ainda permanece como grave problema de saúde pública e evidencia lacunas especialmente na assistência pré-natal. A maior parte dos casos de SC é decorrente de falhas na testagem durante o pré-natal, ou de tratamento inadequado ou ausente da SG (Domingues *et al.*, 2021), sendo a SC considerada um indicador da qualidade da atenção materno-infantil (Lafetá *et al.*, 2016; Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Felix *et al.*, 2022; Vicente *et al.*, 2022; Paixão *et al.*, 2023).

Nos últimos anos, os números de sífilis vêm aumentando no mundo todo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que existam 12 milhões de pessoas com a doença, um total de casos de 6,3 milhões de sífilis curáveis (Soares, 2023; Organização Mundial da Saúde, 2019). Em 2016, havia mais de meio milhão de casos de SC no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais, inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado é um importante fator de diminuição da incidência deste agravo (Organização Mundial da Saúde, 2019; Leal *et al.*, 2020; Dorneles *et al.*, 2023; Lara *et al.*, 2022).

O panorama da sífilis no Brasil não diverge de outros países. Houve a elevação da taxa de incidência (TI) de SC e as taxas de detecção (TD) de SG por mil nascidos vivos (NV) aumentaram cerca de três vezes nesse no período de 2010 a 2016, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. A sífilis adquirida (SA), teve sua TD aumentada de 2,0 casos por

100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016 (Brasil, 2021a).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, a incidência de SC, entre 2011 e 2017, apresentou crescimento médio de 17,6%, seguida de estabilidade nos anos subsequentes e aumento de 16,7% em 2021. O incremento na TI de SC pode ter sido influenciado pelo impacto da pandemia por covid-19, provavelmente em decorrência do comprometimento de ações preventivas na assistência pré-natal (Brasil, 2022b).

O Paraná acompanha a tendência nacional de crescimento da TD da sífilis SG e da TI da SC nos últimos anos (Brasil, 2022b). Em Curitiba, entre 2012 e 2022, as taxas de sífilis também tiveram um aumento significativo, com o TD de SG passando de 7,1 para 34,8 casos por mil nascidos vivos (Curitiba, 2022; Brasil, 2024).

Os dados sobre SC ressaltam a importância do conhecimento nessa área, destacando a necessidade de investigações epidemiológicas que possam orientar ações de saúde com base no perfil da população atendida. Isso porque os achados epidemiológicos apontam indicativos importantes para uma possível reorganização dos serviços de saúde, seja a nível estrutural, organizacional ou voltado, especificamente, para as questões inerentes ao diagnóstico e ao tratamento da população.

Dada a possibilidade de prevenção da SC por meio de diagnóstico precoce e tratamento adequado das gestantes afetadas, considerando o crescente cenário epidemiológico, a gravidade e as consequências dessa infecção para a saúde pública, torna-se essencial realizar investigações que abordem lacunas na atenção pré-natal e no processo saúde-doença das gestantes acometidas pela infecção, sendo relevante a compreensão dos aspectos subjetivos, educacionais e sociais que possam impactar em suas trajetórias na prevenção da TV.

Diante disso, o presente estudo buscou responder à pergunta de pesquisa: **Qual o perfil e as percepções de mães com diagnóstico de SG cujos filhos evoluíram para casos de SC, sobre o processo da TV, riscos, formas de transmissão, prevenção, tratamento da SG e congênita, e possíveis sequelas da SC, em hospital universitário paranaense, no período entre 2021 e 2023?**

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 GERAL

Compreender as percepções de mães com diagnóstico de SG cujos filhos evoluíram para casos de SC, sobre o processo de TV da sífilis, investigando suas visões, conhecimentos e sentimentos sobre os riscos, formas de transmissão, prevenção, tratamentos e sequelas.

### 1.1.2 ESPECÍFICOS

Descrever o perfil materno-infantil dos casos de SC atendidos no Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) de Curitiba entre 2021 e 2022.

Conhecer as percepções individuais de mães que tiveram bebês com diagnóstico de SC, em seus tratamentos para SG.

Compreender as experiências maternas no diagnóstico e tratamento da SG e congênita.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO A SÍFILIS

A sífilis, uma IST conhecida há mais de 500 anos, é curável e exclusiva do ser humano, sendo causada pela bactéria *Treponema pallidum* (Brasil, 2020a). Descoberta no final do século XV na Europa, sua propagação pelo mundo a tornou endêmica, configurando-se como uma preocupação de saúde pública até os dias atuais, devido aos seus efeitos nas mucosas, pele e órgãos (Avelleira; Bottino, 2006; Moro; Martins; Fabriz, 2022).

O aumento da endemia sífilítica no século XIX gerava preocupações. Entretanto, a medicina estava em desenvolvimento, e a síntese das primeiras drogas

começou a se concretizar. O impacto mais significativo talvez tenha sido a introdução da penicilina, cuja eficácia fez muitos acreditarem que a doença estava sob controle, levando à diminuição do interesse em seu estudo e controle (Avelleira; Bottino, 2006; Moro; Martins; Fabriz, 2022).

A sífilis é caracterizada por lesões cutâneas temporárias, podendo também se manifestar de forma assintomática. Sua transmissão ocorre principalmente por meio de relações sexuais e, se desenvolvida durante a gravidez, pode ser transmitida via transplacentária, especialmente nos estágios primário e secundário da doença, representando uma ameaça ao feto devido ao alto risco de SC (Avelleira; Bottino, 2006).

A maioria das pessoas infectadas com sífilis desconhece sua condição, o que facilita a transmissão sexual, uma vez que a doença pode apresentar poucos ou nenhum sintoma, além de ter manifestações variadas e longos períodos de latência. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, afetando os sistemas nervoso e cardiovascular (Silva *et al.*, 2019; Vicente, 2019; Brasil, 2022a).

Todos os casos de sífilis, SA, SG e SC, possuem caráter de notificação compulsória, e dentre estes a SC é considerada a de maior destaque e desafio a ser enfrentada em nossa saúde pública, visto que esta traz diversas consequências que afetam a gestação e a criança em si (Santos, 2018; Vieira *et al.*, 2024).

No Brasil, o SUS preconiza, por meio das políticas públicas direcionadas as gestantes e aos seus parceiros sexuais, a prevenção da incidência dessa patologia oferecendo diagnóstico e tratamento gratuitos para a população (Leal *et al.*, 2020, Lara *et al.*, 2022).

As gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual (Vidal; Mascarenhas, 2020; Brasil, 2022a). Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de SA no adulto, de acordo com o estágio clínico. A avaliação e o tratamento das parcerias sexuais são cruciais para interromper a cadeia de transmissão da infecção (Domingues *et al.*, 2021; Tomasi *et al.*, 2021; Brasil, 2022a).

O tratamento é realizado com penicilina que é a droga de escolha para sífilis, pois atravessa a barreira transplacentária, sendo uma medicação de baixo custo e boa eficácia (Avelleira; Bottino, 2006; Silva *et al.*, 2019; Brasil, 2022a). A dosagem

depende da fase da doença. A Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, regulamentou a administração da penicilina na APS, no âmbito do SUS (Mesquita, 2021).

Um dos agravos da SG é a contaminação do feto que, em casos de mães e parceiros não tratados, tem índice de infecção de 40 a 100% dos casos, acarretando em parto prematuro, abortamento e morte fetal em 40% das gestações. Se não tratado o recém-nascido pode evoluir com SC, e ter sequelas, tais como, surdez, dificuldade no aprendizado, progressão de danos dentários, oculares e articulares, sendo estes irreversíveis (Vicente, 2019; Brasil, 2022a, Soares, 2023).

As maiores taxas de sífilis são prevalentes na população de baixo nível de escolaridade, com piores condições socioeconômicas, relações sexuais não protegidas e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Mareco, 2022). Os fatores de risco para aquisição de SG incluem assistência pré-natal inadequada, falta de repetição do teste de sífilis, história prévia de IST, múltiplos parceiros sexuais, uso de substâncias ilícitas e status marginalizado (Macêdo *et al.*, 2020). Outros fatores ainda apontados são: baixo nível socioeconômico, desigualdade de gênero, falta de condições para fortalecimento da autonomia (dependência financeira motivada por questões sociais, históricas e culturais) e a falta de compromisso dos homens frente às responsabilidades sexuais e reprodutivas (Silva *et al.*, 2019).

Os fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde estão associados à ocorrência de sífilis em mulheres e devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias universais direcionadas à prevenção e controle da sífilis, porém com foco em situações de maior vulnerabilidade (Macêdo *et al.*, 2020, Silva *et al.*, 2019).

### 2.1.1 CLASSIFICAÇÃO E FASES

Após o contágio, a infecção se desenvolve lentamente e, na maioria das vezes, os sintomas não são facilmente perceptíveis, permitindo que o indivíduo continue a transmitir a doença. Quando não tratada, a sífilis alterna entre períodos sintomáticos e de latência, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas. Ela é classificada em estágios: sífilis recente (primária, secundária e latente recente) que dura até um ano, e sífilis tardia (latente tardia e terciária) que persiste por mais de

um ano. Além disso, a doença pode levar a graves complicações, como comprometimentos ósseos, cardiovasculares e do sistema nervoso (Guanabara, 2021; Brasil, 2022a).

#### 2.1.1.1 Sífilis gestacional

Quando acomete a gestante, a sífilis se torna mais grave considerando que, se ela não for adequadamente tratada, a infecção pode ser transmitida para o feto causando a SC, com repercussões severas para a criança (Macêdo *et al.*, 2020; Guanabara, 2021). O feto pode ser infectado por via transplacentária em qualquer fase da gestação ou pelo canal vaginal durante o parto. A prevenção da SC é factível desde que as gestantes, ainda durante o pré-natal, sejam testadas para sífilis, de preferência com o teste rápido (TR) e aquelas com resultado reagente sejam tratadas (Brasil, 2022a).

A testagem para sífilis deve ser oferecida a todas as gestantes na primeira consulta, idealmente no primeiro trimestre de gestação, no início do terceiro trimestre e na maternidade, na ocasião do parto. Na criança deverá também ser colhido sangue periférico para realização de teste não treponêmico (TNT) e proceder uma avaliação geral e a solicitação dos exames de líquido, raio-X de ossos longos e hemograma, dentre outros (Brasil, 2022a).

A probabilidade de transmissão da sífilis da mãe para a criança depende do estágio da infecção materna, sendo maior na fase ativa da doença, pois há maior espiroquetemia na circulação da mãe. A estimativa é que nessa fase a transmissão pode variar de 70 a 100%, caindo para 40% na fase latente e 10% na tardia. Cerca de metade dos casos tem como desfecho o aborto espontâneo. Das crianças infectadas que nascem a termo aproximadamente metade são assintomáticas, podendo o agravo se manifestar antes dos dois primeiros anos de vida, a chamada SC precoce, ou após esse período, quando é denominada SC tardia (Guanabara, 2021; Brasil, 2022a).

#### 2.1.1.2 Sífilis congênita

Na maioria dos casos de SC o recém-nascido é assintomático (cerca de 70%), porém alguns podem manifestar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo sífilítico, condiloma plano, petéquias,

púrpura, fissura peribucal, periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (Brasil, 2020a).

Na SC tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos. O tratamento para SC é realizado com penicilina conforme os critérios determinados pelo MS conforme QUADRO 1 (Brasil, 2022a).

QUADRO 1- CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTOS A SÍFILIS E RESPECTIVO TRATAMENTO

Caso	Definição	Tratamento
Crianças nascidas de mães adequadamente tratada, exame físico normal, TNT da criança <b>não</b> é pelo menos duas diluições MAIOR que o materno	Criança exposta sífilis	Não necessário
Crianças nascidas de mães adequadamente tratada, exame físico <b>alterado</b> , TNT da criança não é pelo menos duas diluições MAIOR que o materno	Realizar avaliação para STORCH *	
Crianças nascidas de mães adequadamente tratada, exame físico alterado, TNT da criança é pelo menos duas diluições MAIOR que o materno	Notificar para sífilis congênita	Para definição do tratamento, seguir o fluxograma como criança nascida de mãe não adequadamente tratada
Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal, exames complementares normais, TNT <b>NÃO</b> reagente ao nascimento e LCR (normal)	Criança com sífilis congênita SEM neurosífilis	Aplicar benzilpenicilina benzatina, 50.000 UI/kg, dose única, intramuscular
Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal (ou não), exames complementares normais (ou não), TNT reagente ao nascimento e <b>LCR normal</b>	Criança com sífilis congênita SEM neurosífilis	Tratar com Benzilpenicilina cristalina <b>OU</b> benzilpenicilina procaína, por 10 dias
Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal ou alterado, exames complementares normal ou alterado, TNT reagente ou alterado ao nascimento e com <b>LCR alterado</b>	Criança com sífilis congênita COM neurosífilis	Tratar com benzilpenicilina cristalina, por 10 dias

Crianças diagnosticadas com sífilis congênita após um mês de idade e aquelas com sífilis adquirida deverão ser tratadas com Benzilpenicilina potássica/cristalina.	Criança com sífilis congênita no período pós-natal	Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, IV, de 4/4h a 6/6h, por 10 dias.
--	--	--

\*STORCH: sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus

FONTE: Brasil, 2022a

## 2.1.2 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

O diagnóstico de sífilis exige correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente (Brasil, 2021a; Brasil, 2022a). Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado (Brasil, 2022a).

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos.

Os exames diretos são aqueles em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões diretamente das lesões primárias ou secundárias de adultos ou crianças. Entre os diretos temos os exames em campo escuro e pesquisa direta com material corado. Como opções de metodologias para realização dos exames diretos, podem-se citar: Microscopia de campo escuro; Microscopia com material corado; Imunofluorescência direta e Ampliação de ácidos nucleicos (Brasil, 2021b).

Os testes imunológicos são, sem dúvida, os mais utilizados na prática clínica, caracterizando-se pela pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma (Brasil, 2022a). Recomendados pelo MS, esses testes são divididos em duas classes: treponêmicos e não treponêmicos. Ambos os tipos podem ser usados para o diagnóstico inicial ou como teste complementar; no entanto, devido às suas especificidades metodológicas, apenas os testes não treponêmicos são capazes de monitorar a resposta ao tratamento e controle da cura (Brasil, 2022a).

Os testes treponêmicos: são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e,

por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento (Brasil, 2022a).

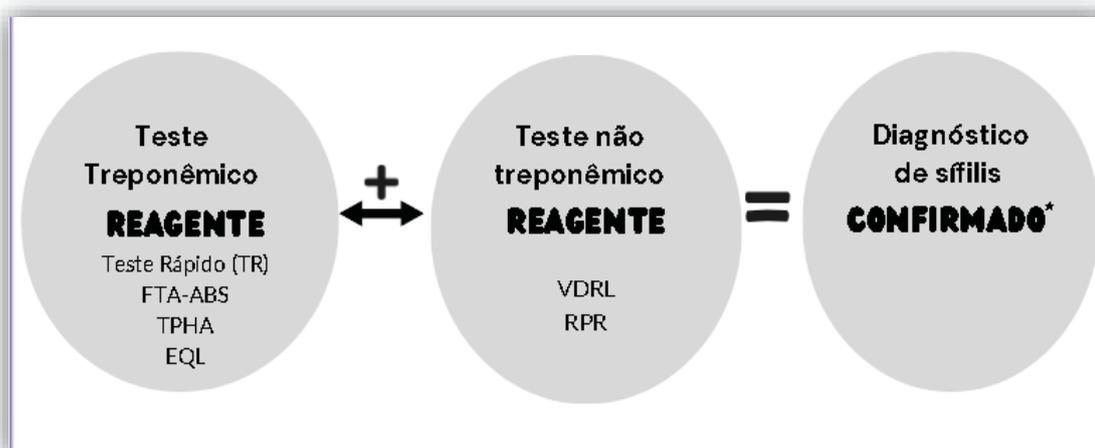
Hoje, a prática clínica para diagnóstico de sífilis é dada pela utilização dos testes imunológicos. Recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico, que é o primeiro teste imunológico a ficar reagente. O TR é o mais indicado para o início de diagnóstico (Brasil, 2021a).

Os TNT são testes que detectam anticorpos anticardiopina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem uma análise qualitativa e quantitativa. Sempre que um teste TNT é realizado, é imprescindível analisar a amostra pura e diluída, em virtude do fenômeno prozona. Uma vez observada reatividade no teste, a amostra deve ser diluída em um fator dois de diluição, até a última diluição em que não haja mais reatividade no teste. O resultado final dos testes reagentes, portanto, deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8 etc.) (Brasil, 2022a).

Os TNT são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura. A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento. Os TNT mais comumente utilizados no Brasil são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) e oUSR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*) (Brasil, 2022a).

A combinação de testes sequenciais (Figura 1) tem por objetivo aumentar o valor preditivo positivo – VPP de um resultado reagente no teste inicial.

FIGURA 1- TESTES IMUNOLOGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS



\*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou TNT com baixa titulação após o tratamento adequado, afastada a possibilidade de reinfecção (Brasil, 2022a).

Fonte: A Autora (2024), adaptado de Brasil (2022a)

Os profissionais de saúde devem solicitar os testes imunológicos para sífilis, explicitando no formulário de solicitação a finalidade do exame:

- Diagnóstico de sífilis: solicitação para a rede laboratorial. O teste imunológico deverá ser solicitado na indisponibilidade do TR no serviço (Brasil, 2022a).
- Diagnóstico de sífilis após TR reagente: quando foi realizada a testagem rápida no serviço de saúde, com resultado reagente. Nesse momento, o laboratório iniciara a investigação com o TNT (Brasil, 2022a).
- Monitoramento do tratamento de sífilis: quando o diagnóstico e tratamento de sífilis já foram realizados e é necessário monitorar os títulos dos anticorpos não treponêmicos (Brasil, 2022a).

### 2.1.3 TRANSMISSÃO DA SÍFILIS

A transmissão da sífilis pode ocorrer de forma sexual, vertical ou sanguínea. Os locais de inoculação do *T. pallidum* são, em geral, os órgãos genitais, embora também possam ocorrer manifestações extragenitais, como em lábios, língua e áreas da pele com lesões (Brasil, 2022c).

A transmissão sexual é a mais comum; no entanto, a infecção pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente (Brasil, 2022c).

A evolução da SC está relacionada aos estágios e à duração da infecção. A transmissibilidade da sífilis é mais alta nos estágios iniciais (primária e secundária), diminuindo gradualmente ao longo do tempo (sífilis latente recente/tardia). Essa maior transmissibilidade se deve à alta concentração de treponemas nas lesões típicas da sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões mucocutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou por abrasões na pele. A partir do segundo ano da doença, essas lesões se tornam raras ou inexistem (Brasil, 2022a, 2022d).

Em gestantes, a taxa de TV de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão pode ocorrer, ainda, durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (sendo maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo durante o qual o feto foi exposto. Até 50% das gestações em mulheres com sífilis não tratada terão desfechos gestacionais adversos, entre eles morte in útero, parto pré-termo, baixo peso ao nascer ou morte neonatal. (Brasil, 2022a).

#### 2.1.4 TRATAMENTO DA SÍFILIS

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo (Brasil, 2022a).

A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intermuscular. A região ventro-glútea e a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, o que resulta em poucos efeitos adversos e dor local. Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo (Brasil, 2022a). A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na APS, tanto para a pessoa com sífilis quanto suas(s) parceria(s) sexual(is) (Brasil, 2022a).

Outras opções para não gestantes, como a doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica (Brasil, 2022a). Devido ao cenário epidemiológico atual da sífilis no Brasil, recomenda-se tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após somente um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou TNT) nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis): Gestantes; Vítimas de violência sexual; Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço); Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária; Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis (Brasil, 2022a).

Os esquemas terapêuticos utilizados para sífilis, de acordo com a classificação clínica da infecção, e o monitoramento pós-tratamento estão descritos no QUADRO 2.

QUADRO 2 – TRATAMENTO DE SÍFILIS E MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa (exceto para gestante)	Monitoramento pós-tratamento
<b>Sífilis recente:</b> sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	TNT trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
<b>Sífilis tardia:</b> sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	TNT trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
<b>Neurosífilis</b>	Benzilpenicilina potássica/ cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada e doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: Brasil (2022a)

A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes (Filho *et al.*, 2020; Brasil, 2022a; Brasil, 2023). Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica de SC, é considerado tratamento não adequado da mãe; por conseguinte, o RN será notificado como SC e submetido a avaliação clínica e laboratorial (Brasil, 2022a).

O intervalo preconizado de administração de benzilpenicilina benzatina para o tratamento de sífilis é de uma semana entre as doses. Em gestantes, o esquema deve ser reiniciado se intervalo ultrapassar os sete dias entre as doses. Em pessoas não gestantes, reiniciar o esquema se transcorrerem mais de 14 dias entre as doses (Brasil, 2022a).

Em junho de 2023, o MS do Brasil, publicou a Nota Técnica nº 14/2023-DATHI/SVSA/MS, a qual dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo

entre doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. Tal documento recomenda que o intervalo ideal entre as doses de benzilpenicilina é a cada 7 (sete) dias, não ultrapassando 9 (nove) dias. Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas seja maior que nove dias, o esquema terapêutico deve ser reiniciado. Qualquer esquema com intervalos superior a nove dias e inferiores a sete dias entre as doses, deve ser considerado tratamento inadequado (Brasil, 2023).

Segundo Brasil (2022b), o histórico de tratamento e seguimento da sífilis na gestação devem estar documentados em prontuário médico ou na caderneta da gestante e devendo seguir os seguintes critérios clínicos e assistenciais:

**Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da gestante com sífilis, como:**

Administração de benzilpenicilina benzatina;  
Início do tratamento até 30 dias antes do parto;  
Tratamento finalizado antes do parto;  
Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da infecção;  
Respeito ao intervalo recomendado entre as doses

**Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para avaliar a resposta terapêutica após o tratamento da sífilis na gestante, como:**

Tratamento adequado da gestante com sífilis;  
Avaliação quanto ao risco de reinfecção;  
Resposta imunológica adequada:  
Documentação de queda da titulação do TNT em pelo menos duas diluições em até três meses, ou de quatro diluições em até seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: antes, 1:16; depois, menor ou igual a 1:4) durante a gestação pode ser insuficiente para observar diminuição do TNT (Brasil, 2022a, p.81).

Recomenda-se a documentação de queda da titulação do TNT em pelo menos duas diluições em até seis meses para sífilis recente ou até 12 meses para sífilis tardia. Obs: após o tratamento adequado, muitas vezes é observada estabilidade de títulos em TNT quando o título inicial for menor ou igual a 1:4 (Brasil, 2022a).

A maioria dos casos suspeitos de alergia à penicilina requer uma anamnese cuidadosa para qualificação. É essencial que essa anamnese seja objetiva, pois, muitos casos encaminhados para dessensibilização foram descartados apenas com base na anamnese. Além disso, o uso de derivados da penicilina também pode causar reações alérgicas (Brasil, 2022a).

Recomenda-se lembrar que dor e reação local, *rash* maculopapular, náusea, prurido, mal-estar, cefaleia, história de algum evento suspeito há mais de dez anos ou história familiar, entre outras manifestações, isoladamente não configuram alergia a penicilina (Brasil, 2022a).

As manifestações clínicas que justificam encaminhar a gestante para descartar o diagnóstico de alergia a penicilina incluem reação anafilática previa e lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson. Gestantes comprovadamente alérgicas a penicilina deve ser dessensibilizada em ambiente hospitalar (Brasil, 2022a).

Em Curitiba, o protocolo materno-infantil Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, versa que, gestantes alérgicas a penicilina deve ser encaminhada para dessensibilização em ambiente hospitalar, através de fluxos internos de avaliação e encaminhamentos da gestante nas redes de atenção à saúde municipal (Curitiba, 2023).

#### 2.1.4.1 REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER

Após a primeira dose de penicilina pode ocorrer exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, que regredem espontaneamente em 24 horas, não havendo necessidade de interromper o tratamento. Geralmente acompanha febre, artralgia e mal-estar. Esta reação não configura alergia à penicilina, decorre da grande quantidade de proteínas liberadas na corrente sanguínea pelas espiroquetas mortas com a administração de penicilina, sendo mais comum em pessoas que recebem tratamento na fase 2<sup>a</sup> da doença. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, sem ser preciso descontinuar o tratamento (Brasil, 2022a; Curitiba, 2023).

Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto prematuro em razão da liberação de prostaglandinas em altas doses. Entretanto, caso a gestante não seja tratada adequadamente para sífilis, o risco de abortamento ou morte fetal é maior que os riscos potenciais da reação (Brasil, 2022a).

## 2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SÍFILIS

De acordo com a OMS, a sífilis é um problema de saúde pública mundial que tem atingido mais de 12 milhões de pessoas ao redor do mundo. A OMS pontua que atualmente aproximadamente 7 milhões de pessoas são infectadas apenas pela sífilis adquirida, por ano, nas diferentes regiões do mundo (Mareco, 2022).

Na atualidade, os estudos sobre a sífilis apontam que a doença é endêmica em países em desenvolvimento. Todavia, tem apresentado tendência de crescimento em países mais ricos (Mareco, 2022). No período de 2011 a 2021, foram notificados no Brasil 1.035.942 casos de SA, 466.584 casos de SG, 221.600 casos de SC e 2.064 óbitos por SC. O número de casos é preocupante, o que demonstra a necessidade de reforço às ações de vigilância, prevenção e controle da infecção. (Brasil, 2022b).

O MS mostra que as TD de gestantes com sífilis têm mantido crescimento, porém com menor intensidade a partir de 2018. No período de 2005 a junho de 2022, foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) 535.034 casos de SG. O número total de casos notificados no Brasil em 2021 foi de 74.095, dos quais 33.065 (44,6%) eram residentes na região Sudeste, 16.728 (22,6%) no Nordeste, 10.571 (14,3%) no Sul, 8.011 (10,8%) no Norte e 5.720 (7,7%) no Centro-Oeste (Brasil, 2022b).

O Paraná, acompanhando o cenário nacional, também apresentou um aumento das TD da SA e da SG, bem como a incidência de SC nos últimos anos. A SA tem apresentado elevação das taxas a cada ano, com 437 casos por 100.000 habitantes em 2011 para 8.127 casos por 100.000 habitantes em 2021. A SG também apresenta aumento das TD ao longo deste período, de 4.4 casos por 1.000 NV em 2012 para 22 casos por 1.000 NV em 2021. A TI de SC em 2012 era de 2 casos por 1.000 NV, elevou-se para 5.9 por 1000 NV em 2021 (Brasil, 2022b).

No município de Curitiba houve evolução das taxas de sífilis, de 2012 a 2021. Verifica-se que a SA tem apresentado elevação das taxas a cada ano, com 8 casos por 100.000 habitantes em 2012 para 135,61 casos por 100.000 habitantes em 2021. A SG também apresenta aumento das TD ao longo do período avaliado, de 7.1 casos por 1.000 nascidos vivos (nv) em 2012 para 32.8 casos por 1.000 nv em 2021. A TI de SC em 2012 era de 3.5 casos por 1.000 nv, teve o ápice em 2017 com 8,4 por 1.000 nv, apresentado tendência a diminuição nos últimos anos com o indicador na taxa de 5,2 em 2019, 4.3 por 1000 nv em 2021 e 4.7 em 2022 (Curitiba, 2022; Curitiba, 2023).

Segundo o MS, o município de Curitiba notificou no ano de 2021: 85 casos de SC, 17 abortos e 03 natimortos por sífilis. Em 2022 foram notificados 92 casos de SC, 14 abortos causados por sífilis e 6 casos de natimortos por sífilis (Brasil, 2024).

## 2.3 VIGILÂNCIA DA SÍFILIS

No Brasil, a notificação compulsória de SC foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de SG, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de SA, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Atualmente, a normativa 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 420, de 02 de março de 2022 (Brasil, 2022a). A notificação é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mediante o preenchimento e o envio da Ficha de Notificação/Investigação de SG e da Ficha Notificação Individual (utilizar a ficha de notificação/conclusão do SINAN para notificar SA em adultos). A notificação e a vigilância desses agravos são imprescindíveis para o monitoramento e a eliminação da TV (Brasil, 2024).

A nota informativa nº 2 SEI/2017, publicada pelo MS, alterou o critério de definição de casos de notificação de SA, SG e SC. Para a definição de casos de SG a nota traz três situações distintas:

- Situação1- Mulheres sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio.
- Situação2- Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação.
- Situação3- Mulher que, durante o pré-natal, parto e /ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados (Brasil, 2017a, p. 2).

Define-se casos de SC em três situações descritas abaixo:

- Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.
- Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:
  - Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de SC E TNT reagente.
  - Títulos de TNT do lactente maiores que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto.
  - Títulos de TNT ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta.
  - Títulos de TNT ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situações de seguimento terapêutico.

- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de SC.

Situação 3: Evidência microbiológica de infecção pelo *T. pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto. A detecção do *T. pallidum* se dá por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) (Brasil, 2017a, p. 3).

O MS estabeleceu ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, dentre outras atribuições, a de notificação compulsória, pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, a ocorrência ou suspeita de doenças e agravos ou eventos de saúde pública relacionados em portaria, em lista atualizada oportunamente. As notificações e investigações dos casos identificados são registradas no SINAN, criado para operacionalizar tal processo em um nível de gestão o mais próximo possível das unidades notificadoras (Melo *et al.*, 2018).

O Brasil é considerado um país epidêmico para sífilis, onde se faz necessário que os dados relacionados aos casos sejam entregues e processados em “tempo real”, ou em um curto intervalo de tempo. Isso pode acarretar problemas como a subnotificação, preenchimentos incompletos das notificações e inconsistência dos dados. A subnotificação dos casos de sífilis tem sido um problema persistente que interfere diretamente na vigilância e controle da infecção (Moura *et al.*, 2023). As notificações no SINAN devem ser realizadas de maneira correta e com a frequência estabelecida para permitir que as informações sejam utilizadas para a tomada de decisão sobre as ações de vigilância em saúde (Lafetá *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2018).

## 2.4 AÇÕES DE COMBATE À TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Sem sucesso na redução das metas relacionadas à sífilis, especialmente a TV nos países da Região das Américas, em 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS lançaram um framework para a eliminação da TV da sífilis, destacando a prevenção como uma prioridade para alcançar a meta de uma taxa de incidência de sífilis congênita de 0,5 casos ou menos por 1.000 nascidos vivos (Mareco, 2022).

As estratégias globais do setor de saúde para HIV, hepatites virais e IST no período de 2022 a 2030 orientam a implementação de ações específicas com o

objetivo de erradicar a AIDS, hepatites B e C, e IST até 2030. O Departamento de Programas Globais de HIV, Hepatite e IST da OMS desenvolve e supervisiona essas estratégias, que têm como meta comum a eliminação das três doenças. A “Eliminação Tripla” é um exemplo de uma iniciativa voltada para todas as 3 doenças (WHO, 2022).

Em decorrência do crescente número de casos de sífilis, no século XXI, e tentando cumprir com os compromissos internacionais de enfrentamentos as IST, em 2016, o MS brasileiro decretou que o Brasil estava vivenciando uma epidemia de sífilis

em 2016, exigindo, por consequência que as autoridades sanitárias nos diferentes entes federados desenvolvessem estratégias com vistas a redução dos números da sífilis no país (Mareco, 2022)

Documentos técnicos do MS informam que um dos motivos para o reconhecimento da epidemia de sífilis no Brasil no século XXI foi o alto crescimento do número de casos da doença a partir de 2010, com aumento significativo do número de casos a partir de 2014. Nessa ocasião houve o desabastecimento da penicilina, medicamento utilizado para tratamento da sífilis, e o único que inibe a TV, fato que contribuiu também para a elevação do número de casos de sífilis adquirida, gestante e congênita em todo o mundo (Mareco, 2022)

No início de 2017 foi aprovado, por meio da Lei Orçamentária Anual nº 13.414, a incorporação de recursos para utilização em ações de enfrentamento ao agravo (Brasil, 2020a; Silva, 2021). Neste mesmo ano, o MS brasileiro apresenta a estruturação de um projeto interfederativo de resposta rápida à sífilis nas redes de atenção, cujo objetivo é reduzir a SA e em gestantes e eliminar a SC no Brasil (Brasil, 2017b).

O MS convidou os gestores estaduais e municipais para aderirem à estratégia nacional de enfrentamento a sífilis por meio da “Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis”, conhecido como Projeto “Sífilis Não”, que tinha por objetivo geral contribuir na redução da sífilis adquirida e em gestantes, e na eliminação da sífilis congênita no Brasil.

O projeto foi constituído pela cooperação técnica entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e o Ministério da Saúde em parceria com a OPAS. Alguns dos objetivos específicos desse projeto foram: (a) fortalecer a vigilância epidemiológica da SA e da SC; (b) constituir uma resposta integrada e colaborativa à sífilis, que articule os pontos de atenção à saúde numa relação interfederativa; (c)

articular os setores sociais e comunidades para fortalecer a resposta rápida à sífilis; e (d) fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente no âmbito da atenção primária. Foi implantada uma rede de 52 apoiadores descentralizada para apoiar as ações de enfrentamento da sífilis nos municípios prioritários. Tal equipe teve por responsabilidade auxiliar os estados e municípios na integração do esforço nacional de resposta a sífilis por meio das áreas técnicas de IST, de vigilância epidemiológica, de APS, de atenção à saúde da mulher, dentre outras, que compõem o enfrentamento a sífilis (Brasil, 2020b).

Outras estratégias relevantes têm sido adotadas pelo MS para o enfrentamento da SC, como a disponibilização, pela Rede Cegonha, de testes para diagnóstico instantâneo da gravidez, visando à captação precoce das gestantes para a assistência pré-natal; a implantação de TR para diagnóstico da infecção pela sífilis e pelo HIV; a aplicação da penicilina benzatina para gestantes e seus parceiros, em unidades da atenção básica; e a implantação de comitês de investigação de transmissão vertical (CITV), para pesquisar os casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C no Brasil para subsidiar intervenções, visando à eliminação destes agravos como problema de saúde pública (Domingues; Leal, 2016).

Com a finalidade de reduzir a TV da sífilis e alcançar a sua eliminação, o MS do Brasil estabeleceu diretrizes para criação e funcionamento dos CITV da sífilis como estratégias para a prevenção da TV da sífilis (Mareco, 2022).

As diretrizes para a constituição e instalação dos CITV são oriundas dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM) dos anos 1980. A partir das políticas públicas de indução ao enfrentamento da morte materna e infantil no Brasil, as Unidades Federativas (UF) foram sensibilizadas sobre a temática e, a partir das diretrizes definidas para o funcionamento dos CMM, elas começaram a avaliar os indicadores locais e propor intervenções em saúde e para tal receberam apoio técnico e financeiro do MS, que foi estendido aos CITV nas décadas seguintes (Mareco, 2022).

Ainda que os CITV estivessem implícitos na política dos CMM, em 2014 o MS publicou o Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical, considerado marco normatizador das diretrizes e recomendações para os processos investigativos e instituição dos CITV para os estados, municípios e regiões brasileiras. Este protocolo reúne e integra as bases das políticas de enfrentamento da mortalidade materna e infantil, das políticas de saúde da mulher, da criança e das IST, ou seja, é transversal e bastante robusto. A publicação do protocolo foi também marco indutor e base da

agenda do MS junto aos estados e municípios para redução da TV do HIV, sífilis e hepatites (Mareco, 2022).

Segundo o MS do Brasil há necessidade de medidas de controle da sífilis congênita que consistem em:

Oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada, com captação precoce e vinculação nos serviços de assistência pré-natal, oferta de testagem para sífilis no primeiro trimestre (idealmente na primeira consulta) e no terceiro trimestre de gestação (em torno da 28ª semana), instituição de tratamento oportuno e adequado para as gestantes e suas parcerias sexuais, seguimento após o tratamento, busca ativa de faltosas, documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na caderneta da gestante, além da notificação dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita (Brasil, 2022d, p. 6).

Embora o controle da sífilis esteja ao alcance de vários países, a sua eliminação depende, em grande medida, da disposição e vontade política dos gestores locais, da colaboração dos profissionais da saúde e da sociedade, em prol de um movimento pela qualidade da atenção às gestantes e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, de uma mobilização nacional para ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, e da interação efetiva com outros setores de governo, com a comunidade, principalmente, com as redes do movimento popular de mulheres, as comunidades de base e a acadêmica (Lucas, 2019).

A atuação da APS é essencial no combate à transmissão materno-fetal da sífilis, considerando-se que ela é a porta de entrada dos serviços de saúde, enquanto as equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente, tendo muito a colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da SC. Trabalhadores da Saúde que atuam diretamente com as gestantes carecem de envolvimento com a causa e preparo técnico, ademais de um olhar interdisciplinar, tendo em vista a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo (Cavalcante; Pereira; Castro, 2016).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, por meio do Programa Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, que integra a rede de atenção materna e infantil no município, oferece informações técnico-científicas e protocolos atualizados para orientar as ações das equipes das Unidades de Saúde, Ambulatórios e Maternidades, para um atendimento avançado na assistência de pré-natal, parto e puerpério (Curitiba, 2022).

Além dos protocolos, a SMS de Curitiba tem implementado diversas estratégias no combate à sífilis, em colaboração com os Distritos Sanitários e as equipes das

Unidades de Saúde. O monitoramento constante dos casos por meio do prontuário eletrônico, junto ao envio quinzenal dos resultados das sorologias reagentes para sífilis pelo laboratório municipal, são ferramentas essenciais para as equipes de vigilância epidemiológica e assistência. Essas ações ajudam na identificação de casos positivos, no monitoramento do tratamento e no acompanhamento dos pacientes. A elaboração periódica de um painel sobre a sífilis, que reúne informações estratégicas para os gestores, também contribui para a tomada de decisão (Curitiba, 2022).

Outra estratégia desenvolvida por Curitiba é a tutoria da sífilis, que envolve os profissionais da APS, nos quais são realizadas análises individuais dos casos de SG e congênita, possibilitando discussões sobre as dificuldades encontradas, vulnerabilidades, planejamento reprodutivo e acompanhamento da mulher e da criança exposta à sífilis (Curitiba, 2022).

## 2.5. INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL E O ESTIGMA

### A Sífilis já foi considerada castigo divino por pecados.

No início, pensou-se que era um castigo de Deus pelos pecados cometidos pela sociedade. Assim, o primeiro passo para lidar com a doença era se arrepender e rezar por proteção divina. “As chuvas que caíram em todos os países atingidos naquela época foram tão abundantes que a terra foi contaminada com água estagnada, e não foi surpresa que a doença tivesse se apresentado”, registrou um professor de Medicina da época. O encontro das estrelas com a contaminação da terra, por sua vez, causou uma podridão venenosa do ar. A consequência foi a putrefação do corpo humano. No começo, acreditava-se que o mercúrio era um remédio para a sífilis. Era comum usar o medicamento para tratar de problemas de pele nessa época. Esse foi o tratamento recomendado ao soldado alemão: respirar gás de mercúrio quente. Mas a cura era pior que a doença. Os pacientes perdiam a lucidez. No entanto, o uso do mercúrio para combater a sífilis continuou por muitos anos, até 1517, quando surgiu um novo remédio. O guáiacó, um arbusto encontrado no Haiti, supostamente era usado pelos que vinham daquela ilha. Pedacos de tronco eram fervidos em água, e o líquido, bebido duas vezes ao dia. O tratamento completo incluía passar 30 dias em uma sala extremamente quente para suar e expelir a doença. Nessa mesma época, estabeleceu-se uma relação entre a sífilis e o castigo divino decorrente de pecados individuais. A pessoa se contaminava se tivesse mantido uma relação sexual ilícita. Nesse contexto, as mulheres eram consideradas as responsáveis por transmitir a doença. Eram elas que faziam os pobres homens caírem em tentação, ao estilo do casal bíblico Adão e Eva. O estigma também afetava as crianças cujos pais sofriam com sífilis, porque era considerada uma doença hereditária. Gerações inteiras foram tidas como malditas. Nessa época, acreditava-se que ela chegou à Europa com os marinheiros que vinham da América com Cristóvão Colombo. Supostamente, eles atracaram em Barcelona, uniram-se às tropas em Nápoles e às prostitutas. O Exército se encarregou de espalhá-la. Mas historiadores médicos americanos não gostaram dessa teoria. Eles apresentaram, então, evidências arqueológicas para provar que a sífilis era uma doença nativa da Europa (Lais, 2019).

Esses foram trechos da matéria: A primeira epidemia de IST: a história da doença sexual que levou Europa a culpar a América no século 16, publicado pelo LAIS em 07 de fevereiro de 2019 (LAIS, 2019). Nos faz refletir sobre o estigma da sífilis desde muito tempo.

Como as IST estão entre os problemas de saúde mais frequentes no mundo, sua frequência possui uma relação estreita com fatores históricos ligados a questões de pudor, por apresentarem conotações de estigma e preconceito que influenciam na geração das representações a respeito delas. O estigma e o preconceito sempre se fizeram presentes nessas doenças ditas IST, a ponto de se constituírem em um fardo psicológico que por muitas vezes tornam-se uma interferência negativa nas questões do seu enfrentamento (Rodrigues, 2017).

Os aspectos psicológicos e sociais podem ser abalados e tornam esses indivíduos mais vulneráveis a desenvolver sofrimento psíquico e transtorno mental, uma vez que enfrentam preconceitos, estigmas, discriminação sexual e afetiva. Faz-se, portanto, relevante que os profissionais de saúde estejam preparados para o cuidado, priorizando o acolhimento, a escuta qualificada, a compreensão da percepção do sujeito sobre a qualidade de vida e realizem ações de promoção da saúde (Cardoso *et al.*, 2018; Vicente, 2019).

Após o diagnóstico de IST, surge o medo da exclusão social e da segregação da família e da sociedade (Silva *et al.*, 2019). O preconceito muitas vezes resulta de valores éticos, religiosos e morais que levam ao julgamento do indivíduo, dificultando a aceitação do diagnóstico (Costa, 2018).

## 2.6 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES EM ENFOQUE DE GÊNEROS E DIREITOS HUMANOS

Os Direitos Humanos são os direitos fundamentais de todos os seres humanos, que “nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e têm o direito de usufruir das liberdades estabelecidas nessa Declaração, sem qualquer forma de discriminação, seja por raça, cor, sexo, etnia, religião, opinião política, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição (Organização das Nações Unidas, 1948, p. 4).

A Constituição Federal brasileira de 1988 assegura a igualdade entre homens e mulheres, afirmando em seu art. 5º, inciso I, que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” (Ritt, 2020).

A terminologia “isonomia” não significa conferir o mesmo tratamento a todos, mas tratar desigualmente os desiguais. No caso específico dos sexos masculino e feminino, é inegável a existência de aspectos específicos que diferenciam (e desigualam) um do outro, porém, o tratamento “desigual” dado à mulher é plenamente justificável, na medida em que o fator discriminante é um reflexo tanto do resquício ainda existente da sociedade patriarcal, machista, quanto até mesmo da natureza da própria mulher (Ritt, 2020).

O termo “gênero”, na antropologia, é definido como diferenças entre homens e mulheres, que são construídas socialmente ao longo das relações sociais. As relações de gênero na sociedade envolvem diretamente as relações assimétricas de poder, cujo homem é visto como o macho, viril e provedor, já as mulheres enfrentam obstáculos dia a dia na busca de oportunidades e autonomia, cada uma dentro do seu contexto social no enfrentamento dos estereótipos na vida pública e doméstica e as maneiras nada sutis que são caracterizadas desde meninas, invisíveis e sem poder (Felix, 2021).

Os movimentos por direitos humanos com foco de gênero surgiram no final do século XIX e início do século XX, destacando-se a luta pelo direito ao voto e pela igualdade de gênero, especialmente durante as guerras mundiais. O movimento LGBTQ+ ganhou visibilidade a partir da Revolta de Stonewall, em 1969, nos Estados Unidos, que marcou o início da luta pelos direitos civis e contra a discriminação das pessoas LGBTQ+ (Biroli; Vaggione; Machado, 2020).

O feminismo negro é uma vertente do movimento feminista que busca desconstruir as opressões múltiplas enfrentadas por mulheres negras, abordando questões de raça, gênero, classe e orientação sexual. Essas mulheres têm sido fundamentais na resistência por direitos e na valorização de suas identidades. A luta por igualdade, respeito e reconhecimento de direitos se entrelaça com os movimentos de mulheres e LGBTQIA+, promovendo uma sociedade mais justa e inclusiva. Na América Latina, a partir dos anos 2000, o movimento de mulheres negras ganhou visibilidade, com a criação de organizações que defendem pautas específicas e a representatividade dessas mulheres (Biroli; Vaggione; Machado, 2020).

Para Biroli, Vaggione e Machado (2020), se faz importante o debate sobre gênero para a promoção da igualdade e a luta contra discriminações baseadas no sexo e na identidade de gênero, princípios fundamentais dos direitos humanos (Biroli; Vaggione; Machado, 2020).

No Brasil o termo violência de gênero passou a ser utilizado no final da década de 70 e se propagou rapidamente pelas inúmeras mobilizações feministas contra o assassinato de mulheres e concomitante impunidade dos agressores, comumente os próprios maridos, rotineiramente absolvidos em nome da “legítima defesa da honra”. Com o passar do tempo as mulheres passaram a questionar os papéis sociais que lhes foram atribuídos pela condição de serem mulheres com a responsabilidade exclusiva por atribuições no campo doméstico, como cuidar da casa, marido e filhos. Por meio de organizações políticas, particularmente do Movimento de Mulheres, inicia-se um movimento e igualdade de direitos (Felix, 2021).

O conceito de violência de gênero, formulado na Convenção de Belém do Pará em 1994, que caracteriza como qualquer ato que resulta ou possa resultar em danos ou sofrimentos físico, sexual, psicológico ou patrimonial da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, agressão (Felix, 2021).

Historicamente, as mulheres foram tratadas como objetos de satisfação sexual e reprodutiva, sujeitas ao patriarcado, que controlam sua sexualidade e reprodução, levando-as muitas vezes a ter filhos contra seu desejo (Felix, 2021). Essa visão patriarcal perpetua posições de gênero, tratando as mulheres como posse dos parceiros, o que pode as expor a abusos. Além disso, as mulheres internalizam mecanismos de submissão através da cultura, aprendendo a obedecer e suportar abusos, muitas vezes sentindo culpa e vergonha por não expor a violência que sofre (Ritt; Ritt, 2020).

A violência contra a mulher é um fenômeno histórico que persiste há milênios, com mulheres estigmatizadas como indivíduos sem vontade própria, vivendo à margem do cônjuge e obedecendo a ordens de pais e maridos (Ritt; Ritt, 2020). Essa violência se manifesta de diversas formas, incluindo:

- Violência física: ofensa à integridade ou saúde corporal;
- Violência moral: calúnias, injúrias e difamações;
- Violência psicológica: humilhações, ameaças e perseguições;

- Violência sexual: relações não consensuais e restrição ao uso de contraceptivos;
- Violência patrimonial: retenção ou danos aos bens materiais e roubo sexual ou incesto (Felix, 2021).

As mulheres apresentam maior vulnerabilidade à aquisição de IST devido a fatores estruturais, como discriminação socioeconômica, de gênero e racial, que restringem sua autonomia nas decisões sobre a vida sexual. Muitas se encontram em relações com desequilíbrio de poder sexual, dificultando a negociação do uso de preservativos. Essa situação contribui para um elevado número de casos de IST, aumentando o risco de complicações graves, como doença inflamatória pélvica, infertilidade e diversos tipos de câncer. As repercussões para a saúde sexual e reprodutiva incluem gravidezes indesejadas, abortos inseguros, fístulas traumáticas, IST como HIV, e até mesmo morte (Nogueira *et al.*, 2022).

Contextos históricos mostram que as mulheres brasileiras enfrentam barreiras devido ao preconceito, dinâmicas de gênero e questões relacionadas à sexualidade e reprodução. A multiplicidade de parceiros, desigualdade nas relações de gênero, dogmas religiosos e implicações morais expõem as mulheres a infecções sexualmente transmissíveis, aumentando sua vulnerabilidade (Moura *et al.*, 2021).

A saúde deve ser assegurada de forma integral para todas as pessoas, incluindo as mulheres, considerando aspectos anatômicos, fisiológicos e sociais. A sexualidade é uma dimensão que abrange não apenas a genitália, mas também fatores biológicos, psicológicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais. Portanto, deve ser tratada de maneira complexa e integrada, reconhecendo a importância do prazer, emoção, afetividade e comunicação, com um enfoque ampliado e interdisciplinar.

Os serviços de saúde que se propõem a atender mulheres de forma integral necessitam oferecer uma abordagem centrada na pessoa, levando em conta as perspectivas dessas mulheres em seu cuidado em saúde, considerando-as como participantes ativas e ofertando informações e opções para que elas possam tomar decisões fundamentadas e autônomas. A abordagem centrada na mulher se apoia em dois princípios orientadores: a promoção dos direitos humanos e a equidade de gênero. No contexto da prevenção da TV do HIV, das IST e das hepatites virais, o olhar deve ser também amplo e integral sobre a mulher. Deve-se pensar não somente na linha de cuidado durante a gestação, mas na oferta de oportunidades ímpares de intervenção em todo o ciclo de vida dessa mulher (Brasil, 2022d).

## 2.7 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM SÍFILIS

O itinerário terapêutico (IT) é constituído por todas as práticas desencadeadas por indivíduos ou grupos sociais na escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento para resolver os seus problemas de saúde (Nazareth *et al.*, 2020 p.2).

O itinerário terapêutico de mulheres com sífilis é uma jornada multifacetada que envolve diagnóstico, tratamento, acompanhamento, seguimento pós-tratamento envolvendo parceria e rede de apoio (Nazareth *et al.*, 2020; Silva, 2023).

As Linhas de Cuidado caracterizam-se como: padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema. Tem como objetivo principal o de orientar o serviço de saúde para que ele cumpra o papel de cuidado do paciente e de suas necessidades. É uma estratégia que contribui para o fortalecimento da assistência, e da promoção e da prevenção em saúde (Silva, 2023).

As Linhas de Cuidado foram desenvolvidas sob a perspectiva do cenário de saúde pública brasileira, sua implantação deve ter a APS como gestora dos fluxos assistenciais, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das Redes de Atenção à Saúde as quais possuem dentre os objetivos:

- ✓ Orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades;

- ✓ Demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção;

- ✓ Estabelecer o “percurso assistencial” individual dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades (Silva, 2023).

No intuito da implantação da linha do cuidado integral, o MS refere que “as linhas de cuidado descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde”. Ainda, vislumbram a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um *continuum* assistencial (Silva, 2023).

A preocupação com os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados em saúde-doença “tem sido considerada elemento importante na compreensão positiva de saúde, uma vez que esses não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados”. Além disso, pode “subsidiar processos de organização, planejamento e gestão dos serviços de saúde, na construção de práticas cuidadoras compreensivas e contextualmente integradas” (Silva, 2023).

Em relação à sífilis, as barreiras de acesso a cuidados de saúde para gestantes são um desafio significativo que pode comprometer a saúde da mãe e do bebê. Entre as principais barreiras, destaca-se a falta de informação e conscientização sobre a doença. Muitas mulheres desconhecem os sintomas da sífilis ou a importância do pré-natal regular, o que pode levar ao diagnóstico tardio (Silva, 2023).

Além disso, o estigma social associado à sífilis pode inibir mulheres de buscarem ajuda, levando à ocultação da doença e à procrastinação no tratamento. Questões relacionadas a gênero, como desigualdade socioeconômica e violência, também contribuem para o aumento das barreiras, afetando a capacidade das gestantes de acessar os cuidados necessários (Silva, 2023).

O estigma também se reflete no atendimento em serviços de saúde, onde pacientes podem ser tratados com menos empatia ou até serem desencorajados a buscar ajuda. Para combater o preconceito, é essencial promover campanhas de conscientização que eduquem a população sobre a sífilis, desmistificando a doença e enfatizando a importância da prevenção e do tratamento. Uma abordagem mais inclusiva e informada pode melhorar a adesão ao cuidado e, conseqüentemente, os desfechos de saúde (Silva, 2023).

Para superar essas barreiras, é fundamental implementar estratégias de educação em saúde, melhorar a infraestrutura dos serviços e promover uma abordagem mais inclusiva e acolhedora, garantindo que todas as gestantes tenham acesso ao diagnóstico e tratamento adequados. Essa melhoria é crucial para a proteção da saúde materna e infantil (Silva, 2023).

Acesso aos cuidados de saúde é fundamental para a prevenção da TV da sífilis, mas diversas barreiras podem dificultar essa proteção para as mulheres. Primeiramente, a falta de informação sobre a doença e suas conseqüências pode levar as gestantes a não buscarem o pré-natal adequado. Muitas mulheres desconhecem a importância dos testes para sífilis durante a gestação, o que pode

resultar em diagnósticos tardios e, conseqüentemente, em maior risco de transmissão ao bebê (Macêdo *et al.*, 2020; Silva, 2023).

Além disso, as barreiras geográficas e socioeconômicas desempenham um papel significativo. Muitas mulheres em áreas rurais ou comunidades carentes enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como a falta de transporte ou de unidades de saúde equipadas. Isso limita as oportunidades de realização de exames e acompanhamento médico necessário (Silva, 2023).

O estigma ligado à sífilis desencoraja mulheres a buscar cuidados, pois o medo de julgamento pode levar à ocultação da doença e ao atraso no tratamento, agravando a situação. Fatores de gênero, como desigualdade social e violência, também dificultam o acesso a informações e serviços de saúde, perpetuando a vulnerabilidade além disso, o estigma associado às IST causa sofrimento emocional significativo. Portanto, o apoio psicológico e social é essencial no tratamento, e o aconselhamento individual e em grupo pode ajudar a enfrentar o estigma e aumentar a adesão ao tratamento (Silva, 2023).

Para enfrentar essas barreiras, é crucial implementar políticas de saúde que promovam a educação em saúde, melhorem a infraestrutura dos serviços e ofereçam suporte emocional e social. Uma abordagem integrada e acessível é essencial para garantir que todas as mulheres tenham as condições necessárias para prevenir a TV da sífilis, protegendo assim a saúde materna e infantil (Macêdo *et al.*, 2020; Silva, 2023).

O cuidado com mulheres com sífilis requer uma abordagem multidisciplinar que envolve médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Essa abordagem integrada garante que todos os aspectos da saúde da paciente sejam abordados, desde a cura da infecção até o apoio emocional e social necessário. Sendo assim, o itinerário terapêutico é fundamental para garantir não apenas a cura da sífilis, mas também o bem-estar geral das pacientes, prevenindo reinfecções e complicações futuras (Macêdo *et al.*, 2020; Silva, 2023).

A ampliação do acesso ao diagnóstico, favorecendo o início precoce do pré-natal, melhor organização dos fluxos assistenciais nos serviços, integrando os diferentes níveis do cuidado, revela-se como uma prioridade a ser perseguida. A identificação das mulheres que estão expostas a fatores de risco favorece a implementação de estratégias para o ingresso na assistência. São alguns exemplos de ações imediatas que podem provocar uma abordagem sustentável de médio a

longo prazo e, assim, contribuir de forma mais efetiva no controle da sífilis no país (Macêdo *et al.*, 2020).

Adicionalmente, mesmo entre as mulheres que realizaram o pré-natal, muitas são as oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento dos casos. A remoção de obstáculos para realização de um pré-natal adequado envolve, entre outras questões, a captação precoce da gestante, o aconselhamento, a intervenção educacional, a solicitação e realização dos exames conforme protocolos, o recebimento de resultados em tempo oportuno, além do tratamento adequado da mulher e seu parceiro (Macêdo *et al.*, 2020; Silva, 2023).

### 2.7.1 Programa Mãe Curitibana

O Programa Mãe Curitibana Vale a Vida, iniciativa da Prefeitura de Curitiba, visa promover a saúde de gestantes, mães e seus filhos, organizando uma rede integrada de atenção materno-infantil. Seu principal objetivo é reduzir a mortalidade materna e infantil, garantindo acesso a atendimento de qualidade durante a gestação e no pós-parto. O programa, implantado em março de 1999, busca melhorar o pré-natal, garantir partos adequados, realizar consultas puerperais precoces e estimular o leite materno, além de aumentar a conscientização sobre a importância desses cuidados (Curitiba, 2024).

As orientações do Programa Mãe Curitibana Vale a Vida da SMS Curitiba estabelece que a assistência ao pré-natal nas UBS deve começar precocemente, realizando o Teste Rápido (TR) para sífilis na vinculação ao pré-natal. É crucial registrar o TR no prontuário eletrônico e na carteira de pré-natal. Em caso de soroconversão, deve-se investigar outras IST (Curitiba, 2024).

Instituir o início do tratamento penicilínico para os casos reagentes já no TR sem história previa de tratamento (exceto para os casos de comprovada alergia medicamentosa); solicitar e priorizar a coleta dos exames de rotina do pré-natal. O exame de rastreamento da sífilis faz parte da rotina investigatória em cada trimestre da gestação; realizar busca ativa para diagnóstico e tratamento da parceria sexual das gestantes com sífilis (Curitiba, 2024).

Registrar os dados no prontuário e na carteira de pré-natal; tratar e monitorar a realização completa do tratamento da gestante com sífilis e sua parceria sexual,

imediatamente após o diagnóstico, considerando a fase da doença, esquema posológico prescrito e a periodicidade entre as doses de penicilina. Se o período de evolução da infecção é desconhecido o esquema de tratamento penicilínico preconizado é na dose total de 7,2 milhões UI (Curitiba, 2024).

Considerar como cicatriz sorológica apenas os casos que preencham os critérios de definição e registrar na Carteira de pré-natal as datas do tratamento anterior realizado. Disponibilizar na UBS a penicilina G benzatina e outros insumos necessário para sua administração (Curitiba, 2024).

Solicitar o monitoramento dos casos identificados como sífilis reagente na gestação com TNT (VDRL/RPR) mensalmente. Preconiza-se iniciar a coleta do exame de seguimento 30 dias após o término do tratamento; monitorar a realização dos exames e os níveis das titulações do VDRL/RPR nos casos reagentes; registrar na carteira de pré-natal os resultados dos exames (datas e títulos) e o tratamento realizado (datas e doses) para a gestante e sua parceria sexual (Curitiba, 2024).

Orientar o uso de preservativo, durante e após tratamento, evitando a reinfeção. Como a sífilis pode ser readquirida na mesma gestação após um primeiro tratamento, porque não confere imunidade definitiva, o uso de preservativo deve ser sempre estimulado. Notificar todos os casos diagnosticados como sífilis. Se gestante, notificar com CID O98.1. Parceiro, se caso confirmado, com CID 10 A53.9. As situações que forem consideradas como cicatriz sorológica não devem ser notificadas (Curitiba, 2024).

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 DESENHO DO ESTUDO**

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, transversal, utilizando uma abordagem quanti-qualitativa, de natureza aplicada e com objetivos exploratórios. Para a condução deste trabalho, foram empregadas duas abordagens metodológicas complementares. A primeira, de caráter quantitativa, buscou conhecer o perfil materno-infantil dos casos de SC atendidos no CHC/UFPR de Curitiba entre 2021 e 2022. Para isso, foram analisados 117 prontuários de bebês notificados com SC, nascidos entre 2021 e 2022, cujas mães ou recém-nascidos receberam atendimento no CHC/UFPR.

A segunda, com abordagem qualitativa exploratória e descritiva, foi mediada por entrevista semiestruturada. Esta abordagem buscou assim compreender as percepções maternas sobre a experiência da TV da sífilis, investigando suas visões e conhecimentos sobre riscos, formas de transmissão, prevenção, tratamento da SG e congênita, e possíveis sequelas da SC. Para isso, foram entrevistadas 14 mães cujos RN foram diagnosticados com SC entre 2021 e 2023 atendidos no CHC/UFPR.

#### **3.2 ABORDAGEM QUANTITATIVA**

Esta abordagem constituiu a primeira etapa do estudo. Inicialmente, procurou-se conhecer o campo de pesquisa, os fluxos assistenciais e epidemiológicos, o sistema de prontuários eletrônicos e a alimentação de dados, além dos processos de trabalho relacionados ao acolhimento, atendimento, investigação e notificação de gestantes e crianças afetadas pela sífilis gestacional e congênita. O intuito foi conhecer o perfil materno-infantil da SC, apresentando o terreno para a realização da segunda etapa do estudo, que consistiu no estudo qualitativo.

##### **3.2.1 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no âmbito do CHC/UFPR situado no município de Curitiba, estado do Paraná. As participantes da pesquisa foram mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de SG, cujos filhos evoluíram para casos

de SC no período de 2021 a 2022, as quais foram atendidas, ou seus RN tiveram atendimento nos serviços do CHC/UFPR.

O Complexo Hospital de Clínicas da UFPR é o maior hospital público do Paraná e o terceiro maior hospital universitário do Brasil, contando com cerca de 4.000 profissionais nas áreas médica, assistencial e administrativa, incluindo residentes (Carvalho *et al.*, 2021).

O CHC/UFPR é um prestador de serviços para diversas especialidades médicas incluído maternidade, neonatologia e infectologia pediátrica, para o SUS do município de Curitiba. As crianças que nascem neste serviço e tem diagnóstico de SC, são investigadas, internadas, tratadas e encaminhadas para acompanhamento e seguimento da exposição neste serviço.

O serviço foi escolhido como campo de pesquisa por tratar-se de um hospital universitário, que recebe encaminhamentos da rede básica de saúde municipal para maternidade e especialidade de infectologia pediátrica, os quais o público atendido se aproxima do objeto de pesquisa.

### 3.2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mulheres com diagnóstico de SG, cujos RN evoluíram para casos de SC no período de 2021 a 2023.
- Ter sido atendida ou acompanhar o RN em atendimento no CHC/UFPR,
- Residente de Curitiba-PR
- Idade  $\geq 18$  anos, sem limite superior de idade.
- Pode ter diagnóstico de outras IST, além da sífilis.

### 3.2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não ter condições de ler ou ouvir;
- Deficiência intelectual ou comprometimento cognitivo.

### 3.2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi autorizado pela instituição participante e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CHC/UFPR através dos pareceres consubstanciados nº 6.225.721 e 6.499.290, CAAE nº 69584323.1.0000.0096.

A abordagem quantitativa contemplou o uso de informações disponíveis em prontuários médicos de um período de 2 anos, inclusive de pacientes que já haviam sido atendidos há algum tempo, e que não tivessem mais continuidade de tratamento; ou pacientes que já tinham obtido alta dos acompanhamentos / tratamentos que vinham realizando na instituição. Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos nesta abordagem do estudo, foi providenciado e assinado um termo “Solicitação de Dispensa do TCLE” (**ANEXO 2**) a fim de salvaguardar os direitos dessas participantes.

### 3.2.5 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CHC/UFPR, realizou-se a obtenção de dados secundários, os quais se deu por meio de consulta aos prontuários das crianças com diagnóstico de SC, que continham tanto informações maternas quanto infantis.

Tais documentos foram consultados entre 15 agosto e 31 de outubro de 2023, sendo a pesquisadora principal, a responsável pela coleta. Para acesso aos prontuários foi obtida a anuência dos serviços (**ANEXO 1**), sendo possível seu acesso, após a aprovação do CEP.

Para se identificar as crianças com SC no CHC/UFPR foi solicitada para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVS) no qual engloba o Serviço de Epidemiologia Hospitalar deste serviço, o banco de dados das crianças com diagnóstico de SC, notificadas por este serviço nos anos de 2021 e 2022.

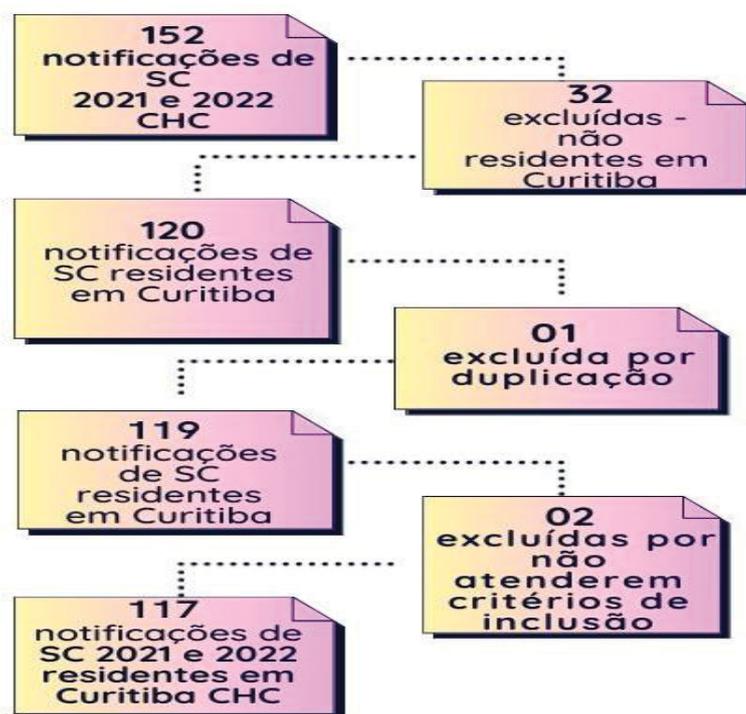
O setor forneceu uma planilha formato Microsoft Excel®, contendo 152 casos de SC notificados no período. Desse total, 32 crianças não eram residentes de Curitiba, e foram excluídas da amostra, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão da pesquisa. Restaram 120 casos, um deles estava duplicado, e, portanto, foi excluído, totalizando o total amostral de 119 crianças notificadas com SC, no serviço, residentes de Curitiba, entre os anos de 2021 e 2022.

A partir dos dados contidos da planilha, foram coletadas as informações, sendo analisados os 119 prontuários das crianças nascidas no município de Curitiba, notificadas com SC entre os anos de 2021 e 2022 pelo serviço do CHC UFPR, a fim de traçar o perfil das materno-infantil da sífilis congênita do período do estudo.

Neste processo de coleta dos dados, foi consultado cada caso, para verificar se encontrava dentro dos critérios de inclusão ou exclusão da pesquisa.

Dos 119 prontuários analisados, 02 foram excluídos do universo amostral, pois, tratava-se de gestações inviáveis, anembrionária e molar, ambos excluídos. O universo amostral de prontuários analisados na abordagem quantitativa, deu-se a partir de 117 prontuários de crianças expostas à SC conforme descreve na FIGURA 2.

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DA IDENTIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS E OBTENÇÃO DOS PRONTUÁRIOS INCLUSOS NO ESTUDO



FONTE: A Autora (2024)

As informações das crianças e mães, foram extraídas do prontuário eletrônico através do sistema hospitalar informatizado do CHC/UFPR. Esses dados eletrônicos foram transcritos e organizados através de um ROTEIRO DE COLETA DE DADOS (**Apêndice A**) elaborado pela pesquisadora, com três partes: a primeira, para registro

dos dados sociodemográficos da mãe; a segunda contempla variáveis relacionadas aos antecedentes de pré-natal, parto e pré-natal do parceiro; na sequência, informações acerca das condições de nascimento e intercorrências por SC.

O roteiro foi elaborado com base na literatura, por meio dos manuais do MS que abordam a temática “sífilis congênita” (Brasil, 2020a, 2022a, 2022d) e da ficha de notificação/investigação desta doença.

### 3.2.6 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Buscou-se traçar o perfil materno-infantil da SC atendidos no CHC/UFPR, entre os anos de 2021 e 2022, mediante estatística descritiva.

Os dados coletados através do ROTEIRO DE COLETA DE DADOS (APÊNDICE A) foram alimentados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel®, e posteriormente foram analisados por meio de estatística descritiva, e apresentados em tabelas utilizando porcentagens. Para obtenção das análises estatísticas foi utilizado o sistema R Core Team (2023) versão 4.3.1.

### 3.3 ABORDAGEM QUALITATIVA

Após a realização primeira abordagem do estudo, que envolveu o conhecimento do perfil materno-infantil da SC no CHC/UFPR, avançou-se para a segunda fase do estudo, de abordagem qualitativa e com objetivos exploratórios que visavam compreender as percepções e experiências de mães sobre a SG e congênita, seus sentimentos sobre a TV para seus filhos, e os desdobramentos da doença, diagnóstico e tratamento em suas vidas e de seus filhos. Esta fase foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas pessoalmente pela pesquisadora.

Segundo Minayo (2009), uma pesquisa qualitativa visa explorar, descrever e explicar eventos, proporcionando uma compreensão profunda das características e seu significado para a vida das pessoas. Ela se concentra nos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, abrangendo tanto o que é diferente quanto o que é igual para todos (Minayo, 2009)

### 3.3.1 POPULAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

As participantes da pesquisa foram mulheres com idade entre 18 anos completos e 44 anos, com diagnóstico de SG e seus RN evoluíram para casos de SC, no período de 2021 a 2023, as quais foram atendidas, ou seus RN tiveram atendimento no CHC/UFPR.

O local de realização desta abordagem, foi a Unidade de Pediatria -Serviço de Infectologia Pediátrica do CHC/UFPR. O local foi escolhido pois trata-se de uma unidade hospitalar que atende crianças expostas à SC.

O ambulatório de infectologia pediátrica do CHC/UFPR é um serviço especializado que oferece a maioria das vagas para essa especialidade médica no SUS do município de Curitiba. É uma referência no tratamento, acompanhamento e seguimento ambulatorial de doenças de transmissão congênita, entre outras. As crianças com diagnóstico de SC podem ser encaminhadas ao serviço de infectologia pediátrica pelo próprio CHC/UFPR ao nascer neste serviço, ou podem ser referenciadas pela APS.

### 3.3.2 INSTRUMENTOS

Para produção dos dados desta abordagem no estudo, optou-se pela técnica da entrevista. A entrevista buscou dar voz às participantes para assim possibilitar a compreensão das percepções de mães quanto ao entendimento da sífilis, dos riscos inerentes à infecção, adesão ao tratamento adequado da SG, bem como os sentimentos e o significado da SG, TV e SC atribuídas por elas.

O roteiro foi tipo semiestruturado, norteado por um guia de entrevista **(APÊDICE B)** e a duração foi de aproximadamente 30 minutos.

A entrevista semiestruturada, conforme descrito por Laville e Dionne (1999), envolve perguntas abertas feitas verbalmente em uma ordem prevista, permitindo que o entrevistador realize questões de esclarecimento. De acordo com Dejonckheere e Vaughn (2019), esse formato é caracterizado por um diálogo entre pesquisador e participante, guiado por um protocolo flexível e enriquecido por perguntas, sondas e comentários de seguimento. Esse método permite ao investigador coletar dados abertos, explorar pensamentos, sentimentos e opiniões dos participantes sobre um determinado tema, além de aprofundar questões pessoais e por vezes sensíveis.

O guia de entrevista foi elaborado com uma pergunta disparadora: “Conte-me sobre a sua experiência relacionada ao tratamento de sífilis na gestação” a qual foi baseada no objetivo principal do estudo. Além desta pergunta, o roteiro consta com outros blocos de perguntas partir da pergunta norteadora. Foi adotada uma linguagem e postura de não-julgamento e de empatia da pesquisadora, para evitar que a mulher não se sentisse constrangida ou culpada pela transmissão.

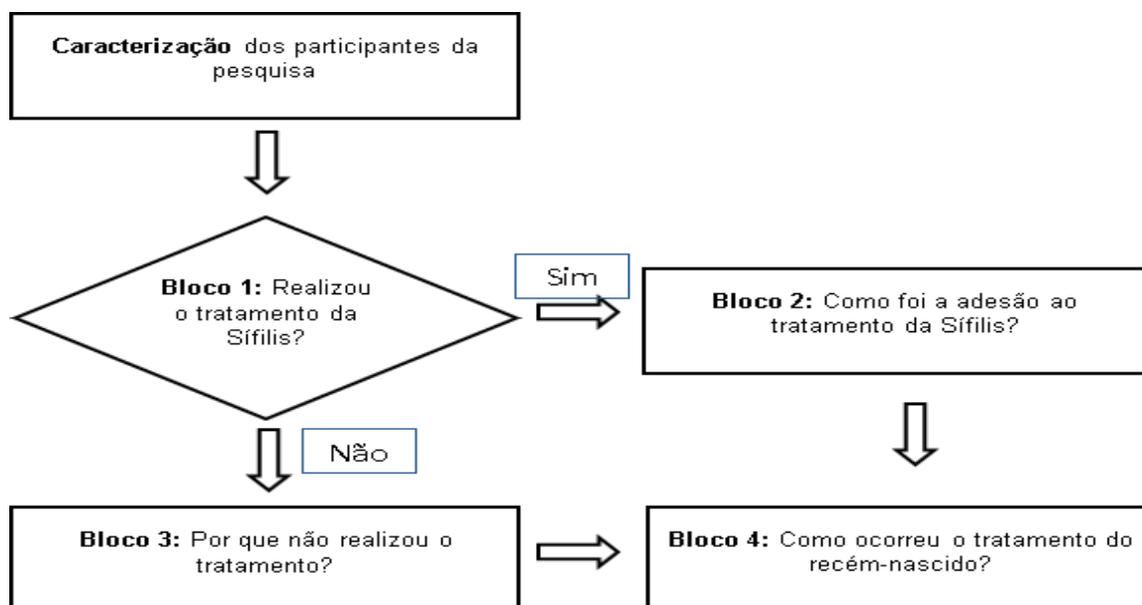
Os blocos de perguntas foram divididos em caracterização dos participantes da pesquisa e outros quatro blocos de perguntas que são os seguintes: Bloco 1: Realizou o tratamento da sífilis? Bloco 2: Como foi a adesão ao tratamento da Sífilis. Bloco 3: Por que não realizou o tratamento para sífilis? Bloco 4: Como ocorreu o tratamento do recém-nascido?

A caracterização inicial teve como objetivo verificar se os potenciais participantes atendiam aos critérios de inclusão do estudo. As perguntas do Bloco 1 (FIGURA 3) buscaram extrair informações sobre o contexto da descoberta da sífilis, incluindo onde, quando e como ocorreu, além de se o tratamento foi realizado durante a gestação. Se a participante confirmasse que recebeu o tratamento, a pesquisadora prosseguia para o roteiro do Bloco 2; caso contrário, seguia-se com o roteiro das perguntas do Bloco 3.

O Bloco 2 focou na adesão ao tratamento da sífilis durante a gestação, conforme relatado pelas mães. Após responder a este bloco, a pesquisadora avançava para o roteiro de perguntas do Bloco 4. Por outro lado, as perguntas do Bloco 3 eram destinadas a uma coleta de informações das mães que não realizaram o tratamento, para eventualmente, compreender as percepções que as levaram a essa decisão.

Por fim, o roteiro do Bloco 4 era comum para as mães que responderam aos roteiros dos Blocos 2 e 3, e tinha como finalidade coletar informações sobre o bebê, detalhar como ocorreu o tratamento do RN e explorar as percepções das mães sobre sua experiência com a SC.

FIGURA 3 - FLUXO DAS PERGUNTAS A SEGUIR NA ENTREVISTA



Fonte: A Autora (2024)

Foi realizado um pré-teste da entrevista com uma participante, para verificar se as perguntas estavam adequadas, se a participante conseguia entender, ou se precisava reformular algum detalhe.

### 3.3.3 COLETA DE DADOS

O convite para participação da pesquisa foi realizado através de cartazes afixados na sala de espera da Unidade de Pediatria - Serviço de Infectologia Pediátrica do CHC/UFPR, com o contato da pesquisadora para agendamento da entrevista, e também por meio de abordagens coletivas, com a realização de convite verbal, realizado pela pesquisadora principal, em sala de espera do serviço.

As entrevistas foram agendadas de maneira a conciliar com a mesma data da reconsulta do RN no serviço, em horário combinado com as participantes.

As participantes que aceitaram o convite para participar da pesquisa, realizaram a leitura e ciência do TCLE, assinavam o documento para assim, participar da entrevista. Qualquer dúvida relativa ao documento foi sanada pela pesquisadora antes do momento da entrevista. Dessa forma procedia com a entrevista. A

participação foi voluntária, não foi obrigatória, e a recusa da participante em colaborar com a entrevista, não a excluiu da etapa quantitativa.

As entrevistas foram realizadas presencialmente pela pesquisadora principal, entre novembro e dezembro de 2023, com duração média de 30 minutos, em local reservado do CHC, a fim de garantir sigilo e segurança. Foram realizadas 14 entrevistas, até atingir o ponto da saturação teórica. Segundo Minayo (2017), saturação é um momento de trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado.

As entrevistas foram áudio-gravadas através de software de gravação de voz instalado no smartphone da pesquisadora, salvas em arquivo de áudio e depois transcritas. Os produtos das gravações foram obtidos em arquivos mp4, e armazenados em pastas criptografadas, para garantir que as respostas dos participantes sejam captadas em suas próprias palavras (Liampoutong, 2013).

Além da gravação da entrevista, foi utilizado um caderno de campo, onde foram feitas anotações dos detalhes subjetivos percebidos pela pesquisadora durante as entrevistas. Sua finalidade é ajudar na transcrição e análise dos dados qualitativos através das anotações das falas que antecedem as gravações, impressões, comunicação não verbal, sentimentos expressos e dificuldades apresentadas durante a entrevista (Phillippi; Lauderdale, 2018).

### 3.3.4 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

As transcrições das entrevistas, foram realizadas pela pesquisadora, por meio de reprodutor de áudio do Microsoft Windows 10 e software editor de texto (Microsoft Office Word 365® 2021 Microsoft®). Após a transcrição, leitura e interpretação das entrevistas, juntamente com os dados do caderno de campo, procedeu-se à exploração do material empírico e ao processo de codificação.

A análise dos dados foi realizada seguindo a metodologia de Análise Temática (AT) de Liamputtong (2009). Segundo essa autora, há duas etapas principais na realização dessa análise. A primeira, é a leitura da transcrição para melhor apropriação e entendimento dos dados da entrevista. Em seguida, deve ser dado sentido ao que está sendo dito pelos participantes a fim de encontrar padrões repetidos de significado. A codificação desempenha um papel importante na análise

temática e, como na teoria fundamentada, os pesquisadores precisam realizar a codificação inicial e axial para desconstruir os dados, será colocado em códigos e encontrado links entre eles. A codificação axial é a etapa que permite aos pesquisadores conectar diferentes códigos identificados na codificação inicial em categorias e subcategorias.

Fazendo conexões entre categorias principais e subcategorias, os pesquisadores podem encontrar temas nos dados, a fim de construir um 'mapa' temático da análise e, em seguida, serão definidos e nomeados os temas. Também é importante realizar uma análise contínua para refinar os temas de modo que definições e nomes claros para cada tema poder ser gerado. Por último, será realizado a interpretação inferencial com embasamento teórico e reflexão dos dados. As categorias emergentes foram cotejadas com literatura da área da saúde coletiva e dos estudos de gênero.

### 3.3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por ter como participantes da pesquisa seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição CHC sendo aprovado através dos pareceres consubstanciados nº 6.225.721 e 6.499.290, CAAE nº 69584323.1.0000.0096.

O anonimato das entrevistas foi garantido pela adoção de códigos de identificação, utilizando-se a letra E seguida da numeração cardinal em ordem crescente (E1 a E14) de realização das entrevistas.

O material obtido dos áudios e transcrições foi utilizado unicamente para essa pesquisa e os dados da pesquisa em arquivo físico ou digital estão sendo mantidos sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo foi constituído por indicadores quantitativos e qualitativos, com sua respectiva discussão. A apresentação do material se inicia pelo perfil das participantes, que tiveram SG, cujos filhos evoluíram para casos de sífilis SC atendidos no CHC, entre os anos de 2021 e 2022.

### 4.1 PERFIL MATERNO- INFANTIL DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Entre janeiro de 2021 a dezembro de 2022, 117 casos de SC foram notificados no CHC/UFPR, em Curitiba-PR. Dos casos notificados, 110 (94%) foram confirmados com SC e 7 (6%) foram RN expostos à sífilis, mas descartados. Dentre os casos de SC confirmados, 91 (82,7%) ocorreram em nascidos vivos, 12 (10,9%) abortos por SC, cinco (4,5%) óbitos por SC e dois (1,8%) natimortos por SC (TABELA 1).

TABELA 1 - PERFIL DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NOTIFICADOS NO CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022

<b>Notificações de sífilis congênita</b>	<b>N (117)</b>	<b>%</b>
Casos Descartados (expostos)	7	6
Casos confirmados de SC	110	94
<b>Caracterização dos Casos confirmados</b>	<b>N (110)</b>	<b>%</b>
Nascidos vivos com SC	91	82,7
Aborto por SC	12	10,9
Óbito por SC	5	4,5
Natimorto por SC	2	1,8

FONTE: A autora (2024)

Conforme apresentado na TABELA 2, mais da metade (55,5%) das mães de RN com diagnóstico de SC concentram-se na faixa etária entre 21 e 30 anos, numa idade média de 26,6 anos, a maioria (63,6%) sem companheiro. Quase 64% das mulheres se consideram de raça/cor branca, seguida de parda com 31%. Quanto à escolaridade, 44,6% das mães tem no máximo até o ensino fundamental completo, e 41% o ensino médio completo. Apesar da ausência de informação sobre ocupação em 41% dos prontuários, a maioria das mães declararam não trabalhar (38,2%) e 20% trabalhar fora de casa, de modo formal ou informal. Quanto à renda familiar, 61% dos prontuários não continham a informação, 27,3% das mães, declararam-se não ter renda, e 10% com renda de até 3 salários mínimos. Quanto à paridade, 56,4% indicaram ter mais que um filho, e 14,5% primeira gestação.

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MÃES DE CRIANÇAS NOTIFICADAS COM SÍFILIS CONGÊNITA CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022

Variáveis	n (110)	%
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 20 anos	18	16,4
21 a 30 anos	61	55,5
31 a 40 anos	26	23,6
41 ou mais	4	3,6
Não informado	1	0,9
<b>Estado civil</b>		
Sem companheiro	70	63,6
Com companheiro	39	35,5
Não informado	1	0,9
<b>Raça/cor</b>		
Branca	70	63,6
Preta	4	3,6
Parda	34	31
Não informado	2	1,8
<b>Ocupação</b>		
Trabalhava	22	20
Não trabalhava	42	38,2
Não informado	46	41,8
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	22	20
Ensino fundamental completo	27	24,6
Ensino médio incompleto	12	10,9
Ensino médio completo	33	30
Ensino superior incompleto	2	1,8
Ensino superior completo	2	1,8
Não informado	12	10,9
<b>Renda Familiar</b>		
Sem renda	30	27,3
Até 1 salário-mínimo	1	0,9
1 a 3 salários-mínimos	11	10
3 a 6 salários-mínimos	1	0,9
Não informado	67	60,9
<b>Número de filhos</b>		
Primeira gestação	16	14,5
Tem outro(s) filho (s)	62	56,4
Não informado	32	29,1
<b>Uso de drogas lícitas e/ou ilícitas</b>		
Sim	38	41,8
Não	35	38,5
Não informado	18	19,8
<b>Tipo de drogas lícitas e/ou ilícitas utilizada</b>		
Álcool	9	9,9
Maconha	5	5,5
Crack	13	14,3
Cocaína	8	8,8
Tabaco	24	26,4
<b>Condições Sociais</b>		
Situação de Rua	6	5,5
Violência de gênero	5	4,5
Criança foi institucionalizada	8	7,3
Prostituição	1	0,9
Envolvimento com a justiça	1	0,9
Proveniente de outro estado ou país	3	2,7

FONTE: A autora (2024).

Nota: Salário-mínimo = R\$1.045,00.

Entre as mães pesquisadas, 41,8% referiram fazer o uso de tabaco, álcool, e/ou drogas ilícitas. Identificou-se que o tabaco teve a maior ocorrência de uso, 26,4% das mães referiram o uso, seguido do crack (14,3%), álcool (9,9%), cocaína (8,8) e maconha (5,5%).

Identificou-se que 8 mães (7,3%) tiveram seus filhos institucionalizados pelo poder judiciário, 6 (5,5%) mães viviam em situação de rua e 5 (4,5%) tinham histórico de violência por parceiro íntimo, sendo uma delas (0,9%), institucionalizada após o parto.

Na TABELA 3 constam-se os dados dos cuidados pré-natais bem como os aspectos relacionados aos cuidados com a descoberta da doença. A maioria das mães pesquisadas (80%) frequentaram o pré-natal, 41,8 % delas, tiveram mais de seis (6) consultas, e o restante, menos de seis (6) consultas. Um terço das gestantes tiveram o diagnóstico da sífilis no 1º trimestre de gestação, outro terço entre o 2º e 3º trimestre e o restante na admissão do parto. Quanto ao número de VDRL realizados durante o pré-natal, 40% das mães realizaram no máximo um VDRL durante o pré-natal, 35% de dois a três VDRL e 14,5 % de quatro a seis exames. Quanto ao tipo de parto, 55,5% das mães tiveram partos do tipo normal. Identificou-se que 62,7% das mães tiveram seus tratamentos considerados inadequados, e quase 30%, não o realizaram durante a gestação. Mais de um terço das parcerias (31,8%) não receberam tratamento para sífilis, 15,5% foram tratadas e nos outros 50% a informação estava ausente. Quase 12% das gestantes apresentou outras infecções concomitantes à sífilis, cinco delas coinfeção pelo HIV, cinco toxoplasmoses gestacional, duas mães tiveram tuberculose pulmonar (TB) e uma mãe além de sífilis, apresentava HIV, TB, e Vírus da Hepatite B e C.

TABELA 3 - FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL E PARTO DAS MÃES DE CRIANÇAS NOTIFICADAS COM SÍFILIS CONGÊNITA NO CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022.

Variáveis	n (110)	%
<b>Pré-natal</b>		
Realizou	88	80
Não realizou	18	16,4
Não informado	4	3,6
<b>Número de consultas no pré-natal</b>		
Nenhuma	16	14,5
1 a 3	24	21,8
4 a 6	14	12,7
Mais que 6	46	41,8

Não informado	10	9,1
<b>Momento de descoberta da sífilis</b>		
Primeiro trimestre da gestação	34	30,9
Segundo trimestre da gestação	26	23,6
Terceiro trimestre da gestação	16	14,6
Admissão do parto	32	29,1
Não informado	2	1,8
<b>Número de VDRL realizado durante o pré-natal</b>		
0 a 1	49	44,5
2 a 3	39	35,5
4 a 6	16	14,5
mais de 6	3	2,7
Não informado	3	2,7
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	61	55,5
Cesária	33	30
Não informado	16	14,5
<b>Tratamento para sífilis gestacional</b>		
Adequado	8	7,3
Inadequado	69	62,7
Ausência de Tratamento	31	28,2
Não informado	2	1,8
<b>Tratamento da parceria</b>		
Não tratou	35	31,8
Tratou	17	15,5
Não informado	58	52,7
<b>Outras infecções maternas concomitantes</b>		
Não	97	88,2
Sim	13	11,8
<b>Tipo de Infecção concomitante</b>		
HIV	5	4,5
Toxoplasmose	5	4,5
Tuberculose (TB)	2	1,8
HIV, TB, HBV e HCV	1	1,2

FONTE: A autora (2024)

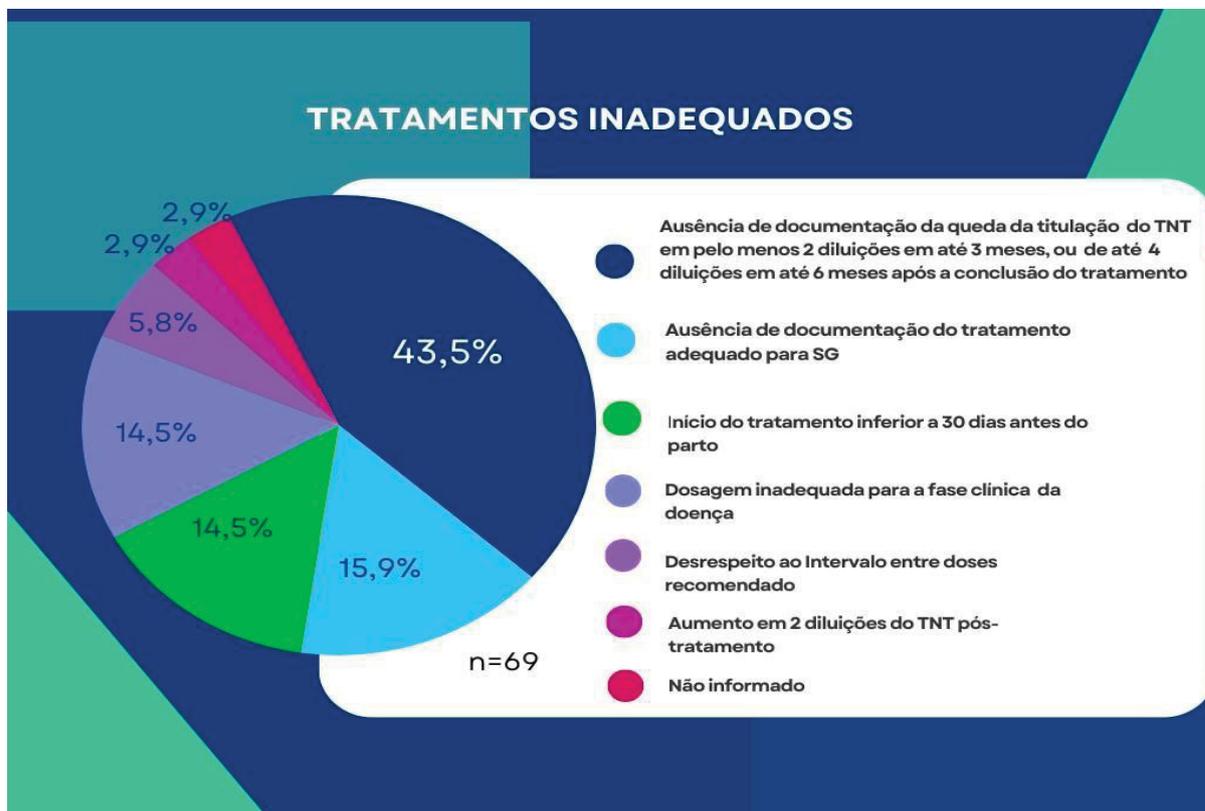
O GRÁFICO 1 apresenta os principais critérios de avaliação do tratamento para SG, os quais foram considerados inadequados.

Todas mães do estudo, independentemente da adequação ou não do tratamento, receberam a medicação benzilpenicilina benzatina.

Dos tratamentos das 69 mães que foram considerados inadequados, 43,5% foram avaliados desta forma, por não atenderem ao critério de documentação de queda da titulação do VDRL em pelo menos duas diluições em até três meses, ou de quatro diluições em até seis meses após a conclusão do tratamento, 15,9% não apresentaram a documentação do tratamento para sífilis, 14,5% o início do tratamento foi inferior a 30 dias antes do parto e finalizado antes do mesmo, 14,5% tiveram esquema terapêutico em desacordo com o estágio clínico da infecção, 5,8%

não atenderam ao critério do intervalo entre as doses recomendado, e 2,9% houve aumento em duas diluições do VDRL durante o seguimento pós tratamento.

GRÁFICO 1- PRINCIPAIS CRITÉRIOS DE INADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL NOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NOTIFICADOS NO CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022.



FONTE: A autora (2024)

A TABELA 4 apresenta os dados sobre o perfil das crianças diagnosticadas com SC atendidas no CHC durante o período do estudo. Este perfil incluiu 91 nascidos vivos e 5 óbitos, excluindo os casos de aborto e natimortos devido à falta de informações em prontuários.

TABELA 4- FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DAS CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS CONGÊNITA NO CHC/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2021-2022

Variáveis	n* (96)	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	46	47,9
Masculino	50	53,1
<b>Idade gestacional</b>		
<37 semanas	23	24
≥37 semanas	64	66,7
Não informado	9	9,4
<b>Peso ao nascimento (g)</b>		
<2.500	22	22,9
≥ 2.500	68	70,8
Não informado	6	6,3

<b>Sinais e sintomas ao nascimento</b>		
Sim	6	6,25
Não	84	87,5
Não informado	6	6,25
<b>Alterações líquóricas</b>		
Sim	18	18,75
Não	63	65,6
Não realizado	4	4,2
Não informado	11	11,5
<b>Alterações ósseas (Rx ossos longos)</b>		
Sim	3	3,1
Não	85	88,5
Não informado	8	8,3
<b>Exames realizados na maternidade</b>		
Todos	80	83,3
Parcialmente	12	12,5
Não informado	4	4,2
<b>Tempo de internação para tratamento da SC (dias)</b>		
1	3	3,1
2	1	1,0
3	1	1,0
4	1	1,0
10	81	84,4
Não informado	9	9,4

FONTE: A autora (2024)

Nota: \*n = nascidas vivas + óbitos por SC

Entre as crianças avaliadas, 53,1% eram do sexo masculino, a maioria nasceu a termo (66,7%) e com peso adequado, com uma média de 2.873 gramas e idade gestacional média de 38 semanas. A estatura varia de 34 a 52 cm, com média de 46,32 cm. Em relação Apgar, a média no 1º minuto foi de 7,69 e no 5º minuto, de 8,95. Das 96 crianças avaliadas, 84 (87,5%) apresentaram-se assintomáticas, 6 (6,25%) tiveram sintomas de SC ao nascer, 18 anormalidades no líquido cefalorraquidiano (LCR) devido ao aumento de proteínas, aumento da celularidade ou teste VDRL reagente, e 3 mostraram alterações nas radiografias. Quanto ao tempo de internação das crianças, a maior ocorrência foi de 10 dias de internamento para tratamento da infecção.

#### 4.2 DISCUSSÃO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS

O estudo possibilitou identificar as principais características das mães diagnosticadas com SG cujas crianças evoluíram para casos de SC entre 2021 e 2022 em hospital universitário da capital paranaense. Evidenciou-se que, além dos casos confirmados de SC em crianças vivas, chama atenção o número de desfechos desfavoráveis que evoluíram para abortos, natimortos e óbitos por sífilis (17%), número um pouco abaixo do encontrado em estudos semelhantes na temática

(Vicente, 2019; Pereira, 2020, Brasil, 2022b). Para Pereira *et al.* (2020), pode-se observar que 25% dos casos não tratados, ou tratados inadequadamente, resultaram em aborto espontâneo, natimortos, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita (Pereira *et al.*, 2020). Para Domingues e Leal (2016) em estudo nacional de base hospitalar, evidenciou que 25,6% dos casos de SG não tratadas resultaram em óbitos fetais precoces ou tardios, 4,5% foram casos de natimorto sífilítico e 3,9% abortos por sífilis.

Para, Paixão *et al.* (2023) em estudo retrospectivo de coorte de base populacional nacional com 20 milhões de nascimentos no Brasil de 2011 a 2017, evidenciou que os nascidos vivos com SC tiveram um risco de morte duas (2) vezes maior do que os seus homólogos sem SC, com o risco aumentado não totalmente explicado pela prematuridade e baixo peso ao nascer. Os maiores riscos de mortalidade foram observados em crianças com SC nascidas de mães não tratadas, com títulos de anticorpos mais elevados e com sinais e sintomas de SC ao nascer.

Segundo o MS em mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo (Brasil, 2022b). Ainda em Brasil (2022b), a TV da sífilis é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna, e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento.

Pode-se observar que, como mostrado em outros estudos, a maioria das mães eram jovens, com baixa renda e escolaridade, com ausência de atividade remunerada e usuárias de tabaco, álcool e outras drogas. Essas mulheres vivem em situação econômica desfavorável e vulnerabilidade social, e, possivelmente, podem estar mais expostas a adquirir IST (Domingues e Leal, 2016; Macêdo *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2020; Araújo *et al.*, 2021; Soares, 2023; Oliveira *et al.*, 2023 ).

De acordo com o Boletim HIV/AIDS da SMS Curitiba, em 2021, foram registradas 672 gestantes com sífilis. A maioria dos casos (62%) ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida pelos 30 a 39 anos (22%). Em termos de escolaridade, a maior proporção de gestantes notificadas no município possuía o ensino médio (46%), seguido do ensino fundamental (36%) (Curitiba, 2022). Esses dados corroboram com as informações sobre faixa etária, mas contrastam com os resultados de escolaridade encontrados no presente estudo.

Estudos sobre o tema (Vicente, 2019; Tenório et al., 2020; Silva, 2020; Pereira et al., 2020; Brasil, 2022d) evidenciam que a faixa etária mais prevalente para a SG é entre 20 e 30 anos, o que está em consonância com os achados desta pesquisa. Os autores observam que as mulheres nessa faixa etária costumam ter uma vida social e sexual ativa, além de estarem em um período biológico favorável para a concepção. Essa faixa etária também se caracteriza por maior atividade sexual, múltiplos parceiros e a falta de adesão a medidas preventivas, como o uso de preservativos, tornando-as mais vulneráveis à sífilis e outras IST (Pereira et al., 2020; Rigo, 2021).

Quanto à raça/cor das mães, destaca-se que 31% das participantes se identificaram como pardas, proporção que corrobora com estudos anteriores (Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Brasil, 2022d). No entanto, uma parte significativa dos registros indicava a raça/cor branca, padrão observado tanto em um estudo realizado em um município do Nordeste (Cardoso et al., 2018) quanto em uma pesquisa em Caçador-SC, o que pode ser atribuído à colonização europeia no estado. Contudo, a relação entre etnia e sífilis em um país como o Brasil, caracterizado pela miscigenação, é complexa e difícil de ser analisada.

É importante ressaltar que uma parte significativa das mães se declarou civilmente solteira. Esses resultados são corroborados por um estudo de gestantes atendidas em Cajazeiras-PB (Silva *et al.*, 2023b), onde a maioria das mulheres afirmou não ter companheiro. Pesquisas realizadas em Minas Gerais (Lafetá et al., 2016) e Cabo Frio-RJ (Felipe et al., 2019) também indicaram que a maior parte das participantes se acordou como solteira. O estado civil de solteiro pode estar associado a comportamentos de vulnerabilidade, como a não adesão ao uso de preservativos e a múltiplas parcerias sexuais (Rigo, 2021).

A investigação revelou que a baixa escolaridade predominou entre as mães pesquisadas, o que está em consonância com outros estudos nacionais (Macêdo et al., 2017; Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Moreira, 2019; Maraschin, 2019; Da Silva Santos; Alves; Fontenele, 2021). Domingues e Leal (2016) e Dorneles et al. (2023) observaram uma relação inversa entre a escolaridade da mulher e a ocorrência de SC: quanto menor a escolaridade, maior a taxa de incidência da infecção. Moreira (2019) indicou que mulheres com baixa escolaridade têm um risco até 3,2 vezes maior de contrair sífilis. Em um estudo de caso-controle em Minas Gerais

A baixa escolaridade pode dificultar a prevenção da sífilis, uma vez que informações sobre cuidados com a saúde podem ser mais difíceis de compreender. Mães em situação de vulnerabilidade social muitas vezes têm menos acesso a informações sobre prevenção e prevenção, quando ocorrem, podem não entender a importância do tratamento adequado (Vicente, 2019). Esses resultados destacam a necessidade de intensificar atividades educativas durante o pré-natal para melhorar a compreensão sobre sífilis e outras práticas de prevenção de infecções sexuais

Em relação à ocupação, a maioria das mães relatou não estar trabalhando. Além disso, muitos prontuários não continham informações sobre a variável ocupação, o que pode indicar uma falta de preenchimento adequado nos dados cadastrais no prontuário eletrônico do estabelecimento. A ausência de uma ocupação remunerada está estatisticamente associada à sífilis durante a gestação, conforme evidenciado em estudos anteriores (Domingues e Leal, 2016; Vicente, 2019; Mozer, 2021).

A maioria das mães participantes relatou ter baixa renda ou nenhuma renda, o que corrobora com o estudo de Felipe *et al.* (2019), que analisaram 24 puérperas com SG que resultaram em SC no município de Cabo Frio-RJ, onde 45% delas mencionaram ter baixa renda. Da mesma forma, uma pesquisa de Ramos *et al.* (2021) em Recife-PE também constatou que a maior incidência de SC estava associada a famílias de baixa renda.

Neste estudo, 40% das mães relataram ter utilizado drogas lícitas e/ou ilícitas. Estudos indicam que o uso de drogas está fortemente associado a alta prevalência de IST. Em investigação sobre prevalência e fatores de risco associados à SG no Brasil, constatou-se que o uso de drogas ilícitas durante a gestação estava particularmente relacionado a casos de sífilis; 86,2% das gestantes com sífilis faziam uso irregular de preservativos, evidenciando uma forte correlação entre a ocorrência da infecção e o uso de drogas (Soares, 2023). Essas gestantes requerem atenção diferenciada, pois tendem a não aderir ao pré-natal, necessitando de um monitoramento criterioso por uma equipe multiprofissional, além de acesso a serviços especializados para tratar as questões relacionadas ao uso de drogas (Guanabara, 2020).

Tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, os fatores de risco para a aquisição de sífilis em mulheres em idade fértil estão associados a um baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias sexuais, falta de acesso ao sistema

de saúde, uso de drogas e abandono escolar. No caso da SC, adiciona-se fatores de risco como a ausência de assistência pré-natal e a condição de gestantes adolescentes e/ou sem parceiro fixo. Comportamentos de risco, como a multiplicidade de parcerias sexuais e o uso de drogas, álcool e tabaco, contribuem para aumentar a vulnerabilidade à sífilis (Pereira *et al.*, 2020; Soares, 2023).

Entre as mães investigadas, 80% afirmaram ter realizado acompanhamento pré-natal, um percentual bastante próximo ao observado no território nacional em 2021, onde 82,7% das mães com desfecho de SC também participaram desse acompanhamento (Brasil, 2022d).

Com relação ao número de atendimentos, cerca de 42% realizou mais de seis consultas de pré-natal, contudo cabe destacar que aproximadamente 35% realizaram de 1 a 6 consultas e 14,5% não realizou nenhuma consulta de pré-natal. A maioria das mulheres da pesquisa não realizou todas as consultas de pré-natal preconizadas pelo MS do Brasil e evidenciado por outros autores como fundamental para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da sífilis na gestação (Lafetá *et al.*, 2016; Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Domingues *et al.*, 2021). Para, Firmino *et al.*, (2021) a não realização do pré-natal ou a sua realização inadequada é uma das principais causas da SC, pois a partir dele é possível realizar o diagnóstico, assim como tratar adequadamente a doença.

O MS brasileiro recomenda que, durante o período de gravidez, sejam realizadas no mínimo seis consultas, sendo a 1<sup>a</sup>, até a 12<sup>a</sup> semana de gestação. A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante (Brasil, 2022e). No Brasil houve melhora nos indicadores de cobertura de pré-natal, entretanto, a boa cobertura e a realização de um número mínimo de seis consultas não têm sido suficientes para garantir assistência de qualidade (Brasil, 2022e).

Estudos mostram a importância da assistência pré-natal de qualidade com diagnóstico precoce da SG e destacam as consequências do tratamento inadequado da mesma sobre a morbimortalidade das crianças (Cardoso *et al.*, 2018; Araújo, 2019). De acordo com Arandia e Abrantes Pereira Leite (2023), o processo de investigação para a SG inicia-se na atenção primária, uma vez que esse é o local em

que atenção pré-natal, diagnóstico e tratamento do agravo se desenvolve, diante disso, é dever dos profissionais da APS investigar, notificar, tratar e acompanhar os casos de sífilis (Arandia; Abrantes Pereira Leite, 2023).

Em relação à assistência pré-natal, a SC é considerada um indicador da qualidade desse atendimento, uma vez que TV pode ser evitada com diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante. Altas taxas de incidência de SC estão frequentemente associadas à baixa qualificação dos profissionais de saúde, a falhas no diagnóstico e tratamento, e à não identificação precoce da mulher grávida e de seu parceiro (Lafetá *et al.*, 2016; Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Felix *et al.*, 2022; Vicente *et al.*, 2023; Paixão *et al.*, 2023).

No que tange à sífilis, a maioria das mães recebeu o diagnóstico durante o pré-natal, destacando-se, no entanto, um número significativo de gestantes que foram diagnosticadas apenas no momento da admissão para o parto. Apesar de a maior parte ter sido diagnosticada no período pré-natal, a ocorrência de SC sugere que a assistência pode não ter sido de qualidade. É possível que, mesmo com diagnósticos feitos durante o pré-natal, muitos tenham sido realizados tardiamente, uma vez que a maioria foi identificada entre o segundo e o terceiro trimestre (38,2%) e no momento do parto (29,1%).

Vários estudos têm analisado a qualidade da assistência pré-natal em relação ao diagnóstico de SC. Lafetá *et al.* (2016), em pesquisa realizada em Minas Gerais, Brasil, mostraram que 62,4% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis no momento do parto ou durante curetagem, enquanto 22,6% foram diagnosticadas entre o segundo e o terceiro trimestre da gestação. Wu *et al.* (2022), em Queensland, Austrália, relataram que 40% das mulheres foram diagnosticadas com sífilis no terceiro trimestre, indicando um atraso ou ausência no pré-natal; 43% começaram o tratamento no terceiro trimestre e 20% não concluíram o tratamento quatro semanas ou 30 dias antes do parto. Araújo *et al.* (2019), em um estudo no nordeste brasileiro, constataram que a maior proporção de desfechos desfavoráveis ocorreu entre as mulheres que iniciaram o pré-natal de forma tardia.

De acordo com Torres *et al.* (2022) a sífilis materna diagnosticada tardiamente durante a gravidez, é considerada um fator de risco significativo para SC, visto que implica tratamento tardio ou falta de tratamento durante a gravidez. Reforça-se que a

triagem, o diagnóstico e o tratamento oportuno da sífilis, são fundamentais para a prevenção da SC e seus resultados adversos na gravidez (Torres *et al.*,2022).

O presente estudo revelou que cerca de 30% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis no momento do parto. Segundo Araújo *et al.* (2019), o diagnóstico nesse momento não é considerado oportuno nem eficaz para prevenir a transmissão da sífilis ao bebê. No entanto, estudos destacam a relevância do diagnóstico nessa ocasião, pois, apesar da perda da oportunidade de evitar a transmissão vertical, ainda é possível tratar o recém-nascido, prevenindo sífilis congênita tardia e outras complicações graves, como a neurosífilis. O diagnóstico materno no momento do parto oferece a oportunidade de tratar tanto a mãe quanto o parceiro, possivelmente evitando novas ocorrências de sífilis congênita (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Esse dado levanta reflexões sobre a oferta de diagnóstico durante o pré-natal, destacando a importância de realizar o TR na primeira consulta. O TR para sífilis é uma estratégia que pode aumentar a cobertura de testagem entre gestantes e seus parceiros, especialmente quando realizado na primeira consulta, permitindo o tratamento imediato (Araújo *et al.*, 2021). Conforme afirmam Guanabara (2021) e Brasil (2022b), ao obter um resultado reagente para sífilis, é crucial não perder a oportunidade de tratar a gestante imediatamente com a administração da primeira dose de penicilina benzatina.

O Ministério da Saúde recomenda que as gestantes sejam testadas para sífilis, no mínimo, na primeira consulta de pré-natal e no início do terceiro trimestre (Brasil, 2022b). O município de Curitiba segue a Nota Técnica do Centro de Epidemiologia (CE) N°01/2017 da SMS Curitiba, que orienta a testagem sorológica para sífilis durante a gestação em cada trimestre, ou seja, o rastreamento da sífilis é realizado no 1º, 2º e 3º trimestres, oferecendo um exame a mais do que o preconizado pelo Ministério da Saúde (Curitiba, 2017).

No presente estudo, destaca-se que a grande maioria das mães recebeu tratamento inadequado (62,7%) ou não foi tratada (28,2%), evidenciando uma significativa perda de oportunidade para evitar a transmissão vertical (TV) da sífilis ao bebê. A ocorrência de SC deve ser analisada sob a perspectiva do tratamento da gestante durante o pré-natal. Os resultados aqui apresentados revelam que mais de

90% das gestantes não receberam o tratamento adequado, corroborando dados de outros estudos (Lafetá et al., 2016; Padovani; Oliveira; Peloso, 2018; Vicente, 2019).

O tratamento materno com benzilpenicilina benzatina é essencial para prevenir a SC. Contudo, em 2021, no Brasil, o esquema terapêutico prescrito foi inadequado ou não realizado em 81,1% das mães de crianças com SC (Brasil, 2022d). Uma pesquisa realizada em Uberaba-MG, que avaliou o perfil epidemiológico dos casos de SC em um hospital público de ensino, identificou que 80% das gestantes foram tratadas de forma inadequada e 10% não foram tratadas (Nasciutti *et al.*, 2019). Além disso, Cardoso et al. (2018) relataram em Fortaleza-CE que 72% das mulheres foram tratadas inadequadamente e 18% não receberam tratamento algum, valores próximos aos encontrados neste estudo.

Como nos outros estudos, os dados encontrados reforçam que o diagnóstico tardio, a ausência de tratamento e a inadequação do tratamento das gestantes são os principais obstáculos para a redução da transmissão (Lafetá, 2016; Araújo, 2019).

O presente estudo revelou que a maior parte dos tratamentos considerados inadequados ocorreu devido ao não cumprimento dos critérios, como a ausência de documentação da queda da titulação do TNT em pelo menos duas diluições em até três meses, ou em quatro diluições em até seis meses após a conclusão do tratamento (43,5%).

No período de nascimento das crianças incluídas no estudo, os critérios clínicos e assistenciais para o tratamento adequado da gestante com sífilis, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da TV (PCDT) do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (Brasil, 2019; 2020) e o Protocolo Pré-Natal e Puerpério da Rede Mãe Curitibana Vale (Curitiba, 2021), incluíam: administração de penicilina benzatina, início do tratamento até 30 dias antes do parto, esquema terapêutico adequado ao estágio clínico, respeito ao intervalo recomendado de doses, avaliação do risco de reinfecção e documentação da queda do título do teste treponêmico (TNT) em pelo menos duas diluições em até três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento, para garantir uma resposta imunológica adequada. Gestantes que não atendiam a esses critérios eram consideradas inadequadamente tratadas.

A versão 2022 do PCDT (Brasil, 2022b) introduz atualizações nos critérios para avaliar a resposta terapêutica após o tratamento da sífilis gestacional, diferenciando-se do protocolo anterior. Entre essas atualizações, destaca-se a necessidade de documentação que comprove a redução da titulação do TNT em pelo menos duas diluições em até três meses, ou de quatro diluições em até seis meses após o tratamento. Essa redução pode ser aceita em até seis meses para sífilis recente e até 12 meses para sífilis tardia, após um tratamento adequado. O protocolo também observa que, em casos onde o título inicial é menor ou igual a 1:4, é comum que os títulos permaneçam estáveis e o período de monitoramento durante a gestação pode ser insuficiente para identificar a diminuição da titulação do TNT.

Considerando os dados deste estudo em relação aos critérios de 2022, a flexibilidade nas exigências de estabilidade dos títulos e nos prazos de monitoramento poderia contribuir para um menor número de tratamentos classificados como inadequados. Isso indicaria um aumento nos tratamentos adequados para SG e, conseqüentemente, possível redução dos casos de SC.

Outro fator que pode ter contribuído para o elevado percentual de tratamentos inadequados é a falta de apresentação da documentação do tratamento da sífilis gestacional (16%) e possíveis falhas no intervalo entre as doses (5,8%). A documentação deve ser realizada no momento em que uma gestante recebe a aplicação de benzilpenicilina benzatina, com o registro anotado na carteira da gestante ou no prontuário. A ausência dessa documentação pode indicar que o tratamento não foi realizado ou que houve falhas na anotação dos dados, sendo essa responsabilidade dos profissionais que acompanham as gestantes e suas parcerias durante o pré-natal.

O intervalo recomendado para a administração de benzilpenicilina benzatina no tratamento da sífilis é de uma semana entre as doses. Para gestantes, o esquema deve ser reiniciado se o intervalo ultrapassar sete dias entre as doses (Brasil, 2022b). Em 2023, o MS publicou a NOTA TÉCNICA Nº 14/2023-DATHI/SVSA/MS, que atualiza a recomendação sobre o intervalo entre as doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento da sífilis gestacional. A nova orientação estabelece que as doses devem ser aplicadas, idealmente, a cada sete dias, não devendo ultrapassar nove dias. Se alguma dose for perdida ou o intervalo exceder nove dias, o esquema deve ser reiniciado (Brasil, 2023).

Diversos fatores podem estar relacionados ao tratamento inadequado das gestantes com sífilis, dentre eles destacam-se o diagnóstico tardio, aspectos clínicos da gestante, sociodemográficos, além de falhas na dispensação do medicamento, prescrição e acompanhamento do tratamento da gestante e do parceiro pelo sistema de saúde (Torres *et al.*, 2022). O conhecimento sobre o manejo clínico assistencial à gestante com sífilis pelos profissionais de saúde que acompanham o pré-natal, é fundamental para a prevenção da SC. De acordo com Domingues *et al.* (2013), os protocolos assistenciais têm sido uma ferramenta utilizada com frequência para a melhoria da qualidade dos serviços e maior efetividade da assistência. Considerando as oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento das gestantes durante a assistência pré-natal, é fundamental identificar as principais barreiras que têm impedido a adoção dos protocolos assistenciais (Domingues *et al.*, 2013)

Em estudo realizado em Fortaleza-CE para verificar o conhecimento de profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) sobre ações de prevenção e controle da TV da sífilis, 60% dos profissionais de saúde conheciam o manejo correto da sífilis e 40% não conheciam, podendo evidenciar desconhecimento dos profissionais acerca do manejo da SG. Silva *et al.*, (2023) em estudo semelhante na Paraíba, demonstrou dificuldades de manejo clínico da sífilis na assistência ao pré-natal, a maioria dos profissionais participantes do estudo, não tinha capacitação para o manejo da doença, e, os que haviam tido, relataram ter ocorrido há cerca de 4 anos. Segundo o autor essas são informações preocupantes, dado que, essa condição pode interferir de forma direta na assistência realizada à gestante diagnosticada com sífilis. (Silva, *et al.*, 2023).

Para Silva *et al.* (2014), é importante que ações de educação continuada sejam reforçadas por meio de capacitações, e também de supervisões em serviços, a fim de promover assistência de qualidade à SG. De acordo com Silva *et al.* (2023), a ausência de capacitação dos profissionais na assistência ao pré-natal é um fator que pode interferir desde a assistência até na prevenção de complicações ocasionadas pela sífilis em gestantes.

Para que a paciente aceite o tratamento, seguindo todas as orientações ditas pelo profissional, e realize o esquema completo do tratamento, é de suma importância que esse tenha conhecimentos e habilidades acerca do manejo clínico da SG e congênita, proporcionando uma assistência integral e resolutiva (Silva, *et al.* 2023).

De acordo com Lima *et al.* (2022) o comprometimento do profissional com a saúde das gestantes contribui para uma assistência de qualidade, assim como a sua maior responsabilização perante a sífilis e o uso dos protocolos padronizados favorecem a eliminação da SC como problema de saúde pública.

É importante destacar que a SMS Curitiba desenvolve a tutoria da sífilis como uma estratégia que envolve profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa abordagem promove discussões sobre as dificuldades enfrentadas, vulnerabilidades, planejamento reprodutivo e acompanhamento da mulher e da criança expostas à sífilis. Essa iniciativa pode ser uma valiosa aliada na formação contínua dos profissionais que atendem gestantes com sífilis, parcerias e redes de apoio. (Curitiba, 2022)

Observou-se que 40% das mães realizaram até um exame não treponêmico durante a gestação, o que pode demonstrar ineficiente seguimento pós tratamento da SG. É importante destacar que o controle sorológico de gestantes com sífilis, utilizando TNT após o tratamento durante o pré-natal, é essencial. Esse acompanhamento é crucial para avaliar a resposta ao tratamento da sífilis SG e para monitorar o risco de reinfecção. Um seguimento sorológico efetivo poderia prevenir muitos estágios relacionados à sífilis congênita (SC). É aconselhável registrar os resultados na carteira da gestante ou no prontuário. Esse monitoramento é fundamental para avaliar a efetividade do tratamento da SG e para monitorar o risco de reinfecção. Recomenda-se a realização do TNT mensalmente, começando 30 dias após a última dose de benzilpenicilina benzatina, e continuando até o parto.

Dos parceiros, pouco mais de 15% realizou tratamento, valor semelhante a outros achados (Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Vicente, 2019). Cerca de 30% não realizou o tratamento, e mais da metade dos prontuários das mães pesquisadas, não continha a informação.

Estudo de Nasciutti *et al.* (2020) no triângulo mineiro, evidenciou que 67% das parcerias das gestantes pesquisadas, não receberam o tratamento para sífilis e apenas 15% aderiram ao tratamento para sífilis concomitante às gestantes. Silva *et al.* (2023) em estudo na Paraíba apontou que 60% das parcerias não realizaram tratamento. Silva (2020) em estudo no sul do Brasil, evidenciou que aproximadamente

metade das gestantes com sífilis que tiveram seu RN notificado com SC, receberam tratamento inadequado e não tiveram as parcerias sexuais tratadas.

No que tange a adesão ao tratamento do parceiro sexual das mulheres acometidas pela sífilis, estudos brasileiros afirmam que a ausência do tratamento dos parceiros sexuais apresentou associação estatisticamente significativa com desfechos de óbito perinatal e neonatal (SILVA *et al*, 2023). As parcerias sexuais devem ser convocadas até o serviço de saúde para receberem orientações, serem avaliadas clínica e laboratorialmente e receberem tratamento quando necessário.

Em 2017 foi publicada a nota informativa Nº 2-SEI/2017- DIAHV/SVS/MS, que traz novos critérios para a notificação de SG, SA e SC. Dentre esses, o tratamento das parcerias sexuais não se inclui nos critérios epidemiológicos de definição de caso de SC. No entanto, a avaliação e tratamento das parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão da infecção (Brasil, 2022a). A falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro foi destacado em estudos como o principal fator de falha no tratamento da SG.

No contexto das IST, o receio da reação do parceiro está relacionado a não comunicação do diagnóstico, o que pode trazer como consequência falhas no tratamento, reforçando a necessidade de repensar as ações de aconselhamento desenvolvidas na APS. A dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de IST, pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem, provocando a baixa procura por atendimento. Pode também estar associada à visão que os homens têm em relação à saúde, pois atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado (Mascarenhas; Araújo; Gramacho, 2016). Para que se consiga eliminar a doença, políticas públicas de atenção devem incluir não apenas as gestantes de modo individual, mas também seus parceiros e a população em geral (Vicente, 2019).

Outro dado relevante que merece destaque no estudo, é a proporção de gestantes usuárias de drogas, mais de 40% referiu o uso de alguma droga (lícita ou ilícita). Essas gestantes merecem atenção diferenciada pois tendem a não aderir ao pré-natal. Tal situação torna o problema da sífilis ainda mais desafiador, de difícil condução por parte dos profissionais de saúde e sinaliza a necessidade de um monitoramento criterioso com envolvimento de uma equipe multiprofissional, bem

como de um serviço especializado para tratamento das questões referentes ao uso da droga.

Além da sífilis, quase 12% das mães apresentaram outras infecções concomitantes à sífilis que também merecem cuidado especial durante a gestação, entre elas HIV, toxoplasmose, Hepatite B e Hepatite C as quais também podem ser transmitidas verticalmente, se não tratadas e manejadas. Para Lafeté *et al.* (2016), a coinfeção é presente e crescente, sendo maior entre jovens, de baixa escolaridade, com parceiro sexual único e sem uso de preservativos.

Segundo Brasil (2022b) a prevalência de sífilis é maior entre as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) do que entre as pessoas negativas para o HIV. Uma revisão sistemática mostrou uma mediana de 9,5% de prevalência desse agravo entre as PVHIV. Pessoas com comportamento sexual de alto risco muitas vezes têm acesso limitado aos cuidados de saúde, devido a questões econômicas e/ou estigmatização social (Brasil, 2022).

Os dados do perfil infantil demonstraram que 24% das crianças nasceram com menos de 37 semanas (pré-termo) e quase 23% com peso menor que 2500g. Essas proporções podem evidenciar que a SC pode ter influenciado na prematuridade das crianças e no baixo peso ao nascer.

Em estudo realizado por Araújo *et al.* (2021) em dez maternidades públicas de Fortaleza-CE para analisar os fatores associados à prematuridade em casos notificados de sífilis congênita no município, evidenciou-se 15,3% de prematuridade em gestantes com sífilis. O não tratamento da gestante ou tratamento realizado com drogas diferentes da penicilina durante o pré-natal, estiveram associados a maiores chances de prematuridade.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são complicações perinatais frequentes na SC precoce. Entre os desfechos adversos resultantes da sífilis materna recente não tratada, 40% resultarão em perdas gestacionais precoces, 11% em morte fetal a termo e 12% a 13% em partos pré-termo ou baixo peso ao nascer. (Domingues *et al.*, 2021; Brasil, 2020a, Brasil, 2022b)

A grande maioria das crianças não apresentou sinais e sintomas da SC (87, 5%). A ausência de sintomatologia ao nascer é ratificada por pesquisas de Cabral *et*

*al.*, (2018); Motta *et al.*, (2018); Vicente,(2019); Domingues *et al.*(2021) no Brasil. Nas crianças com SC, aproximadamente 60% a 90% dos RN vivos são assintomáticos ao nascimento; apenas os casos mais graves nascem com sinais/sintomas. As manifestações clínicas das crianças com SC raramente surgem após três a quatro meses; dois terços desenvolvem sintomas entre três e oito semanas (Domingues *et al.*, 2021; Brasil, 2022b)

As manifestações clínicas das crianças com SC podem se apresentar a qualquer momento antes dos 2 anos de idade, geralmente no período neonatal. (Domingues *et al.*, 2021). Uma vez que as manifestações clínicas precoces podem surgir até os dois anos de idade e as tardias após este período, faz-se necessário o acompanhamento ambulatorial dessa criança. (Brasil, 2002b).

Mesmo recebendo tratamento com penicilina na maternidade, deve-se considerar que a criança com SC se insere em um grupo de risco de desenvolvimento de SC sintomática. Assim, é fundamental o seguimento clínico dessa criança (Brasil, 2022b). Orienta-se o seguimento habitual na rotina da puericultura, na primeira semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso. Também se orienta a avaliação laboratorial com TNT com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo-se o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos, além de acompanhamento radiológico, neurológico e oftalmológico semestralmente por 2 anos (Brasil, 2022b).

A avaliação inicial da criança exposta a sífilis ou com SC e realizada especialmente na maternidade/casa de parto, considerando o histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação, sinais e sintomas clínicos da criança, TNT de sangue periférico da criança comparado com o da mãe. Não existe uma avaliação complementar que determine com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Assim, esse diagnóstico exige uma combinação de avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial. (Brasil, 2022b).

Todas as crianças nascidas de mães diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal necessitam de uma avaliação criteriosa no momento do parto, com anamnese, exame físico e TNT. Essa avaliação do profissional de saúde pode acrescentar outros dados e gerar uma conclusão de tratamento inadequado para sífilis durante a gestação, mesmo que a gestante se enquadre inicialmente dentro dos critérios epidemiológicos de tratamento adequado (Brasil, 2022b).

No presente estudo a maioria das crianças realizou todos os exames na maternidade, este dado difere de investigação realizada por (Saraceni *et al.* (2017); Padovani; Oliveira; Peloso (2018); Silva *et al.* (2020). Estudos de Lafeté *et al.* (2016) em Montes Claros – MG destacam que 45,2% das crianças não realizaram raio-x de ossos longos, punção líquórica, e hemograma. em Marília-SP, Souza *et al.* (2021) evidenciaram que 21% dos RN não realizaram o raio x de ossos longos e 43,1% não realizaram exame de Líquor, todavia, para todas as mães, o tratamento foi considerado inadequado, chamando atenção importância para avaliação cuidadosa dessas crianças na maternidade, bem como a garantia do seguimento ambulatorial.

#### 4.3 INDICADORES QUALITATIVOS

Os resultados dos indicadores qualitativos foram apresentados em um estudo intitulado: Percepções de mães sobre os riscos e tratamento da sífilis gestacional e congênita em Hospital Universitário Paranaense. O estudo 4.3.1 foi adequado ao formato de artigo exigido e submetido à revista na área da saúde coletiva.

##### 4.3.1 PERCEPÇÕES DE MÃES SOBRE OS RISCOS E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARANAENSE.

Juliana Christina Gaioski - GAIOSKI, J. C. - <[julianagaioski@gmail.com](mailto:julianagaioski@gmail.com)>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5357-0689>

Marcos Claudio Signorelli – SIGNORELLI, M. C. <[signorelli.marcos@gmail.com](mailto:signorelli.marcos@gmail.com)>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0677-0121>

Silvia Emiko Shimakura – SHIMAKURA, S. E. - <[silvia.shimakura@gmail.com](mailto:silvia.shimakura@gmail.com)>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5468-2516>

#### RESUMO

A sífilis congênita é uma infecção de transmissão vertical que pode ser prevenida através do diagnóstico precoce e tratamento oportuno das gestantes durante o pré-natal. Buscamos compreender as percepções de mães sobre o tratamento e os riscos da sífilis gestacional e sífilis congênita em hospital universitário paranaense, no período entre 2021 e 2023 por meio de estudo qualitativo mediado por entrevista semiestruturada. Foram realizadas 14 entrevistas, gravadas, com mães que tiveram sífilis gestacional e seus filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. Os dados foram analisados seguindo a Análise Temática de Liamputtong (2009), da qual se obteve a criação de categorias indutivas, que permitiram melhor compreender os aspectos subjetivos das mães frente à sífilis gestacional e congênita. Após as transcrições das entrevistas, foram reunidas as respostas semelhantes, chegando a seis (6) principais temas, e onze (11) subtemas. Constatou-se um público de mães jovens, com baixo nível socioeconômico e escolar, vivendo sem companheiro, com pouco conhecimento sobre a sífilis, suas formas de transmissão e prevenção. Embora a maioria das mães tenham realizado o pré-natal, o diagnóstico da sífilis foi tardio, e o tratamento deu-se de forma inadequada, ou ausente, fato, que corrobora para perda da oportunidade de evitar a sífilis congênita. As mães expressaram sentimento de culpa, tristeza, frustração e medo pela transmissão vertical ao

bebê. Reflete-se assim sobre uma melhor qualificação da assistência ao pré-natal, melhorar o manejo clínico da sífilis pelos profissionais de saúde, e aumentar os investimentos em ações de prevenção e educação em saúde com as gestantes, companheiros e rede de apoio em relação à sífilis e outras infecções sexualmente.

**Palavras-chave:** sífilis congênita, sífilis gestacional, estudo qualitativo

### **ABSTRACT**

Congenital syphilis is a vertically transmitted infection that can be prevented through early diagnosis and timely treatment of pregnant women during prenatal care. We sought to understand mothers' perceptions of the treatment and risks of gestational syphilis and congenital at a university hospital in Paraná, between 2021 and 2023 through a qualitative study mediated by semi-structured interviews. Fourteen interviews were conducted, recorded, with mothers who had GS and their children were diagnosed with CS. The data were analyzed following Liam Puttong's Thematic Analysis (2009), which led to the creation of inductive categories that allowed for a better understanding of the mothers' subjective aspects regarding gestational syphilis and congenital syphilis. After transcribing the interviews, similar responses were grouped, resulting in six (6) main themes and eleven (11) subthemes. It was found that the audience consisted of young mothers with low socioeconomic and educational levels, living without a partner, with little knowledge about syphilis, its transmission, and prevention methods. Although most mothers attended prenatal care, they were diagnosed late, and the treatment for gestational syphilis was either inadequate or absent, contributing to missed opportunities to prevent congenital syphilis. Mothers express feelings of guilt for transmitting the infection to the baby, sadness, frustration, and fear. This reflects the need to qualify prenatal care and assistance, improve the clinical management of syphilis by primary care teams, and increase investments in actions to prevent sexually transmitted infections and health education for pregnant women, partners and support network.

**Keywords:** Congenital syphilis, gestational syphilis, qualitative study

### **RESUMEN**

La sífilis congénita es una infección de transmisión vertical que puede prevenirse mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las mujeres embarazadas durante la atención prenatal. Buscamos comprender las percepciones de las madres sobre el tratamiento y los riesgos de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en un hospital universitario de Paraná, en el período comprendido entre 2021 y 2023, a través de un estudio cualitativo mediado por entrevistas semiestructuradas. Se realizaron 14 entrevistas grabadas a madres que tuvieron sífilis gestacional y sus hijos fueron diagnosticados con sífilis congénita. Los datos fueron analizados siguiendo el Análisis Temático de Liamputtong (2009), que resultó en la creación de categorías inductivas, que permitieron una mejor comprensión de los aspectos subjetivos de las madres respecto a la sífilis gestacional y congénita. Después de transcribir las entrevistas, se recopilaron respuestas similares, llegando a seis (6) temas principales y once (11) subtemas. Se encontró una población de madres jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y educativo, que viven sin pareja, con poco conocimiento sobre la sífilis, sus formas de transmisión y prevención. Aunque la mayoría de las madres recibieron atención prenatal, fueron diagnosticadas tardíamente y tratadas de manera inadecuada o nula por sífilis gestacional, hecho que corrobora la pérdida de la oportunidad de evitar la sífilis congénita. Las madres expresan sentimientos de culpa por transmisión vertical al bebé, tristeza, frustración y miedo. Esto refleja la necesidad de calificar la atención y asistencia prenatal, mejorar el manejo clínico de la sífilis por parte de los equipos de atención primaria y aumentar las inversiones en acciones de prevención de infecciones de transmisión sexual y educación en salud para gestantes, parejas y redes de apoyo.

**Palabras clave:** sífilis congénita, sífilis gestacional, estudio cualitativo.

## **1 INTRODUÇÃO**

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pelo *Treponema pallidum*, que se não tratada durante a gestação, pode resultar em mortes fetais/neonatais, alta probabilidade de transmissão vertical (TV), com consequências graves para o concepto como: sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas <sup>1,2</sup>. A sífilis congênita (SC) é prevenível, pode ser evitada através do tratamento adequado da gestante com sífilis, sendo fundamental o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para evitar a TV <sup>3,4,5,6,7</sup>.

Estima-se que existam 12 milhões de pessoas com sífilis no mundo <sup>1, 2, 4, 8</sup>. Em 2016, cerca de 1 milhão de gestantes estavam infectadas com a doença <sup>8</sup>. O panorama da sífilis no Brasil, não diverge de outros países. Houve a elevação da taxa de incidência (TI) de SC e as taxas de detecção (TD) de sífilis em gestantes (SG) por mil nascidos vivos (NV) aumentaram cerca de três vezes entre 2010 e 2016 <sup>9,10</sup>.

O Paraná segue a tendência nacional de aumento das TD da SG bem como a incidência de SC nos últimos anos <sup>11</sup>. No município de Curitiba, também houve evolução das taxas de sífilis, de 2012 a 2022 as TD de SG aumentaram cerca de cinco vezes, passando de 7,1 para 34,8 casos por mil NV <sup>12</sup>.

Frente à gravidade e consequências dessa infecção, faz-se necessário o desenvolvimento de ações estratégicas para o seu enfrentamento, com vistas à redução, e ou, a eliminação da SC. Diante disso, o presente estudo buscou responder à pergunta: **Quais as percepções de mães de recém-nascidos (RN) diagnosticados com SC sobre os riscos e o tratamento da SG e SC, e sobre perda da oportunidade da prevenção da TV da sífilis?** Considerando a importância do diagnóstico precoce e da instituição oportuna do tratamento da SG, os quais, corroboram para o menor tempo de exposição fetal à infecção, menos complicações durante a gestação e diminuição do número de casos de SC, sendo relevante a compreensão dos aspectos subjetivos, educacionais e sociais que possam influenciar nas suas trajetórias, o estudo **objetivou compreender em profundidade as percepções das mães sobre o processo de TV da sífilis, investigando suas visões, conhecimento e sentimentos sobre os riscos, formas de transmissão, prevenção, tratamento da SG, e possíveis sequelas da SC.**

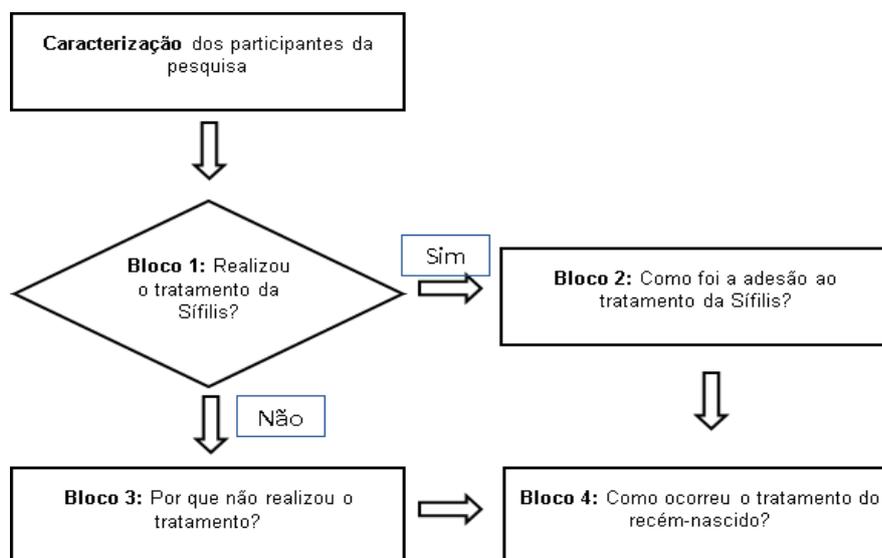
## 2 MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, mediado por entrevista semiestruturada <sup>13,14</sup>. A abordagem qualitativa contribui na compreensão dos fenômenos subjetivos que envolvem as pessoas suas vivências, experiências acerca de determinado objeto de estudo <sup>15</sup>. O local de estudo foi o Ambulatório de Infectologia Pediátrica do Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em Curitiba, maior hospital público do estado do Paraná. As participantes foram mulheres de 18 a 36 anos, com diagnóstico de SG cujos RN evoluíram para casos de SC, atendidas (mulher ou RN) no CHC/UFPR entre 2021 e 2023. Outros critérios de inclusão foram: residentes de Curitiba-PR, ≥18 anos, podendo ter outros diagnósticos de IST, além da sífilis.

O instrumento da entrevista buscou dar voz às participantes para assim possibilitar a compreensão das percepções de mães quanto ao entendimento da sífilis, dos riscos inerentes à infecção, adesão ao tratamento adequado da SG, bem como os sentimentos e o significado da SG e SC atribuídas por elas. O roteiro foi semiestruturado, norteado por um guia de entrevista, elaborado com uma pergunta disparadora: “Conte-me sobre a sua experiência relacionada ao tratamento de sífilis na sua gestação”. A partir desta pergunta norteadora, o roteiro constava de outros quatro blocos de perguntas conforme (FIGURA 1): 1) Realizou o tratamento da sífilis? 2) Como foi a adesão ao tratamento da SG. 3) Por que não realizou o tratamento para sífilis? 4) Como ocorreu o tratamento do RN?

Foi adotada uma linguagem e postura de não-julgamento e de empatia da pesquisadora, para evitar que a mulher se sentisse constrangida ou culpada pela TV. Também foram coletados dados sociodemográficos e de pré-natal (PN) a partir dos prontuários. O instrumento foi submetido a um pré-teste da entrevista com uma participante, para verificar a adequação e entendimento das perguntas, ou ajustes necessários; porém demonstrou-se apropriado.

FIGURA 1 - FLUXO DO ROTEIRO DAS PERGUNTAS A SEGUIR NA ENTREVISTA



Fonte: Autoras(es), (2024)

O convite para participação da pesquisa foi realizado através de cartazes e também por meio de explicações coletivas, em sala de espera do serviço. O agendamento das entrevistas conciliava com a data da reconsulta do RN no CHC.

As entrevistas foram realizadas presencialmente pela pesquisadora principal, entre novembro e dezembro de 2023, com duração média de 30 minutos, em local reservado do CHC, a fim de garantir sigilo e segurança. Foram realizadas 14 entrevistas, até atingir o ponto da saturação teórica <sup>16</sup>.

As entrevistas foram gravadas através de software de gravação de voz instalado em smartphone, salvas em arquivo de áudio e depois transcritas. Os produtos das gravações foram armazenados em pastas criptografadas. Segundo Liamputtong <sup>14</sup>, a gravação de entrevistas é importante para garantir que as respostas dos participantes sejam captadas em suas próprias palavras. Além da gravação das falas das participantes na íntegra, foi utilizado um caderno de campo, onde foram realizadas anotações dos detalhes subjetivos percebidos pela pesquisadora durante as entrevistas.

As transcrições das entrevistas, foram realizadas pela pesquisadora, por meio de reprodutor de áudio do Microsoft Windows 10 e software editor de texto (Microsoft Office Word 365® 2021 Microsoft®). Após a transcrição, leitura e interpretação das

entrevistas, juntamente com os dados do caderno de campo, procedeu-se à exploração do material empírico e ao processo de codificação.

Os dados foram analisados seguindo a Análise Temática (AT) de Liamputtong<sup>18</sup>, da qual se obteve a criação de categorias indutivas, que permitiram melhor compreender os aspectos subjetivos da experiência das mães frente à SG e SC. As categorias emergentes foram cotejadas com literatura da área da saúde coletiva e dos estudos de gênero.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CHC/UFPR através dos pareceres nº 6.225.721 e 6.499.290. As participantes que aceitaram o convite para a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi garantido pela adoção de códigos, utilizando-se a letra E seguida da numeração em ordem crescente (E1 a E14) de realização das entrevistas. Para qualificar a produção do estudo, foram adotadas as diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)<sup>19</sup>.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A TABELA 5 demonstra dados relacionados a caracterização das participantes, as quais apresentaram faixa etária entre 22 e 36 anos, grande parte concentrou entre 22 e 30 anos. A maioria das mães declarou não ter companheiro e não trabalhar. Em relação ao grau de escolaridade, maior parte não concluiu o ensino médio completo. Entre as mães, seis (6) eram primigestas, treze (13) realizaram o PN, onze (11) delas teve mais que seis (6) consultas durante o mesmo. Quanto ao momento de diagnóstico da sífilis, seis (6) mães obtiveram o diagnóstico entre o primeiro e segundo trimestres, cinco (5) no terceiro trimestre e outras três (3) no momento do parto. No que tange a tratamento para SG, onze (11) mães foram inadequadamente tratadas e três (3) não receberam tratamento durante o PN.

TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES ENTREVISTADAS

Mãe	Idade (anos)	Estado civil	Ocupação	Escolaridade	Nº de filhos	Nº de consultas no Pré-Natal	Momento do Diagnóstico da sífilis	Tratamento para Sífilis
E1	26	sem companheiro	trabalha	EMC	2	14	3º trimestre	inadequado
E2	29	com companheiro	não trabalha	EMI	3	6	2º trimestre	inadequado
E3	30	sem companheiro	não trabalha	EFI	3	17	3º trimestre	inadequado
E4	23	com companheiro	não trabalha	EMI	3	6	momento do parto	não realizado
E5	24	com companheiro	não trabalha	EFC	1	10	momento do parto	não realizado
E6	31	com companheiro	trabalha	EMI	2	10	1º trimestre	inadequado
E7	26	com companheiro	trabalha	EMI	1	8	1º trimestre	inadequado
E8	35	sem companheiro	não trabalha	EMI	1	12	1º trimestre	inadequado
E9	22	sem companheiro	trabalha	EFC	1	13	1º trimestre	inadequado
E10	26	sem companheiro	não trabalha	EFC	3	10	3º trimestre	inadequado
E11	36	sem companheiro	não trabalha	EMC	1	0	momento do parto	não realizado
E12	32	sem companheiro	não trabalha	EFI	1	12	3º trimestre	inadequado
E13	23	sem companheiro	não trabalha	EMC	2	13	1º trimestre	inadequado
E14	23	sem companheiro	não trabalha	EFC	1	13	3º trimestre	inadequado

Fonte: Autoras(es), (2024)

EFI: Ensino Fundamental Incompleto, EFC: Ensino Fundamental Completo, EMI: Ensino Médio Incompleto, EMC: Ensino Médio Completo

Procurou-se extrair através das entrevistas os aspectos subjetivos da descoberta da sífilis, diagnóstico, sentimentos atribuídos pelas mães em relação a experiência com a sífilis, diagnóstico, tratamento, sentimentos e o significado da SG e SC, atribuídas por elas. Após as transcrições das entrevistas, foi realizada a leitura das mesmas e foram reunidas as respostas semelhantes, chegando a seis (6) principais temas, os quais derivaram onze (11) subtemas, com trechos das entrevistas que subsidiam os mesmos, descritos conforme TABELA 6.

TABELA 6 – TEMAS E SUBTEMAS DA ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>
<b>Descobrimo a sífilis</b>	Diagnóstico e descoberta da sífilis no pré-natal
	Diagnóstico da sífilis no parto
	Como me infectei?
	Diagnóstico e a convivência com a parceria e familiares após a descoberta da sífilis
<b>Conhecendo a sífilis</b>	Conhecendo a sífilis, formas de transmissão e prevenção
<b>Pré-natal da gestante com sífilis</b>	Potencialidades e fragilidades do acompanhamento de pré-natal da gestante com sífilis
<b>Tratamento da sífilis</b>	Adesão ao tratamento e desafios para sua realização
	Tratamento da parceria
<b>Experiência da Transmissão Vertical (TV)</b>	Entendimento sobre a TV
	Sentimentos quanto a TV e percepções relacionadas ao tratamento do bebê
<b>Percepções sobre a vivência</b>	Lições apreendidas

FORNE: AUTORAS(ES), (2024)

### 3.1 DESCOBRINDO A SÍFILIS

O diagnóstico e momento da descoberta, da sífilis são momentos marcantes para essas mulheres e sua relação com as parcerias e familiares, portanto é a primeira categoria emergente. A descoberta da sífilis desdobrou-se em quatro (4) subtemas: Diagnóstico e descoberta da sífilis durante o PN; diagnóstico da sífilis no parto; como me infectei? relação com a parceria e familiares após diagnóstico da sífilis.

#### 3.1.1 Diagnóstico e descoberta da sífilis no Pré-Natal

A sífilis ainda hoje é vista com preconceito pela sociedade. Ao se descobrir com SG, as participantes vivenciaram diversos sentimentos, e foram compreendendo e atribuindo significados à doença e às suas experiências durante esse momento da vida.

Eles descobriram com aquele teste rápido, que eu fiz do postinho numa consulta que eu fiz. Se eles não tivessem feito, eu não tinha descoberto que estava [com sífilis]. Porque pra mim, eu nem tinha conhecimento, nem sabia que tinha. Já fazia bastante tempo que eu estava com meu parceiro, e, eu não sabia que eu tinha pegado dele. Nem ele sabia, que ele tinha também. (E12)

Foi primeiro exame de sangue, de rotina ali na gestação. No exame rápido. Aquele do dedinho. Que apareceu ali que eu tinha, néh. Ali perto das 12 semanas de gestação, bem no começo. Eu não sabia, não tinha sintomas, néh. Não consegui identificar antes. Eu me senti triste...chateada, assim. (E13)

Quando a mãe recebeu o diagnóstico pelos profissionais de saúde durante o PN, atribuiu significados à sífilis ao tratamento correto, interpretando-o como forma de proteger o filho prevenindo a TV. Segundo Figueiredo<sup>20</sup>, o diagnóstico da SG desperta tensões, tanto por suas repercussões biológicas como o risco de malformação fetal, quanto por suas repercussões sociais ocasionando sentimentos de ansiedade e tristeza associados à notícia de possíveis problemas no feto e RN.

A grande maioria das participantes teve o diagnóstico durante o PN, e três delas somente na admissão para o parto. Embora grande maioria tenha sido diagnosticada no PN, a ocorrência da SC revela probabilidade de que a assistência não tenha sido de qualidade. É possível que, mesmo quando o diagnóstico tenha ocorrido no PN, grande parte se deu em um período tardio, considerando que boa parcela dos diagnósticos da SG ocorreu no terceiro trimestre e momento do parto.

Estudos brasileiros demonstram a relação entre a qualidade da assistência PN com diagnóstico de SC. Uma maior proporção de desfechos desfavoráveis ocorre em mulheres que iniciaram tardiamente o PN<sup>3, 8, 21</sup>. Ainda, de acordo com Torres<sup>22</sup>, a SG diagnosticada tardiamente, é considerada um fator de risco significativo para SC, visto que implica tratamento tardio ou falta de tratamento durante a gravidez. Reforça-se que a triagem, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da sífilis, são fundamentais para a prevenção da SC e seus resultados adversos na gravidez<sup>22</sup>.

Pela infecção da sífilis cursar na maioria das vezes de forma assintomática, emergiram nas falas das mães, expressões de surpresa, ao receber o diagnóstico, pois não sentiam sintomas da infecção. A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou não os valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais<sup>7, 15, 23</sup>. Segundo Bonfim<sup>24</sup>, um dos motivos que leva a população a desconhecer a sífilis é a forma como a doença se apresenta clinicamente, pois culturalmente o processo de adoecer é envolvido de questões subjetivas diferenciadas por uma linguagem própria determinada pelos sinais e sintomas das doenças.

### 3.1.2 Diagnóstico da sífilis na hora do parto

Duas das mães entrevistadas relataram que mesmo aderindo ao PN, e tendo realizado os exames de rastreamento para IST, no entanto, tiveram a sífilis

diagnosticada no momento do parto, quando não havia mais tempo para prevenir a TV.

Na verdade, eu não sabia. Eu fui descobrir no último exame quando eu fui ganhar ela, no parto, já na maternidade. Na unidade de saúde, não deu tempo. Chorei muito, não por medo de mim, mas por ela (bebê), eu, era o de menos” foi feito três exames completos, só no último que apareceu! (E4)

Minha bolsa rompeu e eu descobri no hospital mesmo. Porque faltou uns 3 ou 4 dias pra poder fazer os exames de rotina. Ele nasceu nesse tempo mesmo. Aqui mesmo no HC. Eu, fiquei bem nervosa. Por que eu jamais imaginava, e eu fiquei pensando, “de onde”? Como aconteceu isso? Nossa, fiquei bem nervosa, chorei bastante. (E5)

As gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo, na primeira consulta de PN, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual <sup>7, 25</sup>. Essa estratégia visa o diagnóstico precoce, a fim de oportunizar o tratamento oportuno o mais precoce possível durante a gestação, a fim de prevenir a SC.

As futuras mães devem ser orientadas a adotar medidas de prevenção a fim de evitar possíveis (re)contaminações. O uso do preservativo nas relações sexuais é extremamente importante, principalmente durante o tratamento e até o final da gestação, pois reduz o risco de reinfecção entre os casais, visto que a relação sexual é a principal via de TV da sífilis e que são poucos os parceiros que realizam tratamento<sup>25</sup>.

### 3.1.3 Como me infectei?

Após o diagnóstico, as mães se questionaram sobre como se infectaram, e atribuíram a culpa ao parceiro.

Descobri na gravidez dela (filha). Porque assim, o pai deles (parceria anterior), no caso, foi quem me passou. Só que, eu não sabia (da sífilis). A gente separou. Depois eu ouvi dizer, que ele estava “com isso”. Eu não procurei saber se eu estava também, poderia ter feito isso. Daí eu conheci o pai da bebê (parceria atual), a gente ficou junto, e, descobri na Unidade de Saúde, no exame rápido, aí já começamos no primeiro dia a primeira dose, e as outras em seguida (E2).

Referiram relações sexuais desprotegidas em virtude da relação de confiança com o parceiro, que, após o diagnóstico, foi ressignificada, gerando sentimentos ambivalentes, mais negativos, e conflitos, que desencadearam até em separação conjugal. Os relatos demonstram que ainda é distante o hábito da atividade sexual

predominantemente segura e saudável. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos brasileiros similares<sup>15, 29, 30</sup>.

Sabe-se que a falha na abordagem e no aconselhamento das gestantes e parceiras sexuais, passa por desafios tanto na assistência quanto referentes ao indivíduo. Domingues *et al.* (2013) mostram que as recomendações acerca de temas culturalmente considerados sensíveis, como IST, sexualidade e uso de preservativos, são capazes de atuar como barreira para sua própria adoção, uma vez que podem ser vistas como constrangedoras tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos usuários do sistema. Nessa situação, profissionais de saúde deveriam ter um olhar abrangente, buscando identificar os problemas individuais do sujeito, com adoção de medidas e atividades educativas.

É importante a educação permanente das equipes de saúde, para compreender a subjetividade dos usuários de forma a desenvolver uma melhor abordagem. Acredita-se que uma equipe bem-preparada pode orientar melhor pais/parceiros sexuais das gestantes com sífilis de modo a envolvê-los no cuidado do binômio gestante-feto e evitar eventuais agravos<sup>32</sup>.

### 3.1.4 Relação com a parceria e familiares após o diagnóstico da sífilis

Embora algumas mães relataram facilidade na revelação do diagnóstico e convivência com a parceria após a descoberta da sífilis, a maioria referiu desafios e mudanças na convivência conjugal.

Mas em relação ao parceiro, eu não mudei em nada, ele também não, só que aí a gente começou a diminuir as relações, também, então. Acho que eu nem fiz nada. E quando a gente voltou a fazer sexo, começou a usar camisinha para não passar para ele, porque ele, não tinha nada, tudo negativo. E foi só isso. (E7)

Ah, no dia que contei sim (risos envergonhados), no dia eu fiquei bem tensa, ele (parceria) também, aí então, ele fez os exames, tinha dado negativo, tudo normal. Foi aí que a gente ficou mais nervoso, de onde néh! Só eu tinha, e a gente não tinha mais relação. E, do nada, apareceu, daí ele ficou mais nervoso (expressões de decepção e medo). (E5)

Causou transtorno (balançou a cabeça afirmando). Sempre quando a gente briga, toca nesse assunto, da doença, sabe...Daí nossa (cara de decepção e medo) daí nossa. Nós brigamos sempre por causa disso, sabe. (E10)

Só minha mãe que sabe tudo. E da família dele, acho que só a mãe dele, nem a avó, só que eles não sabem muito, não sabem 100%. A gente não quis comentar com a família, porque muita gente tem preconceito. Então a mãe falou para eu não falar para ninguém. (E7)

Nem quis mais saber do meu parceiro, depois que eu peguei a sífilis, daí eu terminei com ele. (E12)

Emergiram sentimentos de suspeita de infidelidade, culpa, preconceito às IST, violência de gênero e separação do casal. Também foi relatado medo do preconceito. Tais sentimentos semelhantes também foram relatados por gestantes com sífilis nos estudos de Vicente<sup>15</sup> e Felix<sup>30</sup>, segundo estudo de Figueiredo<sup>20</sup>, o diagnóstico da SG desperta sentimentos de raiva, culpa, insegurança, receio de comunicar ao parceiro, e medo de ruptura do relacionamento.

Após o diagnóstico de uma IST, surge o medo da exclusão social e da segregação da família e da sociedade <sup>33</sup>. O preconceito muitas vezes resulta de valores éticos, religiosos e morais que levam ao julgamento do indivíduo, dificultando a aceitação do diagnóstico <sup>34</sup>.

IST como a sífilis, historicamente levaram à exclusão social e ao preconceito, o que pode interferir no tratamento; assim, é essencial a atuação de profissionais de saúde para desmistificar a doença. O estigma de contrair uma IST está associado a fatores culturais, pois, por muito tempo, essas doenças predominavam em profissionais do sexo, usuários de drogas e homossexuais; ele foi fortalecido pelo estigma da infecção pelo HIV, que resultou em medo, vergonha e rejeição, e, ainda hoje, as IST estão relacionadas à promiscuidade e “comportamentos de risco” <sup>15</sup>.

Algumas mães relataram vulnerabilidades sociais associadas ao diagnóstico das sífilis como histórico de situação de rua, uso de álcool e outras drogas, infecção por outras IST concomitante à sífilis, violência por parcerias íntimas, e uma delas revelou a contaminação pela sífilis, devido a violência sexual. O diagnóstico não tinha sido informado à parceria por questões religiosas, preconceito e medo de separação. Referiu que ficou bastante tensa quando a parceria foi realizar a sorologia, e ficou aliviada quando o resultado foi não-reagente.

Então entrei em pânico, na hora da notícia (do diagnóstico), fiquei preocupada como ia contar, qual seria a reação dele também, quando ia fazer o exame de sangue, a gente ficou meio receosa, em relação a ele. É que no caso, sofri uma violência. Então foi na violência que foi a contaminação, que veio a sífilis, nunca tinha tido relação com ninguém, então, foi um sexo abusivo, um sexo forçado, uns 2 ou 3 anos atrás. E a gente é da igreja, então, ficava com medo de dar alguma coisa (no casamento). (E7)

Como demonstram os resultados, algumas gestantes com diagnóstico de sífilis vivenciaram a violência de gênero. Nesses casos, prevaleceu as desigualdades de gênero pautadas em relações de dominação e submissão <sup>35</sup>.

Os contextos históricos revelam que as mulheres brasileiras enfrentam obstáculos em virtude do preconceito, dos processos vinculados à dinâmica de gênero e

das relações sexuais e reprodutivas. A multiplicidade de parceiros sexuais, assimetria nas relações entre mulheres e homens, dogmas religiosos e implicações morais expõem o público feminino às IST e, concomitantemente, acentua a vulnerabilidade das mulheres <sup>36</sup>.

Os serviços de saúde que se propõem a atender mulheres de forma integral necessitam oferecer uma abordagem centrada na pessoa, levando em conta as perspectivas dessas mulheres em seu cuidado em saúde. A abordagem centrada na mulher se apoia em dois princípios orientadores: a promoção dos direitos humanos e a equidade de gênero. No contexto da prevenção da TV do HIV e das IST, o olhar deve ser também amplo e integral sobre a mulher. Deve-se pensar não somente na linha de cuidado durante a gestação, mas na oferta de oportunidades ímpares de intervenção em todo o ciclo de vida dessa mulher <sup>37</sup>.

## 3.2 CONHECENDO A SÍFILIS

Buscou-se explorar as conhecimento prévio das gestantes sobre a sífilis, formas de transmissão, como se informaram sobre a infecção e entendimento quanto às medidas de prevenção da sífilis, descritos a seguir.

### 3.2.1 Conhecimento atribuído pelas mães sobre a doença, formas de transmissão e prevenção.

O relato das mães demonstrou pouco conhecimento sobre a infecção, formas de transmissão e prevenção da sífilis.

A gente só ouvia falar, assim... mas só sabia que era “sexualmente transmitível”, mas não sabia, de que se tratava, como agia no sistema do corpo da gente.” (E2)

Não, não conhecia como passava (transmissão). (E4)

Não sei como é a contaminação, e como que eu cuido (prevenção). (E11)

A maioria das entrevistadas não concluiu o ensino médio, demonstrando baixa escolaridade. Nos estudos de Dorneles e colaboradores (2023) e Domingues e Leal (2016) foi identificada uma relação inversamente proporcional entre a escolaridade da mulher e a ocorrência de sífilis e SC, ou seja, quanto menor a escolaridade, maior a taxa de ocorrência da doença.

A pouca escolaridade tem potencial para dificultar a prevenção da sífilis, pois as informações sobre o cuidado com a saúde podem tornar-se mais difíceis de serem compreendidas. As mães mais vulneráveis socialmente possivelmente têm menos acesso às informações sobre a prevenção e a TV, ou, quando diagnosticadas, desconhecem a importância do tratamento adequado <sup>15</sup>. Estes resultados apontam a necessidade de intensificar atividades educativas com as gestantes durante o PN para melhorar o entendimento sobre sífilis, e outras práticas de prevenção de IST.

### 3.3 PRÉ-NATAL DA GESTANTE COM SÍFILIS

Procurou-se explorar as percepções maternas quanto ao acompanhamento do PN. Esse tema desdobrou-se no subtema: potencialidades e fragilidades do acompanhamento da sífilis no PN.

#### 3.3.1 Potencialidades e fragilidades do PN

Algumas participantes referiram boa adesão ao PN, sentiram-se apoiadas pelos profissionais de saúde ao descobrir o diagnóstico, para o tratamento e acompanhamentos pós tratamento da sífilis, refletindo de forma positiva no cuidado da gestante. Outras referiram não receber informações adequadas e assertivas, e despreparo dos profissionais de saúde em realizar um tratamento mais humanizado à gestante e bebê com SC. Houve falta de comunicação com as gestantes ao explicar todos os procedimentos que devem ser realizados, a respeito da doença e suas consequências para o bebê e família.

Oh, já quando descobri, ali mesmo, eles já queriam ajudar a tentar resolver a situação, por causa do neném. Então de começo ele já falaram “não se preocupe, a gente vai cuidar de você, não vai acontecer nada”. Ajudaram bastante a passar por esta parte também! (E2)

Ah, falaram quando eu ganhei ela, que eu não fiz direito o tratamento. Ah eu falei, então eu fiz aqui no HC, então vocês que não trataram direito. Eu tenho a cartinha e tudo. É que deu não reagente, aí quando eu ganhei ela, deu um pra dois (1/2), aí falaram que eu não tratei direito, aí, falaram que era normal, isso, eu não sei, eu fiquei confusa. (E7)

Eles podiam ter sido “mais realistas”, por exemplo, eles falaram pra mim que depois desse tratamento, meu filho não correria risco nenhum. Ela me garantiu. Então ela poderia falar “Pode correr o risco, sabe (E8).

Entre as mães entrevistadas, 13 aderiram ao PN, e 11 realizaram mais que seis consultas. Entretanto nota-se que por mais que a gestantes tiveram adesão ao PN, questiona-se a qualidade, pois não impactou positivamente na prevenção da TV da sífilis. A SC aparece entre as causas de morte evitáveis em menores de cinco anos de idade e passível de redução, se for realizada uma adequada atenção à saúde da mulher na gestação, parto e ao RN, sendo considerada um indicador da qualidade da atenção materno-infantil <sup>3, 15, 30, 40</sup> Estudos mostram a importância da assistência PN de qualidade com diagnóstico precoce da SG e destacam as consequências do tratamento inadequado sobre a morbimortalidade das crianças <sup>8</sup>

Estudos de Domingues <sup>5</sup>, evidenciaram que é primordial a capacitação dos profissionais de saúde quanto às técnicas do manejo da doença, na abordagem de SG, respeitando as especificidades, culturas, religião, socioeconômico e dificuldades vivenciadas para o seguimento adequado do tratamento.

### 3.4 TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Buscou-se extrair os conhecimentos das mães sobre o medicamento prescrito, dosagem, posologia, periodicidade da aplicação das doses, desafios da adesão ao tratamento, possíveis motivos da ausência de tratamento, tratamento da parceria e seguimento da gestante pós tratamento da sífilis. Este tema derivou dois subtemas descritos a seguir.

#### 3.4.1 Percepções sobre a adesão ao tratamento e desafios para sua realização

Percebeu-se que as mães conheciam o nome do medicamento utilizado para seu tratamento, dosagem, periodicidade das doses aplicadas, relatando sentimentos e ações relacionados ao tratamento da sífilis durante o PN.

Eu acho que foi a benzetacil. Foram três semanas seguidas, foi uma por semana. Eu tomei as três doses bem certinho". Foi bem "doída". Mas, foi necessário as "picadas" (E2)

Foram três doses, uma por semana. Mas daí a última dose, foi no dia que eu comecei com as dores do parto, e 2 ou 3 dias depois ela nasceu (a filha). Daí eu acho que não completou um mês de tratamento, que pena! aí, ficou internado por dez dias, foi muito ruim. Teve que tomar aquela injeção, só sei que doía muito, aí entupia a veia. Teve que fazer tratamento na veia (E1)

No que tange ao tratamento da SG, constatou-se que a grande maioria das entrevistadas (11) referiu ter realizado o tratamento durante o PN, no entanto, esse foi considerado não adequado, ou, ocorreu reinfecção por meio do parceiro, não evitando a TV. Nota-se que apesar da boa adesão ao tratamento, tiveram seus esquemas de tratamento considerados inadequados. Resultados semelhantes evidenciam esquemas de tratamento da gestante inadequado, não realizados ou ignorados <sup>3, 15, 40</sup>. Considerando que o tratamento materno com benzilpenicilina benzatina, realizado adequadamente, é fundamental para evitar a SC, os achados evidenciam necessidade de melhorar o acompanhamento e monitoramento do tratamento da SG, seguimento pós tratamento, bem como adoção medidas de prevenção por parte das gestantes e parcerias, que podem ser conduzidas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).

Três das mães tiveram seu diagnóstico na hora do parto, e assim não realizaram o tratamento para sífilis durante o PN, realizando-o no momento do parto e completando durante o pós-parto.

Como descobri na maternidade, na hora do parto, o tratamento eu fiz no parto. Eles aplicaram uma injeção no parto." Foi uma penicilina, e, na verdade, e fiz dois tratamentos, né. Que eu fiz uma no parto, só que acho que eles não tinham descrevido, e depois tomei mais duas semanas de benzetacil. (E4)

Não fiz durante a gravidez. Então eu só realizei o tratamento depois que eu tive a bebê. Tomei aquelas três injeções. Inclusive, ela também foi tratada. Ela tinha uma "congênita."

Para Araújo <sup>8</sup> o diagnóstico de sífilis no momento do parto já não é mais oportuno e eficaz, capaz de evitar a TV. Todavia, estudos ressaltam a importância do diagnóstico nessa ocasião, pois apesar da perda de oportunidade de evitar a TV, existe a possibilidade de tratar o RN evitando a SC tardia e outras consequências graves da infecção como a neurosífilis. O diagnóstico materno no momento do parto proporciona a oportunidade do tratamento da mãe e do parceiro, evitando possivelmente novas intercorrências de SC <sup>8</sup>.

#### 3.4.2 Tratamento da parceria

Percebeu-se entre as falas das mães, que poucas parcerias realizaram o tratamento para sífilis, concomitante.

Sim, ele foi, bem certinho nos dias que tinha que tomar. Acho que deu uma semana de intervalo entre mim e o meu parceiro. Ele tomou o mesmo tanto que eu, acho que seis. (E10)

Ele foi preso. Daí ele fez lá dentro, ele fez lá no presídio o tratamento. A mãe dele comunicou, que ele “tava” (com sorologia reagente), e disse, que ele fez lá o tratamento, néh. Ele tomou as injeções também, não tenho certeza (E12)

De acordo com Brasil<sup>7</sup>, o tratamento dos parceiros sexuais não é considerado item epidemiológico para caracterizar casos de SC, porém é de extrema importância, pois quando o tratamento desses não é feito ou ocorre de maneira inadequada, aumentam as chances de reinfecção e a cadeia de transmissão da sífilis não é interrompida<sup>7</sup>. Assim, todas as parcerias devem ser testadas; quando o teste for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico<sup>5, 7</sup>

Entre as participantes, uma referiu que a parceria estava privada de liberdade, realizou o tratamento na penitenciária, porém não teve certeza da conclusão do tratamento. Outras referiram ausência e resistência da parceria para tratamento e cuidados de saúde, sendo possíveis causas de recontaminação da gestante e TV.

Segundo Soares e Aquino (2021), a ausência de tratamento de parcerias tem-se mostrado frequente ao longo dos anos, o que pode contribuir para a reinfecção da gestante e consequente infecção fetal. A resistência ao tratamento colabora desfavoravelmente para o controle da doença, o que pode ser confirmado, principalmente, pela mínima participação ao serviço de saúde pelo público masculino, que está relacionada a falta de conhecimento da doença, à vergonha de ficar exposto, falha no acolhimento, ausência de sintomas e no medo da medicação. Além disso, fatores relacionados à sua visão pessoal de gênero, seu papel como homem na sociedade, assim como o papel da sua parceria, atribuindo o fato de estar infectado a uma possível infidelidade. Em outros casos, o relacionamento do homem com a parceria nem sempre é bem estabelecido, o que incita desconfianças e dificulta na comunicação do diagnóstico e na adesão ao tratamento<sup>32</sup>.

### 3.5 EXPERIÊNCIAS SOBRE A TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Procurou-se explorar as ações e sentimentos das mães diante da SC. Como se sentiram e agiram ao descobrir a doença do filho, ao entender sobre a TV, e ao acompanhar os cuidados de saúde deste, no internamento. O tema derivou dois

subtemas: entendimento sobre a TV, sentimentos quanto a TV e percepções relacionadas ao tratamento do bebê.

### 3.5.1 Entendimento sobre a transmissão vertical

As mães demonstraram sentimentos de surpresa, medo, desequilíbrio emocional, desconhecimento da possibilidade de tratamento do filho e frustração por não ter impedido o sofrimento do filho.

Não entendia nada disso. Para mim, tinha encerrado tudo ali (tratamento), né. Não imaginava que ia dar alguma coisa para ela (bebê) assim. (E2)

Olha, eu não sabia como que funcionava assim. Não sabia que poderia passar pro meu filho, e que meu filho teria que “sofrer” por esses cuidados. (E5)

Sobre os conhecimentos acerca da TV, os resultados mostram que as participantes pouco conheciam dos riscos da sífilis à sua saúde e à de seu filho. Tal fato pode estar associado à baixa escolaridade, às barreiras no acesso aos serviços e às informações ineficientes de promoção da saúde. Estudos semelhantes confirmam a correlação entre menor escolaridade e baixa compreensão sobre os riscos da infecção, corroborando os achados deste estudo <sup>26, 40</sup>

Profissionais de saúde devidamente capacitados são considerados como protagonistas no enfrentamento da epidemia de SC. Porém, para uma adequada atuação, é preciso garantir o acolhimento das subjetividades e singularidades dos usuários, estratégias de aconselhamento e programas de educação em saúde.

Os resultados corroboram para a necessidade de intensificar atividades educativas com as gestantes durante o PN para melhorar o entendimento sobre sífilis, e outras práticas de prevenção de IST, necessitando de fortalecimento das equipes de APS. Há necessidade de planejamento de atividades multiprofissionais, sendo as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em parceria com os Núcleo Ampliados de Saúde da Família (NASF) e equipamentos sociais dos territórios, potentes aliados para o fortalecimento da educação e letramento em saúde de gestantes, parceria e rede de apoio.

### 3.5.2 Sentimentos sobre a transmissão vertical e internamento do bebê para tratamento da sífilis congênita

Ao perguntar às mães sobre a TV, emergiram em suas respostas sentimento de culpa pela transmissão da doença ao filho, tristeza, frustração e medo das consequências para a saúde do RN, que elas descreveram como uma experiência dolorosa. Muitas mães expressaram dor, compaixão e tristeza em relação ao sofrimento de seus filhos durante o tratamento para SC na maternidade.

Aí, eu fiquei muito triste, chateada, “me culpando né”, como se fosse. Na vontade de querer fazer para não prejudicar ela, a gente tentou fazer. Só que o organismo não gostou (E2)

Bem culpada, néh! Mesmo eu fazendo o meu tratamento, ela nasceu com a sífilis. Daí eu me senti culpada porque eu passei pra ela uma coisa, que eu nem sabia também que eu tinha pegado, né. Fiquei bem mal no começo. (E12)

Sofrido tadinho (expressão de decepção), porque ele teve que tomar na veia. Toda vez, que eu via um novo acesso na mão, eu chorava. Foi bem difícil, bem difícil, mas deu tudo certo ne! Querendo ou não, ali, não tinha o que fazer, eu tinha que ser forte por ele. Não podia deixar o leite secar, nem nada, tinha que ficar calma. Ele estava sendo bem cuidado! (E5)

Reações emocionais relatadas como tristeza, vergonha, culpa, preocupação quanto à TV foram relatadas pelas participantes do presente estudo, assim como também descritas em outros estudos <sup>8, 15, 29</sup>.

Para Araújo <sup>8</sup> a hospitalização de um filho por SC gera um sofrimento maior e uma experiência mais dolorosa devido ao fato de ser uma doença transmitida da mãe para o filho, portanto a mulher se sente culpada e fica se questionando sobre o que poderia ter feito para evitar, se responsabilizando pelo adoecimento do filho. A ocorrência da sífilis, assim como de outras IST, pode provocar impactos psicológicos e sociais na saúde das pessoas acometidas <sup>29</sup>. Isso reforça a necessidade de haver mais investimento para equipes multiprofissionais no campo da saúde, por exemplo, e da atuação de psicólogos, especialmente quando questões subjetivas interferem na adesão ao tratamento, ou geram sofrimento das pessoas envolvidas.

### 3.6 PERCEPÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA

Procurou-se extrair as percepções e sentimentos das participantes sobre a experiência vivenciada frente à SG e congênita. Esse tema resultou em um único

subtema, o qual foi a atribuição das mães sobre as lições apreendidas neste processo de vida.

### 3.6.1 Lições apreendidas

Após experienciarem a SG e SC as mães expressam sentimento de alívio e gratidão por seus filhos não terem nascido com alterações físicas. Também mencionaram a necessidade de receber melhores orientações sobre a sífilis durante o PN, para evitar que sejam “pegas de surpresa”, além de solicitar que o tema seja mais amplamente divulgado nas mídias sociais e na televisão, devido à sua gravidade. Outras referiram que a lição apreendida, trouxe mais consciência dos cuidados com sua saúde, enfatizando a importância da prevenção às IST.

Ela (filha) não nasceu com doença nenhuma, graças a Deus né, além disso, não causou efeito nenhum, nem nela, nem em mim. Pra mim ela é perfeita, pra mim ela não tem nada. (E4).

É assustadora (experiência), eu acho que vocês devem falar mais na televisão, postar mais poster por aí, porque o nome é muito banal, mas é muito sério, muito sério. O meu filho graças a Deus, não tem nada, mas, imagina você saber que o teu filho tem uma doença ou uma deficiência, por algo seu, que a gente não tem a noção da gravidade. É assustador! (E8)

Que isso (a sífilis), deveria ser falado, mais, para as mães. Eu fui pega de surpresa! Não sabia o que realmente estava acontecendo. Na escola, a gente teve ali, querendo ou não uma explicação, mas, não uma explicação “a dentro”. Não sabia que poderia passar pro meu filho, e que meu filho teria que “sofrer” por esses cuidados. Acho que seria bom se eles falassem no pré-natal mesmo. Não, só pra quem deu positivo, mas pra quem tá ali grávida, pode ser que não dê (positivo) mas pra ficar esperta. “Pra não ser pega de surpresa. (E5)

Eu acho, que era meio desleixada, eu não ia em postinho, não ia pra ver como que eu tava. Agora eu vou, nem tanto só por causa dela, mas, por mim. Eu procuro sempre fazer o preventivo, sempre procuro saber sobre a minha saúde. Porque antes, eu não queria saber. Agora tem que se cuidar né. Agora tenho um filho. Eu tenho que saber primeiro, como é que eu estou, pra não acontecer isso, que aconteceu comigo, foi um ensinamento na verdade pra mim. (E9)

Olha, tem tantas coisas que a gente pode evitar, vamos falar assim! E depois, que aconteceu tudo isso, dessa preocupação, tem que estar redobrando o cuidado, para outra pessoa não sofrer. No meu caso, foi ela (bebê) que sofreu. Eu sofri, mas o que ela sofreu, não chega nem perto. O tratamento para sífilis foi muito doído, mas necessário” (E2)

As mães vivenciaram a experiência e ressignificaram cada momento, desde a descoberta da doença até a alta do RN após o internamento, provocando mudanças de pensamento, comportamento e atitude.

Para Vicente <sup>15</sup> os sujeitos estão constantemente interagindo socialmente, decodificando as vivências e ressignificando suas experiências. Diante disso os aspectos cognitivos, subjetivos e culturais podem se constituir em desafios para a prevenção e o diagnóstico da sífilis, assim como para o enfrentamento da condição pelos acometidos. No cuidado centrado na pessoa, pela perspectiva da clínica ampliada, deve-se estimular comportamentos de promoção da saúde, de prevenção primária e secundária da sífilis, para que os usuários desenvolvam habilidades de autocuidado visando a autonomia necessária para a preservação e o reestabelecimento de sua saúde <sup>29</sup>.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados revelaram mulheres, em sua maioria jovens, com baixos níveis socioeconômicos e escolar, vivendo sem companheiro, que aderiram ao PN e tiveram o diagnóstico de sífilis tardiamente. As entrevistadas têm pouco conhecimento sobre a sífilis, suas formas de transmissão e prevenção. O baixo nível socioeconômico e grau de instrução podem influenciar no entendimento sobre a doença.

Diante da possibilidade de transmitir a sífilis a seus filhos, as mães aderem ao tratamento com a Benzilpenicilina benzatina, interpretando-o como forma de proteger o filho, prevenindo a TV. No entanto, elas desconhecem a doença, a necessidade de seguimento e acompanhamentos pós-tratamento e principalmente as formas de prevenção para evitar uma possível reinfecção. Diante de tal desconhecimento, evidenciam necessidade contínua de educação em saúde.

Embora a maioria das mães aderiram o PN, tiveram seus diagnósticos de forma tardia e tratamentos para SG de forma inadequada ou ausentes, fato, que corrobora para perda da oportunidade de se evitar a SC. A grande parte dos tratamentos inadequados resultou em desfechos de SC evidenciados no estudo, resultantes de falhas assistenciais que poderiam ser evitados através do efetivo manejo clínico das gestantes com sífilis. Essas falhas apontam para uma maior necessidade de investimentos em ações de educação permanente com profissionais da APS, qualificando-os para um melhor manejo clínico da infecção, necessidade de conhecimento e apropriação dos protocolos clínicos e políticas de saúde que regem a atenção às pessoas com sífilis e outras IST, orientadas pelo MS, além de fortalecer a importância de ações humanizadas na assistência ao PN.

As participantes expressaram sentimento de culpa pela TV ao filho, tristeza, frustração, medo das consequências para a saúde do RN e ressignificaram a experiência frente à SG e SC, provocando mudanças de pensamento, comportamento e atitudes com relação à saúde. O estudo possibilitou conhecer as experiências das mães, permitindo assim conhecer como cada uma as vivenciou e as interpretou, e, com isso, se oferecem subsídios para que os profissionais de saúde cuidem desse público de modo qualificado e ampliado.

Reflete-se assim a necessidade de qualificação de atendimento e assistência ao PN, melhorar o manejo clínico da sífilis pelas equipes de APS, e aumentar os investimentos em ações de prevenção de IST e educação em saúde com as gestantes, companheiros e rede de apoio.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Leal TLSL, Carneiro ES, Barroso ID, Sipaúba TS, Almeida KPV, Leal LG. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão. *REAC* 2020 Mar 26;8:e2936.
- 2- Dorneles JSU, Silva PHD, Araújo BCS, Almeida IC, Melo RAN, Almeida VC et al. O desafio da Sífilis Congênita no Brasil. *BJHR* 2023 Jan 26;6(1):2244–62.
- 3- Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev. bras. epidemiol.* 2016 Mar;19(1):63–74.
- 4- OMS [Internet]. *Casos de sífilis congênita somavam mais de 600 mil no mundo em 2016*. Brasil. 2016 [acessado 2024 Jan 16]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/82549-oms-casos-de-s%C3%ADfilis-cong%C3%AAnita-somavam-mais-de-600-mil-no-mundo-em-2016>
- 5- Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2021;30(spe1).
- 6- Soares, MAS, 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* 2021;37(7).
- 7- Brasil. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. 2022
- 8- Araújo MAL, Andrade, RFV, Bertoncini, PMRP. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2019 Jun;19(2):421-429.
- 9 - Brasil. *Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis*. 2021.
- 10 – Moro R, Martins W, Fabríz LA. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional nos municípios paranaense na fronteira entre o Brasil e o Paraguai. *Research, Society and Development*. 2022 Dec 20;11(17):e58111738733.
- 11 – Brasil [Internet]. *Boletim Epidemiológico de Sífilis* 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view.

12 - Curitiba [Internet]. *Boletim Epidemiológico 2023* [acessado 2024 Jun 14]. Disponível em: [https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/BOLETIM\\_EPIDEMOLOGICO\\_2023%201.pdf](https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/BOLETIM_EPIDEMOLOGICO_2023%201.pdf)

13- Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.

14- Liamputtong P. *Qualitative research methods*. 5th ed. S.L.: Oxford University Press; 2019.

15 - Vicente JB, Sanguino GZ, Riccioppo MRPL, Santos MR, Furtado MCC. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):e2022021

16 - Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qual*. 2017;5(7):1-12.

17 - Phillippi J, Lauderdale J. A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qual Health Res*. 2018 Apr 5;28(3):381–8.

18 - Liamputtong P. Qualitative Data analysis: Conceptual and Practical Considerations. *Health Promot J Austr*. 2009;20(2):133–9.

19 - Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Sep 16;19(6):349–57.

20 - Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de SG e congênita. *Cad. Saúde Pública* 2020;36(3).

21 - Wu M, Seel M, Britton S, Dean JA, Lazarou M, Safa H, Griffin P, Nourse C. Addressing the crisis of congenital syphilis: Key findings from an evaluation of the management of syphilis in pregnancy and the newborn in South-East Queensland. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2022 Feb;62(1):91-97.

22 - Torres, PMA, Reis, ARP, Santos, AST, Negrinho, NBS, Meneguetti, MG. Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis gestacional: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm*. 2022;75(6)e20210965.

23 - Silva JG, Gomes GC, Ribeiro JP, Nobre CMG, Nörberg PKO, Mota MS. SC no RN: repercussões para a mãe. *Rev. Enferm. UERJ*. 2019;27:e41031.

24- Bomfim VVBS, Bezerra MELM, Souza BTT, Alencar FAG, Barreto YMR, Oliveira ARN et al. A importância do pré-natal no diagnóstico e tratamento da SC. *REAS* 2021;13(7):e7969.

25 - Vidal IR, Mascarenhas FAN. Sífilis gestacional e congênita: relato de caso e revisão da literatura sobre suas possíveis causas e estratégias de enfrentamento no Brasil. *Braz. J. Develop*. 2020 Oct. 23;6(10):81136-49.

26- Pereira, AL, Silva LR, Palma LM, Moura LC, Moura MA. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. *Femina*. 2020;48(9):563-7.

27- Silva Soares, R. Prevalência e fatores de risco associados à sífilis na gravidez: revisão integrativa. *Revi. Científica Integrada*. 2023;6(1):e202302.

28 - Guanabara MAO. *Oportunidades perdidas na atenção primária para seguimento de crianças notificadas com sífilis congênita* [tese]. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 2021.

29 - Navega DA, Maia ACB. Conhecer (e) saber: relatos de pessoas curadas da sífilis. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2018 Jun 21;31(2).

- 30 - Felix VC, Teixeira SVB, Silva LR, Penna LHG, Barreto ACM, Pereira AL. Ambiente externo da mulher e sífilis congênita à luz da Teoria Da Conservação De Levine. *Rev. Enferm. UERJ* 2022;30(1):e64047.
- 31 - Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2013;18(5):1341-1351.
- 32 - Laurentino ACN, Ramos BA, Lira CS, Lessa IF, Taquette SR. Atenção à saúde dos parceiros sexuais de adolescentes com sífilis gestacional e seus filhos: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2024;29(5):e12162023.
- 33- Silva JN, Cabral JF, Nascimento VF, Lucietto GC, Oliveira CBC, Silva RA. Impactos do diagnóstico da infecção sexualmente transmissível na vida da mulher. *Enferm Foco* 2018;9(2):23-27.
- 34 - Costa NCCS. *Análise da representação social do processo saúde-doença da sífilis adquirida em mulheres em idade fértil* [dissertação]. Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas; 2018.
- 35 - Debert GG, Gregori MF. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Rev Bras Ci Soc* 2008;23(66).
- 36 - Moura SLO, Silva MAM, Moreira ACA, Freitas CASL, Pinheiro AKB. Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Esc Anna Nery* 2021;25(1):e20190325.
- 37 – Brasil [Internet] *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais*; 2022 [acessado 2024 Jan 19].
- 38 - Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016;32(6):e00082415.
- 39- Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2018;26:e3019.
- 40 - Paixao ES, Ferreira AJ, dos Santos IO, Rodrigues LC, Fiaccone R, et al. Mortality in children under 5 years of age with congenital syphilis in Brazil: A nationwide cohort study. *PLOS Medicine* 2023;20(4): e1004209.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da pesquisa mista foi: Qual o perfil materno-infantil e as percepções de mães diagnosticadas com SG, atendidas no CHC entre 2021 e 2023, cujos filhos foram diagnosticados com SC quanto ao processo de TV da sífilis, investigando suas visões, experiências, conhecimentos e sentimentos sobre os riscos, formas de transmissão, prevenção, tratamento da SG, e possíveis sequelas da SC.

As características sociodemográficas observadas entre as mães incluíram cor branca, juventude, baixa renda e escolaridade, além da ausência de atividade remunerada. Essas mulheres enfrentam condições econômicas desfavoráveis e vulnerabilidade social, o que as torna mais suscetíveis à sífilis e outras IST. Também foram identificadas vulnerabilidades sociais relacionadas ao diagnóstico de sífilis,

como histórico de situação de rua, uso de tabaco, álcool e outras drogas, além de infecções por outras IST concomitantes. Essas mulheres também enfrentam desafios significativos decorrentes de preconceitos, dinâmicas de gênero e desigualdades nas relações.

É crucial incluir ações de saúde para a prevenção da violência e o combate ao uso de tabaco, álcool e outras substâncias que afetam sua saúde e bem-estar. Para isso, são necessárias ações articuladas intersociais e interdisciplinares que potencializem o cuidado em saúde dessas mulheres. Além de uma abordagem centrada na pessoa, fundamentada na promoção dos direitos humanos e na equidade de gênero, deve-se garantir um cuidado integral que considere não apenas a gestação, mas também intervenções ao longo de toda a vida da mulher.

Embora a maioria das mães tenha realizado o pré-natal, tiveram seus diagnósticos de forma tardia e tratamentos para SG de forma inadequada ou ausente, fato, que corrobora para perda da oportunidade de se evitar a SC. A grande parte dos tratamentos inadequados resultou em desfechos de SC evidenciados no estudo, resultantes de falhas assistenciais que poderiam ser evitados através do efetivo manejo clínico das gestantes com sífilis. Essas falhas apontam para uma maior necessidade de investimentos em ações de educação permanente com profissionais da APS, qualificando-os para um melhor manejo clínico da infecção, necessidade de conhecimento e apropriação dos protocolos clínicos e políticas de saúde que regem a atenção às pessoas com sífilis e outras IST, orientadas pelo MS, além de fortalecer a importância de ações humanizadas na assistência ao PN.

Muitos tratamentos para SG considerados inadequados, poderiam ser evitados com o efetivo registro dos tratamentos e dos exames de controle nos prontuários e/ou na carteira da gestante. É essencial aprimorar tanto a quantidade quanto a qualidade desses registros realizados pelos profissionais de saúde, pois essas informações são fundamentais para monitorar a eficácia do tratamento no acompanhamento pós-tratamento, para assim avaliar a adequação do tratamento da SG. Com intuito de promover essa melhoria, é importante sensibilizar e conscientizar os profissionais sobre a relevância dos registros, o que pode ser abordado em programas de capacitação e educação permanente. Em Curitiba, a estratégia de tutoria da sífilis pode ser amplamente utilizada para potencializar a formação contínua dos profissionais de atenção primária, a fim de melhorar o manejo clínico da SG e fortalecimento de ações no pré-natal.

A baixa adesão ao tratamento de parcerias das gestantes pode ter impactado de maneira significativa a possibilidade de reinfecção e a transmissão vertical da sífilis. Mesmo tendo recebido tratamento durante a gestação, as mães apresentaram soroconversão durante o acompanhamento pós-tratamento. Esses dados alertam aos profissionais da APS para a importância de implementar ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento, além de promover iniciativas de educação e prevenção direcionadas a esse público. É crucial fomentar a corresponsabilidade das parcerias na interrupção da cadeia de transmissão e cura da doença.

As entrevistas com as mães revelaram que as gestantes possuem pouco conhecimento sobre a sífilis, incluindo a falta de entendimento sobre o risco de transmitir a doença aos seus filhos. Embora as mães tenham realizado o tratamento com penicilina, acreditando que isso seria a proteção da transmissão vertical, elas desconhecem a doença, seus riscos, formas de transmissão e prevenção, além de não considerarem a importância do acompanhamento pós-tratamento e das medidas de prevenção a novas IST.

Essa falta de conhecimento pode estar associada a condições socioeconômicas desfavoráveis e à baixa escolaridade das mães, enfatizando a necessidade de minimizar essas vulnerabilidades. Para isso, é crucial articular ações com outros setores sociais e intensificar os investimentos em educação em saúde, aprimorando o conhecimento em saúde das gestantes, parcerias e rede de apoio.

As participantes expressaram sentimento de culpa pela TV ao filho, tristeza, frustração, medo das consequências para a saúde do RN e ressignificaram a experiência frente à SG e SC, provocando mudanças de pensamento, comportamento e atitudes com relação à saúde. O estudo possibilitou conhecer as experiências das mães, permitindo assim compreender como cada uma as vivenciou e as interpretou, e, com isso, se oferecem subsídios para que os profissionais de saúde cuidem desse público de modo qualificado e ampliado.

Os resultados apontam para necessidade de aumentar os investimentos em ações de educação e prevenção, assim como em testagem e diagnóstico precoce na população geral. Isso é essencial para garantir que o diagnóstico e tratamento da sífilis ocorram antes da gestação. Dessa forma, quando as mulheres engravidarem, seus RN não estarão expostos à sífilis, reduzindo o risco de TV e, conseqüentemente, mortes fetais, prematuridade, mortalidade infantil e custos públicos associados a internações, tratamentos e exames relacionados à SC.

Entre as contribuições do estudo, destacam-se a necessidade de qualificação de atendimento e assistência ao pré-natal, melhorar o manejo clínico da sífilis pelas equipes de APS, e aumentar os investimentos em ações de prevenção de IST e educação em saúde com as gestantes, companheiros e rede de apoio.

Uma limitação do estudo foi a presença de dados incompletos nos prontuários, o que comprometeu a elaboração de um perfil socioeconômico mais preciso. Além disso, as participantes forneceram informações limitadas devido ao esquecimento de alguns eventos. A coleta de dados ocorreu em apenas um serviço e em um período restrito, aos últimos três anos, o que impossibilitou a comparabilidade dos dados.

Faz-se necessários estudos futuros de intervenção para avaliar o nível de conhecimento adquirido pelas gestantes sobre sífilis e SC e pelos profissionais da saúde sobre qualidade da assistência às gestantes com sífilis.

## REFERÊNCIAS

ARANDIA, J. C.; ABRANTES PEREIRA LEITE, J. C. R. de. Sífilis na gestação e fatores que dificultam o tratamento na Atenção Primária: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 23, n.1, e11557, 2023.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 411-419, 2019.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Fatores associados à prematuridade em casos notificados de sífilis congênita. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 28, 2021.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 81, p. 111-126, 2006.

BIROLI, F.; VAGGIONE, J.M.; MACHADO, M. das D.C. **Gênero, neoconservadurismo e democracia: disputas e retrocessos na América Latina**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

BRASIL. DATASUS. Disponível em: [tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm). Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Técnica nº 14/2023-DATHI/SVSA/MS. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes**. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: [pcdt-ist-2022\\_isbn \(4\).pdf](#). Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view> Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed\\_rev\\_atual.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf). Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022d. Disponível em: [pcdt\\_tv\\_internet\\_13.06.22 \(2\) \(1\).pdf](#). Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.13/2022-SAPS/MS**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. Brasília, 2022e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fluxogramas para Manejo Clínico para Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. MS. Brasília- DF, 2021. Brasília, DF, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Resposta rápida à sífilis**: uma análise situacional da estratégia de apoio institucional. Boletim Epidemiológico, Sífilis, v. 51, n. 42, p. 17, 2020a. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_42.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim_epidemiologico_svs_42.pdf/view). Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113\\_pcdt\\_para\\_ptv\\_hiv\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf). Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

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**. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/ MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.** Brasília, DF: MS, 2017b. p. 6. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Nota\\_Informativa\\_Sifilis.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Nota_Informativa_Sifilis.pdf). Acesso em: 07 jan. 2024.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CARVALHO, C. O. de *et al.* A comunicação interna em um hospital universitário federal da rede EBSEH: otimizando o processo usando aprendizado de máquina. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 10, n. 3, p. 25, 2021.

CAVALCANTE, P. A. de M.; PEREIRA, R. B. de L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 255-264, 2017.

COSTA, N. C. C. S. **Análise da representação social do processo saúde-doença da sífilis adquirida em mulheres em idade fértil.** 2018. 67 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Amazonas - Universidade do Estado do Pará, Manaus, 2018.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Protocolo Mãe Curitibana Vale a Vida - Pré-natal e puerpério na Atenção Primária. Versão 2024.** Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/protocolo-mae-curitibana.html>. Acesso em: 01 out. 2024.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Protocolo Mãe Curitibana Vale a Vida - Pré-natal e puerpério na Atenção Primária. Versão 2023.** Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/protocolo-mae-curitibana.html>. Acesso em: 07 jan. 2023.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Boletim Epidemiológico AIDS/HIV**, 2022. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Boletim%20HIV.AIDS.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Protocolo Mãe Curitibana Vale a Vida - Pré-natal e puerpério na Atenção Primária. Versão 2021.** Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/protocolo-mae-curitibana.html>. Acesso em: 07 fev. 2022.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Nota Técnica CE Nº 01/2017 de 21/11/2017. Dispõe sobre atualização de sífilis.** Curitiba, PR, 2017.

DEJONCKHEERE, M.; VAUGHN, L. M. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. **Family medicine and community health**, v. 7, n. 2, 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 1341-1351, 2013.

DOMINGUES, C. S. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020597, 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00082415, 2016.

DORNELES, J.S.U. *et al.* O desafio da Sífilis Congênita no Brasil. **BJHR**, v. 26, n. 6, p. 2244-62, 2023.

FELIX, V. C. **Mulheres que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com o parceiro íntimo: perspectiva à luz do ambiente da teoria de Levine.** 2021. Dissertação de Mestrado.

FELIX, V. C. *et al.* Ambiente externo da mulher e sífilis congênita à luz da Teoria da Conservação de Levine. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, n. 1, p. 64047, 2022.

FELIPE, C. N. *et al.* Puérperas de sífilis congênita de uma maternidade de Cabo Frio-RJ: levantamento do perfil epidemiológico. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 255, p. 3105-3110, 2019.

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

GUANABARA, M. A. O. **Oportunidades perdidas na atenção primária para seguimento de crianças notificadas com sífilis congênita.** 2021. 77 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2021.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LAIS. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (LAIS/UFRN). **Sífilis adquirida cresce 31,8% e acentua epidemia silenciosa no Brasil**, 2019. Disponível em : <https://lais.huol.ufrn.br/sifilis-adquirida-cresce-318-e-acentua-epidemiasilenciosanobrasil/#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20mais,adquirida%20e%20em%20gestantes%20notificados>. Acesso em: 26 jan. 2023.

LARA, L. L. P. *et al.* Análise do perfil epidemiológico da Sífilis em gestantes utilizando sistemas de informação em saúde do DATASUS. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 101881, 2022.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, v. 340, p. 1990, 1999.

LEAL, T. L. S. L. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 8, p. e2936-e2936, 2020.

LIAMPUTTONG, P. Qualitative data analysis: conceptual and practical considerations. **Health promotion journal of Australia**, v. 20, n. 2, p. 133-139, 2009.

LIAMPUTTONG, P. **Qualitative research methods**. Melbourne: Oxford University Press, 2013.

LIMA, I. S. S. *et al.* Sífilis congênita: obstáculos enfrentados no tratamento e na prevenção de novos casos. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 41, p. e9526, 2022.

LUCAS, M. C. V. *et al.* A experiência de apoio institucional no projeto de resposta rápida ao enfrentamento da sífilis nas redes de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, p. 17-17, 2019.

MACÊDO, V. C. de *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518-528, 2020.

MARECO, T.C.de S. O papel dos comitês de investigação da transmissão vertical de sífilis no Brasil: potencialidades, vulnerabilidades e perspectivas culturais. 2022. 320f. Tese (Doutorado em Relações Interculturais) – Universidade Aberta, Portugal, 2022.

MASCARENHAS, L. E. F.; ARAÚJO, M. dos S. S.; GRAMACHO, R. de C. C. V. Desafios no tratamento da sífilis gestacional. 2016. 11 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brotas, 2016.

MELO, M. A. de S. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 71, 2018.

MESQUITA, A.L.M. **Vulnerabilidade de mulheres com filhos diagnosticados com sífilis congênita**. 2021. 111 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2021.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade (Org.). Vozes, 2009.

MOREIRA, D. Epidemiologia da sífilis congênita e materna em um hospital público do município de Carapicuíba–SP. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 200-214, 2019.

MORO, R.; MARTINS, W.; FABRIZ, L.A. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional nos municípios paranaense na fronteira entre o Brasil e o Paraguai. **Research, Society and Development**, v. 20, n. 11 (17), p. e58111738733, 2022.

MOURA, M. V. de *et al.* Diagnóstico do cenário da sífilis no Brasil: uma análise documental e de estudos científicos para fundamentar a construção de um desenho didático e um curso online massivo no ambiente virtual de aprendizagem do sistema único de saúde (AVASUS). **Revista Foco**, v. 16, n. 10, p. e3351-e3351, 2023.

MOURA, S. L. O. *et al.* Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20190325, 2021.

MOZER, B. de A. P. **Exposição à sífilis na gestação e suas consequências perinatais e no neurodesenvolvimento infantil**. 2021. Tese de Doutorado.

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. 164-174, 2019.

NAZARETH, I. V. *et al.* Itinerário terapêutico de mulheres com sífilis: do (des) conhecimento até as escolhas para o cuidado com a saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 11, p. e57091110115-e57091110115, 2020.

NOGUEIRA, W. P. *et al.* Sífilis em comunidades ribeirinhas: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022.

OLIVEIRA, I. E. de G. *et al.* As complicações da Sífilis Congênita no Brasil: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 6, p. 21102-21112, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Casos de sífilis congênita somavam mais de 600 mil no mundo em 2016**. 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/82549-oms-casos-de-s%C3%ADfilis-cong%C3%AAnita-somavam-mais-de-600-mil-no-mundo-em-2016>. Acesso em: 16 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 dez. 2023.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R. de; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3019, 2018.

FILHO, L.de P.V. de *et al.* Dificuldades na abordagem e manejo da sífilis na gestação. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 11163-11179, 2020.

PAIXÃO, E.S. *et al.* Mortality in children under 5 years of age with congenital syphilis in Brazil: A nationwide cohort study. **PLOS Medicine**, v. 20, n. 4, e1004209, 2023.

PEREIRA, A. L. *et al.* Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. **Femina**, v. 48, n. 9, p. 563-70, 2020.

PHILLIPPI, J.; LAUDERDALE, J. A guide to field notes for qualitative research: Context and conversation. **Qualitative health research**, v. 28, n. 3, p. 381-388, 2018.

R Core Team (2023). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 31 jan. 2024.

RAMOS, R. de S. P. da S. *et al.* Incidência de sífilis congênita segundo as desigualdades na condição de vida no município de Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 785-794, 2021.

RIGO, F. L. *et al.* Assistência e fatores educacionais associados a sífilis congênita em uma maternidade referência: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 127-137, 2021.

RITT, C.F.; RITT, E. **Violência doméstica contra as mulheres**: uma necessária reflexão sobre suas causas e efeitos, bem como as formas de seu enfrentamento. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2020.

RODRIGUES, D. M. Aplicação do teste rápido para IST/AIDS como diagnóstico preliminar da clientela demandada para o desenvolvimento de campanhas educativas nas ações de orientação, controle e combate às infecções sexualmente transmissíveis na estratégia de saúde da família do bairro do Tenoné/Belém/PA. 2017. 10 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SANTOS, T. M. V. Percepção de gestantes acerca do impacto da sífilis na gestação. 2018. 55f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2018.

SANTOS, A. da S.; ALVES, C. N.; FONTENELE, R. M. Estratégias de adesão ao tratamento para sífilis em gestante utilizadas pelo enfermeiro da atenção básica. **RECIMA21- Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, p. e26430-e26430, 2021.

SARACENI, Valeria *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista panamericana de salud pública**, v. 41, p. e44, 2017.

SILVA, T. G. M. da. **Itinerário terapêutico de gestantes com sífilis em busca de cuidado: elementos para delineamento de uma linha de cuidado**. 2023. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SILVA, J. C. B. Sífilis: índices epidemiológicos e controle em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, durante a pandemia pelo COVID-19. **Revista Brasileira de Biomedicina**, v. 1, n. 1, 2021.

SILVA, F. M. G. da *et al.* Sífilis gestacional: dificuldade na adesão ao tratamento na perspectiva do profissional de enfermagem. **Brazilian Journal of Production Engineering**, v. 9, n. 3, p. 161-174, 2023.

SILVA, G. M. da *et al.* Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. **Enfermería Global**, v. 19, n. 57, p. 107-150, 2020.

SILVA, J. G. da *et al.* Sífilis congênita no recém-nascido: repercussões para a mãe. **Revista Enfermagem UERJ**, p. e41031-e41031, 2019.

SILVA, D. M. A. da *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 278-285, 2014.

SOARES, R.S. Prevalência e fatores de risco associados à sífilis na gravidez: revisão integrativa. **Revista Científica Integrada**, v. 6, n. 1, p. e202302, 2023.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00209520, 2021.

TENÓRIO, L. V. *et al.* Fatores que dificultam o diagnóstico precoce da sífilis na gestação. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e377997225, 2020.

TOMASI, Y. T. *et al.* Desigualdades socioeconômicas frente às oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: estudo do estado de Santa Catarina. 2021.

TORRES, P. M. A. *et al.* Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis na gestação: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

VICENTE, J. B. *et al.* Sífilis gestacional e congênita: experiência de mulheres na ótica do Interacionismo Simbólico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, 2022.

VICENTE, J. B. **Sífilis congênita: experiência de mães de crianças no cuidado em saúde**. 2019. 137 f. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

VIDAL, I.R.; MASCARENHAS, F.A.N. Sífilis gestacional e congênita: relato de caso e revisão da literatura sobre suas possíveis causas e estratégias de enfrentamento no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 81136-49, 2020.

VIEIRA, S. *et al.* **Criação de aplicativo sobre sífilis para enfermeiros(as)**. 10.22491/978-65-84884-37-3/cap1. 2024.

WHO (World Health Organization). **Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>. Acesso em: 19 jan. 2022.

WU, M. *et al.* Addressing the crisis of congenital syphilis: Key findings from an evaluation of the management of syphilis in pregnancy and the newborn in South-East Queensland. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 62, n. 1, p. 91-97, 2022.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Data:	Nº do cadastro/prontuário no serviço:
<b>1-CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA MÃE</b>	
Iniciais do Nome:	
Estado civil: ( ) solteira ( ) casada/ união estável/ amasiada ( ) divorciada/separada ( ) viúva ( ) não informado	
Raça/Cor: ( ) branca ( ) preta ( ) amarela ( ) parda ( ) indígena	
Ocupação:	
Escolaridade:	
Idade Materna:	
Renda familiar (em reais):	
Endereço:	
Cidade:	
Telefone:	
Unidade de Saúde / Distrito Sanitário de Saúde de residência:	
Uso anterior de álcool ou outras drogas: ( ) sim ( ) não . Qual?	
Uso atual de álcool ou outras drogas: ( ) sim ( ) não . Qual?	
Parceiro usa álcool ou outras drogas: ( ) sim ( ) não . Qual?	
<b>2-DADOS DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL (PN) E PARTO DA MÃE E PRÉ-NATAL DO PARCEIRO</b>	
Fez pré-natal? ( ) si. Onde? ( ) não Motivo: Quantas consultas:	
Município do PN:	
Número de exames VDRL realizados durante a gestação:	
Triagem para sífilis na admissão para o parto: ( ) sim ( ) não	
Tipo de parto: ( ) normal ( ) cesárea ( ) não informado	
VDRL materno no parto:	
Local do parto: ( ) Hospital. Qual? ( ) Outro. Qual? ( ) Não informado	
Em que momento descobriu a sífilis: ( ) Primeiro trimestre de Gestação ( ) Segundo trimestre de Gestação ( ) Terceiro trimestre de Gestação ( ) admissão para parto. Outro ( ) Especifique:	
Tratamento: ( ) adequado ( ) inadequado ( ) não tratada	
Coinfecções maternas: ( ) sim ( ) não. Quais	
Pré-natal do parceiro: HIV ( ) sim ( ) não Resultado: Sífilis ( ) sim ( ) não Resultado: Hepatite B ( ) sim ( ) não Resultado: Hepatite C ( ) sim ( ) não Resultado: Realizou tratamento: ( ) sim ( ) não Especifique:	
<b>3-DADOS RELATIVOS A CRIANÇA AO NASCIMENTO</b>	
Iniciais do Nome:	
Data do nascimento:	
Local do nascimento:	
Sexo: F ( ) M ( )	
Idade gestacional: ( ) prematuro (<37 semanas) ( ) a termo ( 37 a 42 sem.) ( ) pós-termo ( > 42 sem.) ( ) não informado.	

Peso ao nascimento: Estatura: Apgar 1º ( ) 5º( )
Exames realizados na maternidade: ( ) VDRL ( ) Hemograma ( ) Líquor ( ) raio- x de ossos longos.
VDRL - Sangue Periférico:
VDRL – Líquor:
Alteração líquórica ( ) sim ( ) não ( ) não realizado ( ) ignorado
Intercorrências ao nascimento não relacionadas com a sífilis congênita: ( ) sim ( ) não ( ) não informado Quais:
Diagnóstico Clínico ( ) Assintomático ( ) Sintomático ( ) não se aplica ( ) ignorado
Sinal/ Sintomas da sífilis congênita ( ) sim ( ) não . Quais:
Houve prolongamento da internação devido ao tratamento da sífilis congênita: ( )sim ( ) não Tempo de internação:

## APÊNDICE B - GUIA DE ENTREVISTA

### ROTEIRO DE COLETA DE DADOS- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### Caracterização da respondente

Entrevista nº:	Data e Horário:
Nome da Mãe (iniciais):	Nome fictício:
Nome da Criança (iniciais):	
Cidade:	
Telefone:	
Idade:	
Unidade de Saúde a que pertence:	

#### Questão Norteadora

“Conte-me sobre a sua experiência relacionada ao tratamento de sífilis na gestação.”

Tópicos para serem abordados durante a entrevista;

#### **Bloco 1 – Descobrir-se com Sífilis e tratamento.**

- Como você descobriu que estava com sífilis?
- Quando você se descobriu com sífilis?
- Você tinha conhecimento do que é a sífilis?
- Você conhecia as formas de transmissão da sífilis?
- Você recebeu em algum lugar orientações sobre a sífilis? Se sim, quem deu as orientações?
- Se descobrir com sífilis causou alguma mudança na sua relação com seu parceiro sexual?
- Ocorreram mudanças na convivência familiar após a descoberta da sífilis?
- A infecção da sífilis foi tratada durante a gestação? Se sim, ir para o bloco 2. Se não, ir para o bloco 3.

#### **Bloco 2 – Para as mães que aderiram ao tratamento da sífilis no pré-natal.**

- Em relação ao tratamento, qual foi a medicação que foi indicada para você? (para saber se a mãe sabe o remédio que tomou).
- Você seguiu as orientações do tratamento? Se sim, como se deu o processo de “adesão” ao tratamento; Se não, foi por algum motivo?
- O que você apontaria como ponto positivo no serviço de saúde que você realizou o tratamento?
- Teve algum ponto negativo relacionado ao serviço de saúde onde você realizou o tratamento?
- Em relação ao medicamento, você encontrou alguma dificuldade durante o tratamento da sífilis na sua gestação? Se sim, quais?

- Sua parceria realizou o tratamento para sífilis? Se sim, pode me contar como foi? Se não, sabe me dizer por que ele não realizou o tratamento?
- Depois que você realizou o tratamento da sífilis, você fez novos exames para saber se o tratamento foi bem-sucedido? Se sim, pode me contar como foi o acompanhamento realizado pelo serviço de saúde? Se não, pode me contar os motivos?

### **Bloco 3- Mãe que “NÃO” realizaram o tratamento para sífilis gestacional**

- Você realizou o acompanhamento da sua gravidez em algum serviço de saúde? Se não, segue com a próxima pergunta.
- Por que você não realizou o acompanhamento da gravidez em algum serviço de saúde?
- Porque você não realizou o tratamento para sífilis na gravidez?
- Você recebeu informações durante sua gravidez que poderia ser importante o tratamento para sífilis?
- Você sabia que a sífilis poderia ser transmitida ao bebê?
- Você realizou tratamento para sífilis após o nascimento de seu bebê?

### **Bloco 4 – Sobre o bebê**

- Você entendia que a sífilis poderia ser transmitida para o seu filho?
- Como você se sente com a transmissão da sífilis para seu filho?
- Conte-me como foi o tratamento da Sífilis no seu bebê logo depois que ele nasceu (período de internação do RN)?
- Há algo mais que gostaria de comentar sobre sua experiência?

## APÊNDICE C - CONVITE PARA PESQUISA



**Convite**

**Participe conosco da pesquisa**

**ANÁLISE DOS FATORES QUE LEVAM À INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO**

**PODEM PARTICIPAR:**

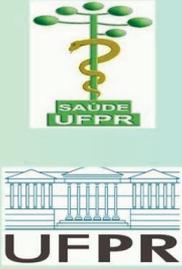
- Mães de bebês que realizaram tratamento para sífilis na gestação e que seus bebês fazem acompanhamento no Serviço de Infectologia Pediátrica ou estejam sob os cuidados da Unidade Saúde da Mulher- Setor Materno Infantil do HC.
- Ter idade igual ou maior que 18 anos
- Morar em Curitiba

**COMO PARTICIPAR?**

Entre em contato com a pesquisadora: **Juliana Gaioski**

(41)99108- 9168

[julianagaioski@gmail.com](mailto:julianagaioski@gmail.com)


## APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Silvia Emiko Shimakura, Juliana Christina Gaioski, Marcos Claudio Signorelli, (professor/orientador/aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal e professor) pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a Senhora “mães que tiveram filhos com diagnóstico de sífilis congênita entre os anos de 2021 e 2023” a participar de um estudo intitulado “Análise dos fatores que levam à perda do seguimento do tratamento da sífilis na gestação: percepções de parturientes que tiveram recém-natos com diagnóstico de sífilis congênita”.

O objetivo desta pesquisa é compreender os fatores que fazem com que as gestantes não continuem ou não realizem tratamentos adequados para sífilis durante o pré-natal. Caso a Senhora aceite participar da pesquisa, será necessário responder uma entrevista semiestruturada. Para tanto, a entrevista será agendada de maneira a conciliar com a mesma data da reconsulta do seu bebê na Unidade de Pediatria/ Serviço de Infectologia Pediátrica do Complexo do Hospital de Clínicas, em horário a combinar com a Senhora. Caso a senhora esteja acompanhando o RN na Unidade Saúde da Mulher- Setor Materno Infantil (Alojamento Conjunto), será agendado a entrevista, neste local, em data e horário a combinar, de modo que a mesma, seja realizada durante o período de internamento do RN no serviço, que geralmente são 10 dias, ou na data da reconsulta do RN no ambulatório de infectologia pediátrica, com horário a combinar. Será realizada em sala reservada deste serviço, e terá duração de aproximadamente 30 minutos.

É possível que a Senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado à risco de constrangimento diante de perguntas que não sabe responder; Medo de constrangimento diante de perguntas que envolvam seu estado de saúde; Medo de divulgação/publicização sobre estado de saúde e doença; Medo de punição por respostas negativas; e medo de que o entrevistador possa interferir negativamente na situação de cobertura, vinculação e/ou trajetória assistencial diante de críticas.

Para minimização dos riscos, os pesquisadores se comprometem com o sigilo do estado de saúde e doenças, respostas à entrevista e com o anonimato das participantes. Mesmo criando-se um clima amistoso, com o estabelecimento de vínculo e confiança entre pesquisador e participante, serão utilizados procedimentos para estabelecimento de distância física e psicológica. Será adotada uma linguagem e postura de não-julgamento e de empatia dos pesquisadores, para evitar quaisquer constrangimentos ou sentimento de culpa. A importância de resposta a todas as perguntas será enfatizada, porém a senhora estará livre para abster-se de responder quaisquer perguntas que possam lhe causar desconforto.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: oportunidade do acolhimento e de escuta sobre os fatores que fazem com que as gestantes não continuem ou não realizem tratamentos adequados para sífilis durante o pré-natal; oportunidade de acolhimento e de escuta sobre situações vivenciadas com o diagnóstico, tratamento e acompanhamento das gestantes com sífilis, embora nem sempre a Senhora seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores Silvia Emiko Shimakura, Marcos Claudio Signorelli e Juliana Christina Gaioski, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para

esclarecer eventuais dúvidas que a Senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo pelos e-mails: [silvia.shimakura@ufpr.br](mailto:silvia.shimakura@ufpr.br), [signore@ufpr.br](mailto:signore@ufpr.br), [julianagaioski@hotmail.com](mailto:julianagaioski@hotmail.com) e telefones: (41) 98463-4921 (41) 99153-8166, (41) 99108-9168 em horário comercial das 08:00 horas às 17:00 horas. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 99108-9168, número de telefone disponível nas 24 horas, com acesso direto com o pesquisador envolvido. Se a Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 16:30 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se a Senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está garantido e não será interrompido caso a Senhora desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisadores e orientador). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido através dos áudios gravados na entrevista será utilizado unicamente para esta pesquisa e os dados da pesquisa em arquivo físico ou digital serão mantidos sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e a Senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários

que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

---

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

---

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

---

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba,

## ANEXO 1 - TMO DE CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS



### CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezado Coordenador

Declaramos que nós, da Unidade de Pediatria, Serviço de Infecção Pediátrica, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa intitulado "Análise dos fatores que levam à perda do seguimento do tratamento da sífilis na gestação: percepções de parturientes que tiveram recém-natos com diagnóstico de sífilis congênita.", sob a responsabilidade de Sílvia Emiko Shimakura, nas nossas dependências.

Este projeto de pesquisa somente poderá ser iniciado após a sua aprovação pelo CEP/CHC/UFPR/EBSEERH.

Estamos cientes de que os participantes da casuística serão mães que tiveram bebês com diagnóstico de sífilis congênita (SC) nos anos de 2021 e 2022, através de dados secundários extraídos dos prontuários de crianças diagnosticadas com SC, entre os anos 2021 e 2022 a fim de coletar os dados das mães que tiveram sífilis na gestação nesse período. Também serão coletados os dados auto referidos pelas próprias participantes, as mães que tiveram filhos com SC, cujo filhos estão sendo atendidos no Serviço de Infecção Pediátrica do HC-UFPR-EBSEERH, que serão obtidos através de coleta primária por meio de entrevista semiestruturada, bem como de que a Pesquisa deve seguir as determinações da Resolução CNS nº 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Curitiba,

Laressa Manfio Monteiro  
Chefe da Unidade da Criança e Adolescente (UCA)

Tony Tannous Tahan  
Chefe do Serviço de Infecção Pediátrica do Complexo Hospital de Clínicas

## ANEXO 2 - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO)



### SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO)

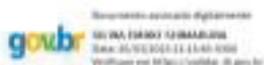
Eu, **Sílvia Emiko Shimakura**, responsável pela pesquisa intitulada **Análise dos fatores que levam à perda do seguimento do tratamento da sífilis na gestação: percepções de parturientes que tiveram recém-natos com diagnóstico de sífilis congênita** considerando a Resolução do CNS 466/2012 venho por meio deste termo solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa do CHC/UFPR-Ebserh, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, conforme justificativa abaixo exposta:

Trata-se de estudo retrospectivo, que contempla o uso de informações disponíveis em prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição e em muitos dos casos, os pacientes foram atendidos há muito tempo, não há mais continuidade de tratamento; ou os pacientes já obtiveram alta dos acompanhamentos/tratamentos que vinham realizando na instituição.

O pesquisador principal e os demais integrantes da equipe de pesquisa se comprometem que: os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes; serão utilizados os dados provenientes desta pesquisa, apenas para os fins descritos e que cumprirá todas as diretrizes previstas na **Carta Circular n.º. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS**, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Data: 20/ 03 / 2023



Sílvia Emiko Shimakura – pesquisador principal – assinatura

Rua General Carneiro 181 - Telefone: (041) 3360-1041  
CEP 80.060-900 Curitiba/PR - [www.hc.ufpr.br](http://www.hc.ufpr.br)  
Comitê de Ética em Pesquisa - [cep@hc.ufpr.br](mailto:cep@hc.ufpr.br)

## ANEXO 3 - TERMO DE CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS 2



### CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezado Coordenador

Declaramos que nós, da Unidade Saúde da Mulher, Setor Materno Infantil, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa intitulado “**Análise dos fatores que levam à perda do seguimento do tratamento da sífilis na gestação: percepções de parturientes que tiveram recém-natos com diagnóstico de sífilis congênita**”, sob a responsabilidade de Silvia Emiko Shimakura, nas nossas dependências.

Este projeto de pesquisa somente poderá ser iniciado após a sua aprovação pelo CEP/CHC/UFPR/EBSEERH. Estamos cientes de que os participantes da casuística serão mães que tiveram sífilis na gestação e seus recém-natos foram diagnosticados com sífilis congênita entre os anos de 2021 e 2023, estas, residentes em Curitiba entre os anos de 2021 e 2023 e idade acima de 18 anos, cujo os filhos estão sendo atendidos, ou sob cuidado desta equipe no alojamento conjunto do CHC-UFPR-EBSEERH. Serão coletados dados autorreferidos pelas próprias participantes, que serão obtidos através de coleta primária, por meio de entrevista semiestruturada; bem como de que a Pesquisa deve seguir as determinações da Resolução CNS nº 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Curitiba, 31 de agosto de 2023

Leticia Bettega Costa  
Chefe Unidade Saúde da Mulher  
CHC-UFPR/EBSEERH MAT. 2419941  
COREN-PR 233.679

Chefe da Unidade Saúde da Mulher  
(Nome por Extenso/Assinatura)

  
Débora C. P. Zatoni  
Chefe Setor Materno Infantil e  
Saúde da Mulher  
CHC - UFPR / EBSEERH  
COREN-PR: 164.977 Mat. 1435780

Chefe do Setor Materno Infantil  
(Nome por Extenso/Assinatura)

Débora C. P. Zatoni  
Chefe Setor Materno Infantil e  
Saúde da Mulher  
CHC - UFPR / EBSEERH  
COREN-PR: 164.977 Mat. 1435780

Rua General Carneiro 181 - Telefone (041) 3360-1041  
CEP 80.060-900 Curitiba/PR – [www.hc.ufpr.br](http://www.hc.ufpr.br)  
Comitê de Ética em Pesquisa: [cep@hc.ufpr.br](mailto:cep@hc.ufpr.br)