

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA- EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

IRIA GIACOMIN

VULNERABILIDADE SOCIAL E SIFILIS CONGÊNITA

VITÓRIA
2020

IRIA GIACOMIN

VULNERABILIDADE SOCIAL E SIFILIS CONGÊNITA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para o grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Social.

Orientadora: Solange Rodrigues da Costa Nascimento

Área de concentração: Política de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Processos Sociais e Sujeitos de Direito.

VITÓRIA

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

G429v Giacomini, Iria
Vulnerabilidade social e sífilis congênita / Iria Giacomini. -
2020.
71 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Solange Rodrigues da Costa
Nascimento.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Sífilis materna. 2. Sífilis congênita. 3. Vulnerabilidades
sociais. I. Nascimento, Solange Rodrigues da Costa II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 362.1042

IRIA GIACOMIN

VULNERABILIDADE SOCIAL E SIFILIS CONGÊNITA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de agosto de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Solange Rodrigues da Costa Nascimento
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador(a)

Prof. Dr^ª. Janice Gusmão Ferreira de Andrade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro interno

Prof. Dr. Gustavo Carreiro Pinasco
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia
do Espírito Santo – IFES
Membro externo

RESUMO

Introdução: A sífilis congênita é transmitida da mãe para o feto ainda no útero, por via transplacentária. Trata-se de doença evitável e de fácil diagnóstico que representa um significativo impacto para a saúde pública, uma vez que tem se mantido alta a incidência desse agravo, resultando em parto prematuro, óbito fetal e neonatal, e complicações decorrentes da infecção do recém-nascido. **Objetivo:** Descrever a compreensão de um grupo de puérperas do Espírito Santo sobre a sífilis congênita e suas consequências para o recém-nascido. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado com quinze puérperas de uma maternidade pública do Espírito Santo, por meio de entrevista semiestruturada. A análise textual discursiva norteou a produção dos dados. **Resultados:** As narrativas apresentadas por esse grupo de puérperas que transmitiram a sífilis para seus filhos por via transplacentária evidenciaram conhecimento limitado sobre sífilis e desconhecimento sobre sífilis congênita, bem como, as consequências desse agravo para seus filhos. A análise dos discursos dessas mulheres evidenciou, ainda, determinantes sociais relacionados aos fatores comportamentais afetivos-sexuais e à história de uso de substâncias ilícitas que se mostraram, nesse grupo de mães, associados ao contexto da transmissão vertical da sífilis. **Considerações finais:** Acredita-se que o foco da educação em saúde para mulheres nessa situação deva se dar por meio de ações que permitam discussões e reflexões com os casais e especialmente com a gestante, sob o impacto desse agravo para a saúde do feto, do recém-nascido, bem, como para a vida da criança.

Palavras-chaves: Sífilis materna. Sífilis congênita. Vulnerabilidades sociais.

ABSTRACT

Introduction: Congenital syphilis is transmitted from the mother to the fetus while still in the womb, via the transplacental route. It is a preventable and easily diagnosed disease that represents a significant impact on public health, since the incidence of this condition has remained high, resulting in premature birth, fetal and neonatal death, and complications resulting from the infection of the newborn.

Objective: To describe the understanding of a group of puerperal women from the Holy Spirit about congenital syphilis and its consequences for the newborn. **Method:**

Descriptive, qualitative study, conducted with fifteen puerperal women from a public maternity hospital in Espírito Santo, through semi-structured interviews. The discursive textual analysis guided the production of the data. **Results:**

The narratives presented by this group of puerperal women who transmitted syphilis to their children through the transplacental route showed limited knowledge about syphilis and ignorance about congenital syphilis, as well as the consequences of this condition for their children. The analysis of the speeches of these women also showed social determinants related to the affective-sexual behavioral factors and the history of use of illicit substances that were shown, in this group of mothers, to be associated with the context of vertical transmission of syphilis. **Final considerations:** It is believed that the focus of health education for women in this situation should be through actions that allow discussions and reflections with couples and especially with the pregnant woman, under the impact of this problem for the health of the fetus, newborn, well, as for the child's life.

Keywords: Maternal syphilis. Congenital syphilis. Social vulnerabilities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Manifestações clínicas fetais e/ou neonatais relacionadas à sífilis congênita.....	17
Figura 2: Fluxograma sobre a investigação diagnóstica da sífilis congênita.....	20
Figura 3: Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos.....	21
Figura 4: Exames laboratoriais, locais de realização e formas de avaliação para o acompanhamento de crianças com sífilis congênita.....	22
Figura 5: Exames complementares, locais de realização e formas de avaliação para o acompanhamento de crianças com sífilis congênita.....	24
Figura 6: Esquema terapêutico para o tratamento e acompanhamento da sífilis congênita.....	27
Figura 7: Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto.....	29
Figura 8: Recomendações para o seguimento clínico das crianças exposta à sífilis.....	30
Quadro 1: Valores laboratoriais para o exame liquórico em RN com suspeita de neurosífilis.....	26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da incidência de sífilis neonatal adquirida e congênita, e em gestantes.....	32
Gráfico 2 - Taxa de incidência de sífilis congênita nos estados brasileiros.....	33
Gráfico 3 - Taxa de incidência de sífilis congênita nas principais cidades brasileiras.....	34
Gráfico 4 - Taxa de mortalidade por sífilis congênita nas regiões do Brasil.....	35
Gráfico 5 - Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo Unidade da Federação e capital. Brasil (2016)	36
Gráfico 6 - Série de Casos de Sífilis Congênita no Espírito Santo, por ano de diagnóstico, de 2013 a 2017.....	37
Gráfico 7 - Número de casos notificados de sífilis em gestante, por ano diagnóstico, no estado do ES, de 2013 a 2017.....	38
Gráfico 8 - Taxa de incidência de sífilis congênita por Unidade Federativa e capitais – Brasil(2016)	39
Gráfico 9 - Notificações de sífilis congênita no âmbito do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM, nos anos de 2010 a 2015.....	39
Gráfico 10 - Distribuição da idade das mães dos recém-nascidos notificados com sífilis congênita em Vitória – ES, nos anos de 2010 a 2014.....	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3 A SÍFILIS CONGÊNITA E SEU MANEJO HISTÓRICO CONTEMPORÂNEO	14
4 DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO	32
5 VULNERABILIDADE SOCIAL E SÍFILIS CONGÊNITA	41
6 ASPECTOS METODOLÓGICOS	45
6.1 Desenho do estudo.....	45
6.2 Cenário do estudo.....	45
6.3 Participantes da pesquisa.....	46
6.4 Instrumento de produção de dados.....	46
6.4.1 Critérios de inclusão.....	47
6.4.2 Critérios de exclusão.....	47
6.5 Análise dos dados.....	47
6.6 Aspectos éticos.....	48
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	68
APÊNDICE II - Formulário de Entrevista	70
ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	70

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa de caráter sistêmico, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que é um patógeno exclusivo do ser humano. É classificada em adquirida, quando a contaminação se dá por meio de contato sexual, transfusão de sangue ou transplante de órgão. Há, ainda, a sífilis congênita que é transmitida da mãe para o bebê, ainda no útero, por via transplacentária (ANDRADE *et al.*, 2018; MAHMUD *et al.*, 2019).

O modo de transmissão da sífilis congênita representa um significativo impacto para a saúde pública, por ser uma doença de fácil diagnóstico e evitável quando o tratamento da gestante e do parceiro é realizado adequadamente. Outra questão importante, relacionada a esse agravo, é a elevada frequência com que produz desfechos graves para a gestação e para a criança, a exemplo de: parto prematuro, óbito fetal e neonatal e infecção congênita do recém-nascido (BECK; SOUZA, 2018).

Trata-se de doença de existência milenar, cujo tratamento foi descoberto no século XV, sendo ainda hoje um agravo preocupante. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a sífilis congênita um sério problema de saúde pública. Em 2010, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançaram uma meta para reduzir a incidência dessa doença na América Latina para 0,5 caso/1000 Nascidos Vivos (NV) até 2015 (ANDRADE *et al.*, 2018).

É importante destacar que a sífilis materna traz como consequência a elevação dos números de casos de sífilis congênita, transformando-se em evento sentinela, que possibilita inferir a qualidade do serviço de saúde (DOMINGUES *et al.*, 2013). A OMS estima um milhão de casos de sífilis por ano, entre as gestantes em todo mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças (BRASIL, 2017).

Visando a eliminação da sífilis congênita, foram lançadas várias estratégias no âmbito mundial e nacional (BRASIL, 2015). Apesar dos esforços para prevenção e controle, o número de casos registrados de sífilis congênita no Brasil continua a crescer. Os fatores sociais envolvidos são de difícil controle, sendo assim, as

notificações desse agravo permanecem aumentando, apesar das políticas e ações governamentais, que buscam diminuir o número de pessoas afetadas (ANDRADE *et al.*, 2018).

No Brasil, no período de 1998 a 2017 foram notificados 159.890 casos de sífilis congênita em menores de 1 (um) ano de idade. Vale ressaltar que, nos últimos 10 anos, houve um aumento progressivo na taxa de incidência desse agravo. Destaca-se que em 2006 a taxa observada era de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, aumentando em 2016 para 6,8 casos/1000 nascidos vivos, sendo as maiores taxas apresentadas nas regiões sul e sudeste (BRASIL, 2017).

Alguns fatores contribuíram para justificar esse aumento constante do número de casos de sífilis materna, congênita e adquirida, sendo eles: o aumento da cobertura de testagens, a redução do uso de preservativos, a resistência à administração de penicilina na Atenção Básica, o desabastecimento mundial dessa medicação e também o aprimoramento do sistema de vigilância (BECK; SOUZA, 2018).

A sífilis congênita é preocupante porque pode trazer como consequência: o óbito do neonato, complicações agudas, deformidades físicas, lesões neurológicas e outras sequelas que estigmatizam (BRASIL, 2012). Há ainda, a problemática da ocupação de leitos hospitalares, devido ao aumento do tempo de internação do recém-nascido (RN), este para tratamento da doença e a mãe como acompanhante e cuidadora.

Não menos importante, existe também a angústia que essa internação traz para a família, pois, além do sofrimento ao qual o RN é submetido, há ainda o transtorno na vida social da mãe que permanece no hospital acompanhando o seu filho, separada e distante do ambiente familiar.

Observa-se a dificuldade na eliminação da sífilis congênita, sendo que a prevalência desse agravo aponta para a existência de imensas barreiras que inviabilizam o controle, tanto da sífilis materna, quanto da congênita. As ações governamentais direcionadas ao enfrentamento desse problema não têm alcançado os resultados desejados, uma vez que se trata de doença relacionada à comportamentos de risco e vulnerabilidade social.

A provável ineficiência dos programas de atenção básica de saúde, direcionados para o combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), está associada às mudanças comportamentais da sociedade atual, como, aumento no uso de drogas e iniciação sexual precoce. Torna-se imperativo, que se investiguem os fatores que têm contribuído para continuada transmissão da sífilis congênita, de forma a redirecionar as medidas de prevenção e controle.

Diante desse cenário, enfatiza-se a importância da identificação dos fatores relacionados ao comportamento e a vulnerabilidade social que favorecem à transmissão das IST, com destaque para a sífilis congênita. Para tanto, o objeto do presente estudo é verificar a compreensão de um grupo de puérperas sobre a sífilis congênita e suas consequências para o recém-nascido.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a compreensão de um grupo de puérperas do Espírito Santo sobre a sífilis congênita e suas consequências para o recém-nascido.

2.2 Objetivos específicos

Identificar determinantes sociais que se relacionam com o contexto da transmissão vertical da sífilis.

3 A SÍFILIS CONGÊNITA E SEU MANEJO HISTÓRICO CONTEMPORÂNEO

A história de origem da sífilis, confunde-se com história da civilização moderna e é marcada por controvérsias que persistem há mais de meio século. A origem dessa doença não é conhecida, no entanto, pode ter sido documentada por Hipócrates, na Grécia antiga, em sua forma terciária. Em Pompeia, foram encontradas evidências arqueológicas nos sulcos dos dentes de crianças cujas mães estavam infectadas (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

Existem duas teorias sobre a origem dessa patologia, a primeira, a do Novo Mundo, defende que essa doença era endêmica nas Américas e foi introduzida na Europa por Colombo e seus sucessores. A segunda, a do Velho Mundo, se apoia na tese de que as treponematoses já existiam em terras Europeias, e eram causadas por um único micro-organismo que foi sofrendo mutações, de modo que se tornaram mais virulentos e contagiosos, permitindo a transmissão sexual e o alastramento da doença. A primeira epidemia de sífilis relatada na história ocorreu na Europa, no século XV (GERALDES NETO *et al.*, 2009).

A sífilis, como definição de um quadro patológico, começou a ser descrita somente no final do século XVIII. Foi denominada também “lues venéria “ ou “lues”, “mal gálico”, “mal venéreo”, “bubas”, “pudendagra”, “mal espanhol”, “mal polonês” e “mal italiano”. Na Alemanha, em 1905, Schaudinn e Hoffmann descobriram o agente etiológico dessa doença, a espiroqueta *Treponema Pallidum*, assim denominado devido à dificuldade de ser corado com as técnicas existentes na época. Posteriormente, em 1907, foi desenvolvido o primeiro exame sorológico efetivo para detecção da sífilis (MAGALHÃES *et al.*, 2011; ROTTA, 2005).

No início do século XX, essa doença era tratada com drogas contendo arsênio, mercúrio, iodetos e bismutos, mas, devido grande dificuldade de manuseio e toxicidade, essas substâncias não se mostraram eficazes. Também era preconizado o aumento da temperatura corporal, com banhos quentes de vapor ou com contaminação por plasmódio, adquirindo a malária, esperando que a intensa febre causada por ela fosse suficiente para exterminar as espiroquetas. A penicilina foi

descoberta por Fleming em 1928, sendo utilizada pela primeira vez em 1943 (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A partir da descoberta da penicilina e sua difusão depois da Segunda Guerra Mundial, os outros tratamentos passaram a ser obsoletos, e foi possível então a cura efetiva da sífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Ainda assim, mesmo essa medicação sendo de baixo custo e de fácil administração, ou seja, sendo relativamente simples o tratamento, atualmente, essa doença é responsável por grandes taxas de morbimortalidade em recém-nascidos, devido à sífilis congênita.

A sífilis congênita é adquirida pelo feto por meio de disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum*, da mãe para o feto, predominantemente por via transplacentária (BECK; SOUZA, 2018). A transmissão ocorre durante a gravidez devido a uma infecção materna sem tratamento ou tratada inadequadamente (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

Existe, ainda, a chance de contaminação direta pelo concepto, durante a passagem pelo canal de parto, uma vez que existam lesões genitais na gestante. Pode ocorrer também transmissão durante o aleitamento materno, desde que haja lesões mamárias. Dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção vertical, em qualquer fase da gestação. Podendo variar de 50 a 100% nas fases primária e secundária, reduzindo para 40% nas terciárias e 10% nas fases latentes tardias (PAINS *et al.*, 2017).

A sífilis congênita é uma doença com comportamento de amplo espectro clínico, cerca de dois terços dos recém-nascidos vivos, portadores dessa patologia são assintomáticos. Eles podem apresentar sinais e sintomas nas fases subsequentes da vida, podendo apresentar um quadro do tipo septicêmico. Existe a predominância das formas oligoassintomáticas ou assintomáticas (SONDA *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que a transmissão vertical e, conseqüentemente, a contaminação do concepto podem resultar em abortamento, óbito fetal e neonatal em 40% dos casos. Essa infecção pode ainda ser responsável pelo nascimento de crianças com sífilis, ou seja, casos de sífilis congênita (COSTA *et al.*, 2017).

As manifestações clínicas da sífilis congênita podem ser divididas em: precoce, quando ocorre até o segundo ano de vida; e tardias, quando surgem após essa idade. As manifestações precoces podem ser assintomáticas, na maioria dos casos, ou podem apresentar-se (com lesões): como placas mucosas, fissuras radiadas periorificiais, lesões palmo-plantares, condilomas planos ano-genitais e hepatoesplenomegalias. Podem ocorrer também o baixo peso ao nascimento (inferior a 2500g) e prematuridade (LAFETÁ *et al.*, 2016).

As crianças podem apresentar, ainda, lesões ósseas como periostite e osteocondrite, a pseudo-paralisia de Parrot, icterícia, anemia, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia, linfadenopatia generalizada e síndrome nefrótica. As lesões do sistema nervoso central, como as convulsões e meningite; lesões do aparelho respiratório (pneumonia Alba) e rinite sanguinolenta surgem em uma minoria dos casos (GAMEIRO *et al.*, 2017).

Na sífilis congênita tardia as manifestações clínicas são raras, porém, irreversíveis e resultantes principalmente da inflamação crônica dos tecidos ósseos, sistema nervoso central e dentes (COSTAS *et al.*, 2017). O espessamento dos ossos do crânio pode gerar aspecto grosseiro da fronte, chamada “fronte olímpica”, quando acontece na articulação esterno-clavicular é chamado sinal de Higoumenakis (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Na tibia pode ocorrer um arqueamento, na sua face anterior, com convexidade medial, chamado “tibia em sabre”. No nariz, a destruição do osso e das cartilagens adjacentes é chamada “nariz em sela.” A osteocondrite crônica nos joelhos, com edema indolor persistente, é chamada “articulação de Clutton”. Podem ocorrer defeitos na formação do esmalte dentário, resultando em cáries sucessivas e destruição dos dentes. Os chamados “dentes de Hutchinson ” são decorrentes de alterações nos incisivos centrais superiores, aquelas que acometem os primeiros molares são chamadas “molares em amora” (COSTAS *et al.*, 2017).

No sistema nervoso central, a infecção crônica pode acarretar alterações de comportamento, convulsões focais ou retardo mental, e mais raramente pode ocorrer cegueira e ou surdez (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012). Portanto, o

diagnóstico e tratamento precoce é de extrema importância para vida das crianças infectadas.

O Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2020) apresenta sínteses esquemáticas relacionadas à sífilis congênita no que diz respeito às manifestações clínicas, investigação diagnóstica, terapêutica, seguimento ambulatorial e fluxograma de avaliação e manejo de recém nascidos de mães com diagnóstico de sífilis. A seguir serão apresentados figuras e gráficos que descrevem o panorama geral dessa doença.

Figura 1: Manifestações clínicas fetais e/ou neonatais relacionadas à sífilis congênita.

GESTACIONAIS/PERINATAIS	
Natimorto/ aborto espontâneo	Pode ocorrer em qualquer momento da gestação. Desfecho em aproximadamente 40% dos casos de sífilis adquirida durante a gestação, com maior risco no primeiro trimestre de gestação.
Prematuridade	-
Baixo peso ao nascer (<2.500 g)	-
Hidropsia fetal não imune	-
Placenta	Placenta desproporcionalmente grande, grossa, pálida, vilite proliferativa focal; arterite endo e perivascular; imaturidade difusa ou focal das vilosidades placentares. Encaminhar para análise anatomopatológica.
Cordão umbilical	Furite necrozante é rara, mas patognomônica quando presente. É caracterizada pelo cordão umbilical edemaciado e inflamado, que pode apresentar listras vermelhas e azuladas em alternância com áreas esbranquiçadas. Pontos de abscesso na substância de Wharton, centradas ao redor dos vasos umbilicais. Encaminhar para análise anatomopatológica.
SISTÊMICAS	
Febre	Pode ser mais significativa em crianças nascidas de mães infectadas tardiamente na gestação.
Hepatomegalia	Ocorre em praticamente todos os casos de crianças com sífilis congênita (LAGO et al., 2013; KOLLMANN; DOBSON, 2010). O achado ultrassonográfico de hepatomegalia pode indicar falha do tratamento materno para prevenir a transmissão vertical (HOLLIER et al., 2001) Está associada à icterícia e colestase. Achados laboratoriais podem incluir aumento de AST/ALT, FA, bilirrubina direta, alargamento do tempo de protrombina e espiroquetas visíveis em biópsia hepática (quando realizada).

	As alterações de provas hepáticas podem ser exacerbadas com a administração da penicilina, antes da melhora (SHAH; BARTON, 1989). A melhora geralmente é lenta, mesmo com terapêutica adequada.
Esplenomegalia	Ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com hepatomegalia (não acontece isoladamente).
Linfadenomegalia generalizada	O linfonodo pode ser de até 1 cm, geralmente não flutuante firme.
Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	-
Edema	Causada por anemia/Hidropsia fetal, síndrome nefrótica, desnutrição
MUCOCUTÂNEAS	
Rinite sífilítica ou corrimento nasal	Pode ser um sinal precoce, surgindo após a primeira semana de vida. Ocorre em aproximadamente 40% dos casos. A secreção contém espiroquetas e é infectante. Usar precaução de contato.
Rash maculopapular	Geralmente aparece 1 a 2 semanas após a rinite. Apresenta-se como lesões ovais, inicialmente vermelhas ou rosadas, evoluindo para coloração marrom acobreada; podem estar associadas à descamação superficial, caracteristicamente nas regiões palmar e plantar. São mais comuns na região glútea, nas costas, parte posterior das coxas e plantas. As lesões contêm espiroquetas e são infectantes. Usar precaução de contato.
Rash vesicular (pênfigo sífilítico)	Pode estar presente ao nascimento, desenvolvendo-se, mas frequentemente nas primeiras 4 semanas de vida; é amplamente disseminado. O fluido vesicular contém espiroquetas e é infectante. Usar precaução de contato
Condiloma lata	Único ou múltiplo. Lesões planas, verrucosas, úmidas ao redor da boca, narinas e ânus e outras áreas da pele em que há umidade ou fricção. Frequentemente presentes em qualquer outro sintoma associado. As lesões contêm espiroquetas e são infectantes. Usar precaução de contato.
Icterícia	hiperbilirrubinemia secundária a hepatite sífilítica e/ou hemólise.
HEMATOLÓGICAS	
Anemia	Período neonatal: hemolítica (teste de Coombs [teste antiglobulina direto] não reagente). Pode persistir após tratamento efetivo. Após 1 mês idade: pode ser crônica e não hemolítica.
Trombocitopenia	Algumas vezes associadas à sangramento ou petéquias. Pode ser a única manifestação da infecção congênita.

Leucopenia	-
Leucocitose	-
MUSCULOESQUELÉTICAS	
Pseudoparalisia de Parrot	A ausência de movimentação de um membro causada por dor associada à lesão óssea. Afeta com mais frequência membros superiores que inferiores: geralmente unilateral; raramente presente ao nascimento. Baixa correlação com anormalidades radiográficas.
Anormalidades radiográficas	anormalidade mais comum na sífilis congênita precoce não tratada, surgindo em 70 a 100% dos casos; tipicamente múltipla e simétrica, acometendo principalmente ossos longos (rádio, ulna, úmero, tibia, Fêmur e fíbula). Pode ocorrer dor na movimentação ativa ou passiva dos membros e, por causa da dor, a criança pode apresentar-se irritada e tendente a imobilidade.
NEUROLÓGICAS	
Anormalidades no líquido cefalorraquidiano (líquor, LCR)	VDRL reagente no líquido; aumento da celularidade e aumento da proteína.
Leptomeningite sífilítica aguda	Surge no primeiro ano de vida, geralmente entre 3 e 6 meses; apresentação semelhante à meningite bacteriana, com alterações líquóricas mais consistentes como meningite asséptica (predominância mononuclear). Responde à terapêutica com penicilina.
Sífilis crônica meningovascular	Surge a partir do fim do primeiro ano de vida. Hidrocefalia; paralisia de nervo craniano; deterioração do desenvolvimento intelectual / neuropsicomotor; infarto cerebral. Curso prolongado.
OUTROS	
Pneumonia/ pneumonite/ esforço respiratório	Opacificação completa de ambos os Campos pulmonares na radiografia de tórax.
Síndrome nefrótica	Geralmente acontece entre 2 e 3 meses de idade, manifestando-se como edema generalizado e ascite (anasarca).

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), (BRASIL, 2020).

A Figura 1 apresenta as manifestações clínicas fetais e/ou neonatais relacionadas à sífilis congênita. É importante observar que o diagnóstico da sífilis congênita é complexo, devido ao fato de que mais da metade das crianças podem ser assintomáticas ao nascer ou ter sinais clínicos muito discretos ou pouco específicos. Não existe uma avaliação complementar que determine com alta especificidade e sensibilidade esse diagnóstico. Nessa perspectiva, torna-se relevante a associação de critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais (BRASIL, 2017).

Na investigação diagnóstica da sífilis congênita deve ser analisada a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos exames laboratoriais e radiológicos (BRASIL, 2017). Além dos testes sorológicos laboratoriais, também pode ser feita a pesquisa do *Treponema pallidum* em campo escuro a partir de materiais coletados de lesão cutâneo-mucosa e da mucosa nasal (GAMEIRO *et al.*, 2017).

Figura 2: Fluxograma sobre a investigação diagnóstica da sífilis congênita.

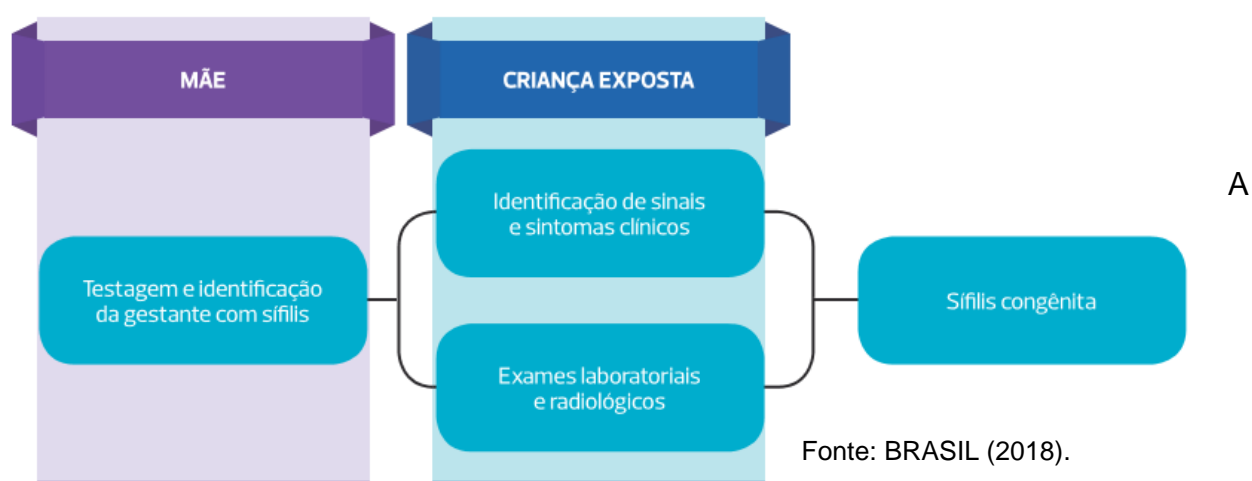


Figura 2 ilustra o resumo da investigação diagnóstica da sífilis congênita. É importante observar que os testes sorológicos imunológicos se dividem em treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, EQL, ELISA ou teste rápido) detectam anticorpos específicos, produzidos contra antígenos do *Treponema pallidum*, mas de uso restrito no RN, em consequência das imunoglobulinas do tipo IgG maternas que atravessam a barreira placentária, as quais podem ser detectadas na corrente sanguínea do recém-nascido (BRASIL, 2017).

Nas crianças maiores de 18 meses, o teste treponêmico reagente pode significar infecção, uma vez que, nessa idade, os anticorpos maternos transferidos passivamente pela placenta, já terão desaparecido da circulação sanguínea da criança (BRASIL, 2017).

As imunoglobulinas tipo IgM não atravessam a barreira placentária, dessa maneira, a presença desse anticorpo no RN poderia definir a ocorrência de infecção fetal,

mas, estes testes (FTA-Abs, IgM e imunoensaios) possuem baixa sensibilidade, por isso, quando utilizados, deve-se considerar que um resultado não reagente, não exclui o diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2018).

Figura 3: Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos.

TESTES IMUNOLOGICOS	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	FTA-Abs ELISA/EQL/CMIA TPHA/TPPA/MHA-TP Teste RÁPIDO (TP)	São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), (BRASIL, 2020).

A Figura 3 apresenta os testes imunológicos utilizados para o diagnóstico de sífilis. Vale considerar que os testes não treponêmicos (VDRL, RPR ou TRUST) são usados para diagnóstico e seguimento terapêutico, por serem testes com correlação definida entre a titulação dos anticorpos não treponêmicos encontrados na amostra do RN e a presença ou ausência de sífilis congênita. Sendo assim, mesmo que haja transferência passiva dos anticorpos (IgG) não treponêmicos da mãe para o RN, a titulação dos anticorpos permite presumir se são exclusivamente maternos ou se também foram produzidos pelo organismo da criança. Deve ser evitada a realização desse teste com amostra de sangue do cordão umbilical, por haver mistura do sangue da criança com o da mãe (BRASIL, 2017).

Figura 4: Exames laboratoriais, locais de realização e formas de avaliação para o acompanhamento de crianças com sífilis congênita.

TESTES SÍFILIS	DE NA MATERNIDADE OU CASA DE PARTO	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
Não treponêmicos	Coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação Não realizar coleta de cordão umbilical	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos	Não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: 1:4 e materno 1:2) baixo risco de Sífilis Congênita (SC). Reagente com titulação superior a materna em pelo menos duas diluições: sífilis congênita. Tratar conforme a figura 9 e realizar notificação imediata do caso de sífilis congênita. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagente aos 6 meses, nos casos em que a criança não tiver sido infectada. Se não houver esse declínio do teste não treponêmico, a criança deverá ser investigada para SC, com realização de exames complementares e tratamento conforme a classificação clínica, além de notificação do caso. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.
Treponêmicos	Não realizar	Não é obrigatório. Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses de idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente.

			Crianças com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenham histórico de tratamento prévio deverão passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificadas como caso de sífilis congênita.
--	--	--	--

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), (BRASIL, 2020).

De acordo com a Figura 4, todos os recém-nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico no sangue periférico. O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança com o da puérpera podendo resultar em testes falso- reagentes. A testagem simultânea da mãe e da criança, no pós-parto imediato, com o mesmo tipo de teste não treponêmico, configura o melhor cenário para a determinação diagnóstica (BRASIL, 2020).

É importante ressaltar que no teste não treponêmico, uma titulação maior que o materno em pelo menos duas diluições é indicação de infecção congênita, sendo que a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de sífilis congênita (SC). É provável que menos de 30% dos recém-nascidos com essa doença tem resultado pareado desse teste maior que o materno, sendo, portanto, fundamental a realização do seguimento de todas as crianças (BRASIL, 2020).

Não há correlação entre a titulação dos testes treponêmicos do RN e da mãe que possa sugerir SC. Dessa forma, não se recomenda a realização do teste treponêmico no bebê até os 18 meses de idade. Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada, durante o pré-natal, as crianças são consideradas como caso de SC, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares (BRASIL, 2020).

Figura 5: Exames complementares, locais de realização e formas de avaliação para o acompanhamento de crianças com sífilis congênita.

Exames complementares	Na maternidade	No seguimento	O que avaliar
Teste treponêmico não	Coletar amostras de sangue periférico do RN e da mãe pareadas para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após: dois testes NR consecutivos ou queda do título em duas diluições.	Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses, caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.
Teste treponêmico	Não realizar	NÃO é obrigatório Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade	Um teste treponêmico reagente após 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente. Criança com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenha histórico de tratamento prévio deverá passar por avaliação completa, receber tratamento e ser notificada como caso de sífilis congênita.
Hemograma	SIM	De acordo com alterações críticas	Anemia hemolítica com Coombs NR no período neonatal ou crônico não hemolítico no período pós-natal. Leucopenia ou leucocitose. Hemólise pode estar acompanhada de crioglobulinemia, formação de complexo imune e macroglobulinemia. Esse quadro pode durar semanas e costuma não ser responsivo à terapêutica.
Plaquetas	SIM	De acordo com alterações críticas	Trombocitopenia
Transaminases (ALT/AST), bilirrubina (total e direta), albumina	SIM	De acordo com alterações críticas	Aumento das transaminases Icterícia

Eletrólitos (pelo menos sódio, potássio, magnésio sérico)	SIM	De acordo com alterações críticas	Distúrbios hidroeletrólíticos
Líquor (LCR)	SIM	Deve ser avaliado a cada 6 meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurossífilis), até normalização.	VDRL reagente no líquido Pleocitose Proteína aumentada Valores de exames liquóricos VDRL reagente no líquido ou aumento na celularidade ou da proteína que não possam ser atribuídos a outras causas requerem tratamento para possível neurossífilis.
Radiografia de ossos longos	SIM	De acordo com alterações clínicas	Bandas metafisárias luzentes (diagnóstico diferencial com outras doenças sistêmicas). Desmineralizações simétricas localizadas e destruição óssea da porção medial da metafise proximal tibial (sinal de Wimberger – diagnóstico diferencial com osteomielite e hiperparatireoidismo neonatal); Serrilhado metafisário (sinal de Wegener); Periostite diafisária com neoformação óssea (pode acontecer em outras patologias); Áreas irregulares de aumento de densidade e rarefação.
Radiografia de tórax	SIM	De acordo com alterações clínicas	A descrição clássica é a opacificação completa de ambos os campos pulmonares. No entanto, com o advento da penicilina é mais comum encontrar infiltrado difuso, envolvendo todos os campos pulmonares.
Neuroimagem	A critério clínico	De acordo com alterações clínicas	Realizar neuroimagem nas crianças que apresentem alterações LCR persistentes (VDRL reagente, proteinorraquia ou celularidade), sem outra explicação mais provável.

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), (BRASIL, 2020).

De acordo com a Figura 5, todas as crianças com SC devem ser submetidas a uma investigação completa, incluindo punção lombar para análise do líquido e radiografia de ossos longos. Aquelas com manifestações clínicas, alteração liquórica ou

radiológica e teste não treponêmico reagente, são consideradas com SC, independentemente do histórico materno (BRASIL, 2020).

Em torno de 60% das crianças com sífilis congênita podem ter acometimento do Sistema Nervoso Central (SNC) - neurosífilis, com base na presença de alterações no líquido, como reatividade no VDRL, pleocitose e aumento na proteinorraquia. É importante observar que pode haver falso reagente no líquido devido a: anticorpos maternos circulando no SNC do neonato, acidente na coleta do exame e contaminação da amostra. Pode ocorrer também falso negativos que posteriormente evoluirão para neurosífilis. Por isso, a importância da coleta adequada desse exame (BRASIL, 2020).

Quadro 1: Valores laboratoriais para o exame líquórico em RN com suspeita de neurosífilis.

Parâmetro	LCR Normal RN Pré-termo	LCR Normal RN a termo	LCR Sugestivo de sífilis no RN	LCR Sugestivo de sífilis lactente > 28 dias
Leucócitos	9+ ₈ céls/mm ³ (LVN: 0-29 céls/mm ³)	8+ ₇ céls/mm ³ (LVN: 0-32 céls/mm ³)	Maior que 25 céls/mm ³	Maior que 5 céls/mm ³
Proteínas	115mg/dL (LVN: 65-150 mg/dL)	90 mg/dL (LVN: 20-170 mg/dL)	Maior que 150 mg/dL	Maior que 40 mg/dL
VDRL	Não reagente	Não reagente	Reagente	Reagente

Fonte: BRASIL (2018).

* LVN: Limite de Variação Normal.

O Quadro 1 apresenta os valores laboratoriais para o exame líquórico em recém-nascidos com suspeita de neurosífilis. O líquido deve ser coletado tanto em crianças sintomáticas, quanto nas assintomáticas, pois, o quadro de neurosífilis se desenvolve na maioria dos casos com a criança assintomática. Nestes casos, ambas deverão ser tratadas com benzilpenicilina potássica/cristalina por via parenteral em ambiente hospitalar, necessitando internação da criança (BRASIL, 2020).

A droga de escolha para o tratamento do recém-nascido é a benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), pois, não existem relatos de resistência do *Treponema pallidum* à essa medicação. O tipo de penicilina a ser usada vai depender do tratamento materno durante a gestação e/ou titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e/ou exames clínicos/laboratoriais da

criança. Caso seja afastada, a neurosífilis, a benzilpenicilina procaína pode ser utilizada, por ser de uso intramuscular, favorecendo o tratamento fora do ambiente hospitalar. Nos casos de neurosífilis, a droga de escolha é a benzilpenicilina cristalina, e deve ser feita por via endovenosa, sendo obrigatória a internação hospitalar (BRASIL, 2020).

Nos casos de criança cuja mãe não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada e que apresentem exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento, a benzilpenicilina benzatina é uma opção terapêutica. Crianças assintomáticas, porém, expostas à sífilis, cuja mãe foi adequadamente tratada e que apresenta teste não treponêmico não reator ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno, não é necessário tratamento, mas precisam ser acompanhadas na Atenção Básica, com seguimento clínico laboratorial, não havendo necessidade de notificação (BRASIL, 2020).

Figura 6: Esquema terapêutico para o tratamento e acompanhamento de mulheres com sífilis congênita.

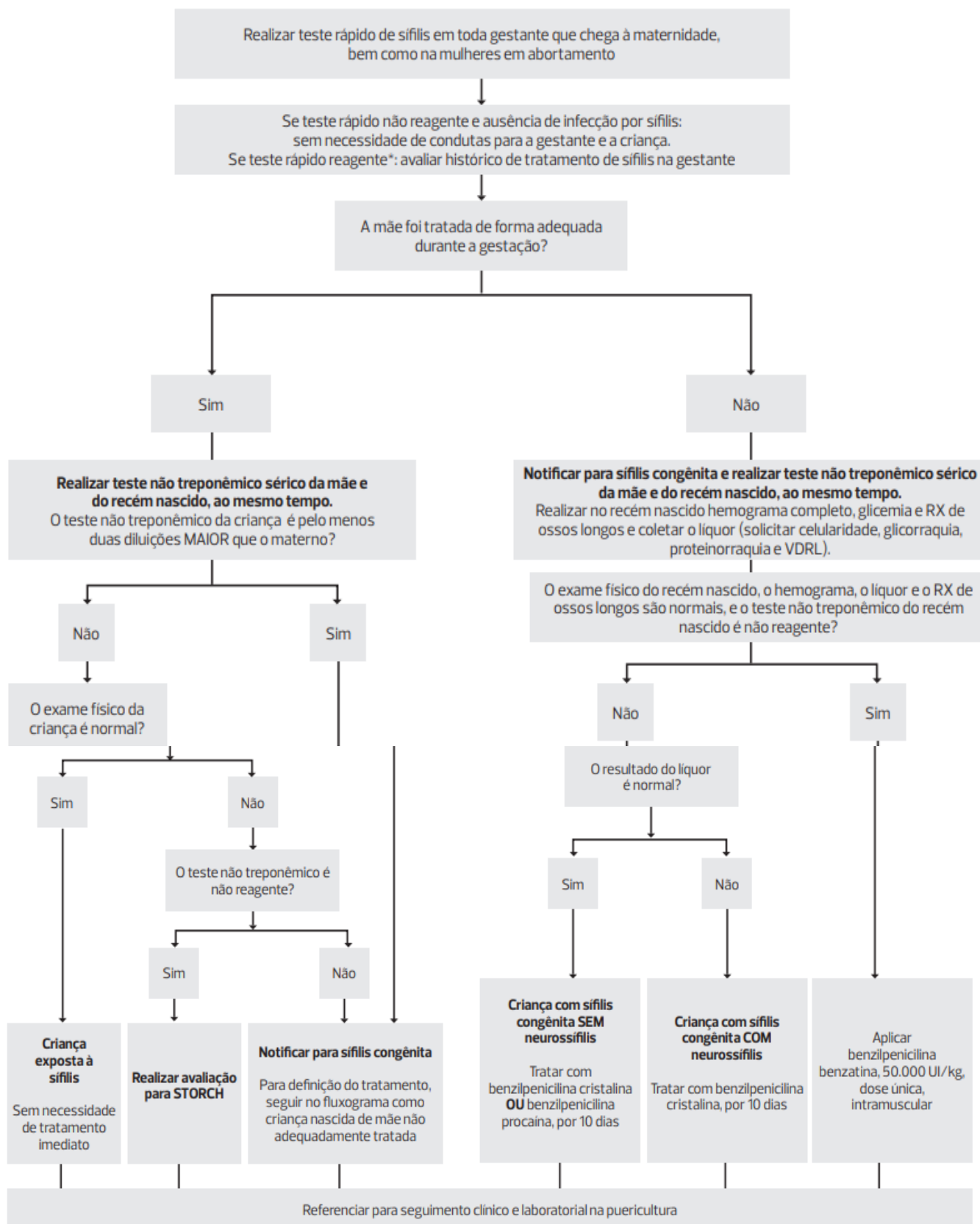
Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa* (exceto para gestantes)	Seguimento (teste não treponêmico)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente) com até um ano de evolução	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: 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	Teste não treponêmico trimestral (em gestante, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia. EV, administrada em 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
Notas: *A Benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. *A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016).			

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), (BRASIL, 2020).

A Figura 6 apresenta uma síntese dos tipos de tratamentos medicamentosos que deverão ser prescritos para mulheres com diagnóstico de sífilis, de acordo com a situação clínica. Indica ainda os exames laboratoriais a serem realizados nelas gestantes, ou não. Trata-se de informações que precisam estar disponíveis nas maternidades para facilitar a rotina do trabalho médico cotidiano e evitar tratamentos errôneos.

Sendo assim, clínicos, médicos de família e especialmente os ginecologistas obstetras além de conhecerem os esquemas terapêuticos, precisam ter estas informações em local de fácil acesso, para que durante os atendimentos diários seja possível evitar a ocorrência de incidentes de segurança, dentre eles, o evento adverso relacionado à terapêutica medicamentosa.

Figura 7: Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto.



Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, (BRASIL, 2020).

O Fluxograma apontado pela Figura 7 indica a sequência da avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto. Trata-se de ferramenta extremamente importante para o trabalho cotidiano do neonatologista, sendo necessário que ele tenha a mão esse instrumento para facilitar seus atendimentos aos recém-nascidos no ambiente hospitalar.

Procedimento	Frequência e duração	O que avaliar
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura: na 1ª 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.	<p>A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno. Especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor.</p> <p>Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno.</p> <p>Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST e fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno.</p> <p>Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses).</p> <p>Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B quando não houver histórico de vacinação.</p>
Procedimento	Frequência e duração	O que avaliar
Consulta oftalmológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias oftalmológicas. As mais comuns são ceratite intersticial, cariorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea e atrofia óptica. A faixa etária de acometimento de ceratite intersticial costuma ser dos 2 aos 20 anos.
Consulta audiológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias auditivas. A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8º par craniano.
Consulta neurológica	Semestrais por 2 anos	Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor.

Figura 8: Recomendações para o seguimento clínico da criança com sífilis congênita.

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), (BRASIL, 2020).

Conforme demonstrado na Figura 8, é de grande importância o seguimento adequado da criança exposta à sífilis ou diagnosticada com sífilis congênita. A não realização de monitoramento contínuo dessas crianças, ao longo dos dois primeiros anos de vida, pode acarretar queda no percentual de eficácia curativa do tratamento. Uma vez que essa doença causa repercussões importantes na vida da criança e que as manifestações sistêmicas, em sua grande maioria, podem ocorrer até os dois anos de vida, o acompanhamento rigoroso se torna imperativo.

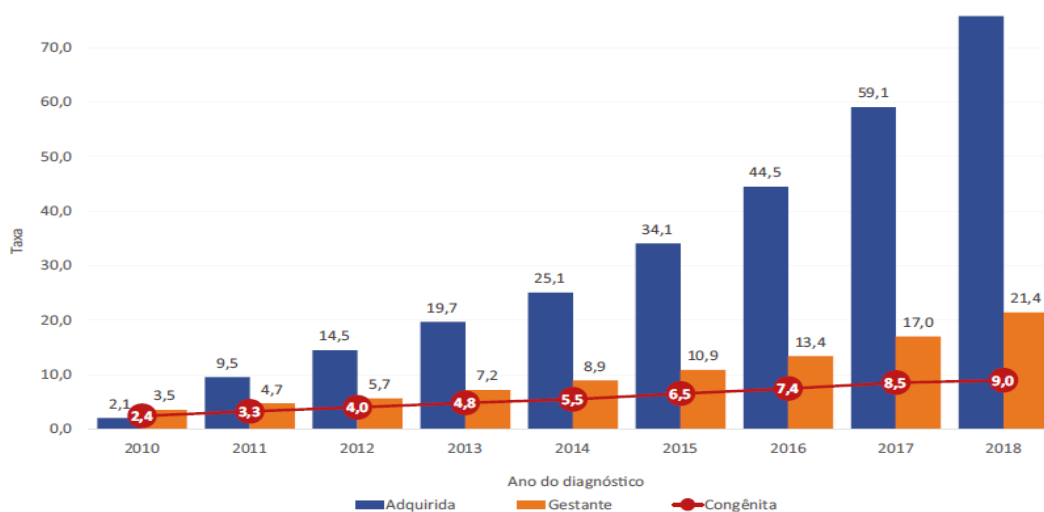
4 DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO

A OMS estima que a ocorrência de sífilis atinge um milhão de gestações por ano em todo mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças (BRASIL, 2020). No Brasil, nos últimos anos houve aumento importante no número de casos de sífilis materna e congênita. A sífilis adquirida, teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos por 100 mil habitantes, em 2017, para 75,8, em 2018 (BRASIL, 2019).

Esse aumento da incidência da doença se deve em parte, à ampliação da cobertura de testagem (utilização de testes rápidos no pré-natal e no momento do parto), mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina (BRASIL, 2020).

Em 2018, no Brasil, foram notificados 158.051 casos de sífilis adquirida, 62.599 casos de sífilis em gestantes, 26.219 casos de sífilis congênita e 241 óbitos por sífilis congênita. Observa-se uma elevação no número de casos em relação aos anos anteriores, sendo que em 2014 foram detectados 28.226 casos de sífilis em gestantes e 16.266 de sífilis congênita (BRASIL, 2019).

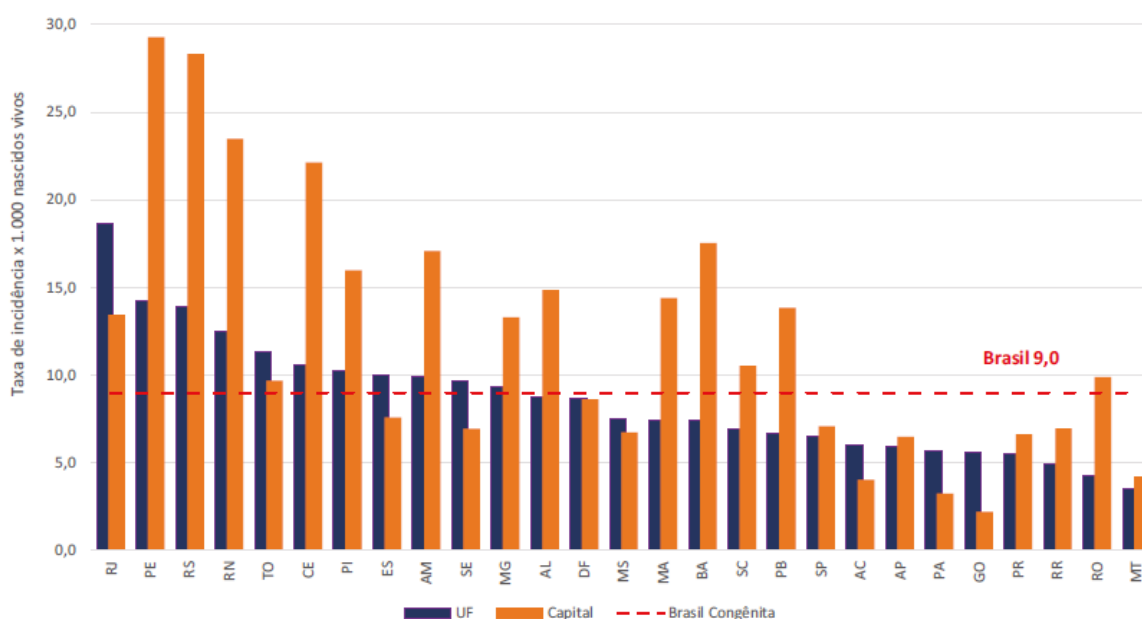
Gráfico 1 - Evolução da incidência de sífilis adquirida, em gestantes e congêntas.



Fonte: Boletim epidemiológico, (BRASIL, 2019).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2019), nos últimos dez anos, especialmente a partir de 2010, houve aumento progressivo na taxa de incidência de sífilis congênita, conforme demonstrado no gráfico 1. Em 2008, a taxa era de 2,0 caso/1.000 nascidos vivos e, em 2018, essa taxa subiu para mais de quatro vezes, chegando a 9,0 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

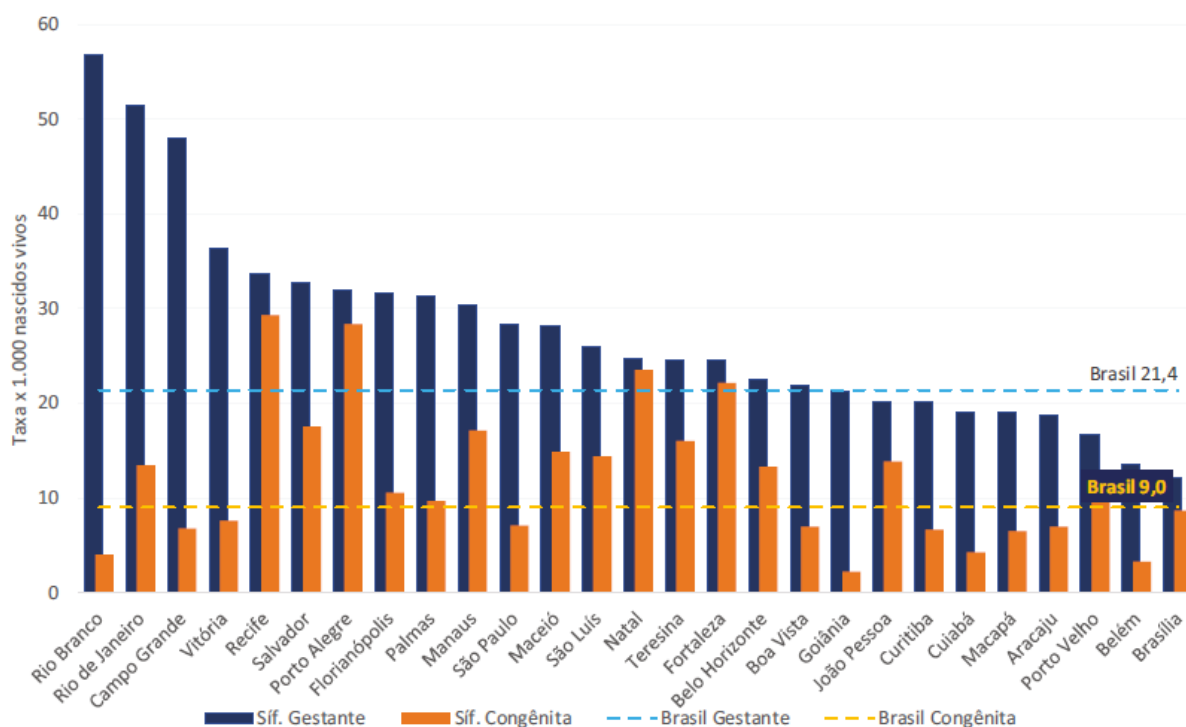
Gráfico 2 - Taxa de incidência de sífilis congênita nos estados brasileiros.



Fonte: Boletim epidemiológico, (BRASIL, 2019).

Ainda em relação à incidência de sífilis, o Gráfico 2 aponta para o aumento no número de casos de sífilis congênita nas unidades federadas do Brasil e suas respectivas capitais. É importante observar que no Brasil, os estados que se destacaram em relação à essa doença, com taxas maiores que a média nacional foram: Espírito Santo, Tocantins, Amazonas, Sergipe, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Rio de Janeiro, Pernambuco e Rio Grande do Sul, sendo essa elevação mais acentuada nos três últimos estados (BRASIL, 2019).

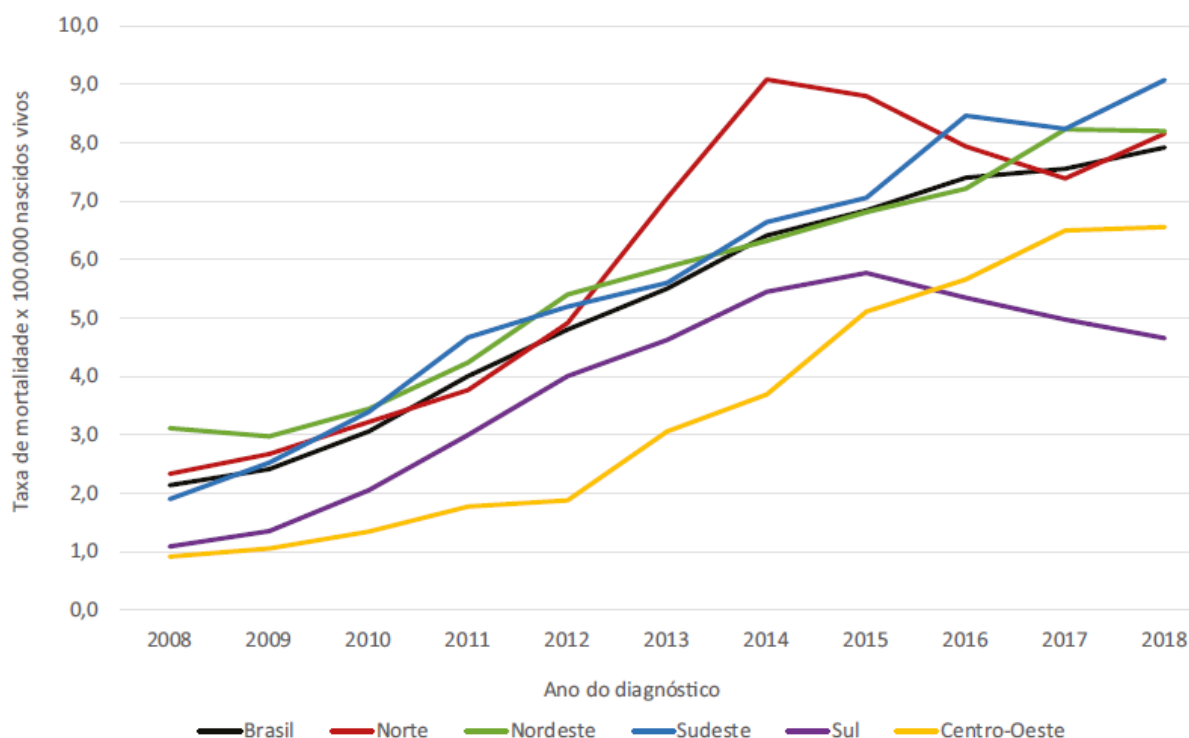
Essas informações evidenciam a necessidade constante de investimento em estratégias que visem combater e prevenir a sífilis congênita no Brasil como um todo. Demonstram também a importância de estudos que investiguem esse agravamento, pois, o enfrentamento dessa doença requer dedicação permanente dos diversos atores envolvidos nesse processo.

Gráfico 3 - Taxas de incidência de sífilis congênita nas principais cidades brasileiras.

Fonte: Boletim epidemiológico, (BRASIL, 2019).

Por meio de análise do Gráfico 3 é possível identificar que a cidade de Vitória, no Espírito Santo, apresenta alta taxa de incidência de sífilis em gestantes, ficando atrás somente do Rio Branco, Rio de Janeiro e Campo Grande (BRASIL, 2019). Sabe-se que inúmeras variáveis estão envolvidas nesse processo, dentre elas, o aperfeiçoamento e melhoria nas notificações, o que não isenta essas regiões de adotarem medidas rigorosas para o controle e prevenção desse agravo.

Constata-se ainda que, as cidades de Recife, Natal, Fortaleza e Porto Alegre se destacam na incidência de casos de sífilis congênita. Observa-se que com exceção dessa última, as outras capitais fazem parte da região do nordeste que enfrenta altos índices de pobreza. Sendo assim, esse resultado não causa estranheza, tendo em vista que essa situação leva a dificuldades no acesso ao tratamento, à escolarização, bem como, a manutenção de outros determinantes sociais que contribuem para a conservação do adoecimento e da dificuldade no combate à essa doença diretamente atrelada às questões sociais.

Gráfico 4 - Taxa de mortalidade por sífilis congênita nas regiões do Brasil.

Fonte: Boletim epidemiológico, (BRASIL, 2019).

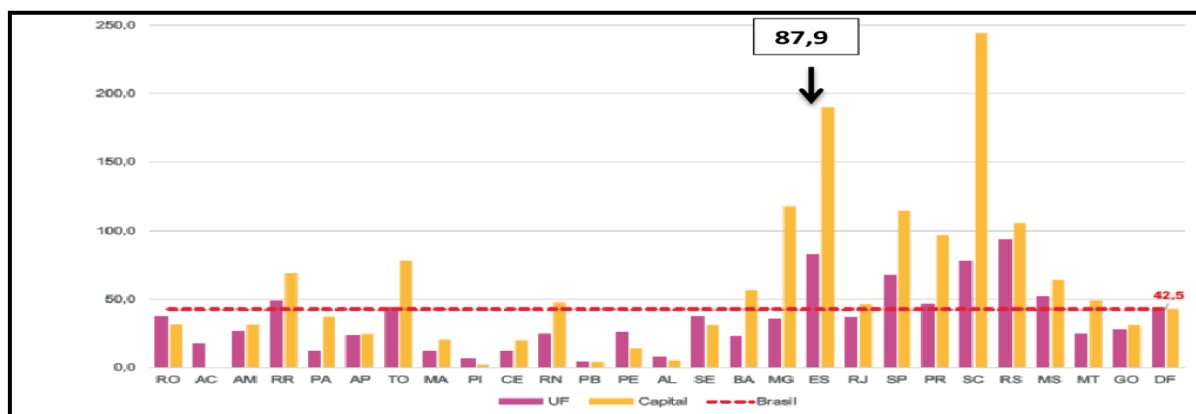
O Gráfico 4 diz respeito às taxas de mortalidade por sífilis congênita nas regiões do Brasil, em dez anos, estando a região sudeste entre as mais afetadas. Como já supracitado, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2019), houve, em 2018, 241 óbitos por sífilis em crianças menores de um ano, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 8,2 por 100 mil nascidos vivos. Na última década, o coeficiente de mortalidade infantil por sífilis passou de 1,9/100.000 em 2008 para 8,2 /100.000 nascidos vivos em 2018.

Diante desse cenário nacional, diversas iniciativas vêm sendo aprimoradas com a finalidade de combater à sífilis no país. Destaca-se, a compra centralizada e distribuição de insumos de diagnóstico e tratamento (testes rápidos, penicilina benzatina e cristalina), o desenvolvimento de instrumentos de disseminação de informação estratégica aos gestores, a instrumentalização de salas de situação, a realização de campanhas de prevenção e o desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da sífilis no SUS (BRASIL,2019).

O Espírito Santo, assim como a maioria dos estados brasileiros, apresentou nos últimos cinco anos aumento significativo no número de casos de sífilis em adultos e sífilis congênita. Como a prevenção da transmissão vertical da sífilis tornou-se prioridade no Brasil, esse estado investiu na elaboração e publicação do Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis, bem como, no aperfeiçoamento do Comitê Estadual de Investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Sendo assim, em 2019, a busca pela prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) resultou numa melhor articulação com os municípios e com a implantação do Pacto de Ações para Prevenção e Assistência às IST, incluindo, a prevenção contra a transmissão vertical, visando melhorar a qualidade assistencial, especialmente no pré-natal das cidades capixabas (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Gráfico 5 - Taxas de detecção de sífilis adquirida segundo Unidade da Federação e capital. Brasil (2016).

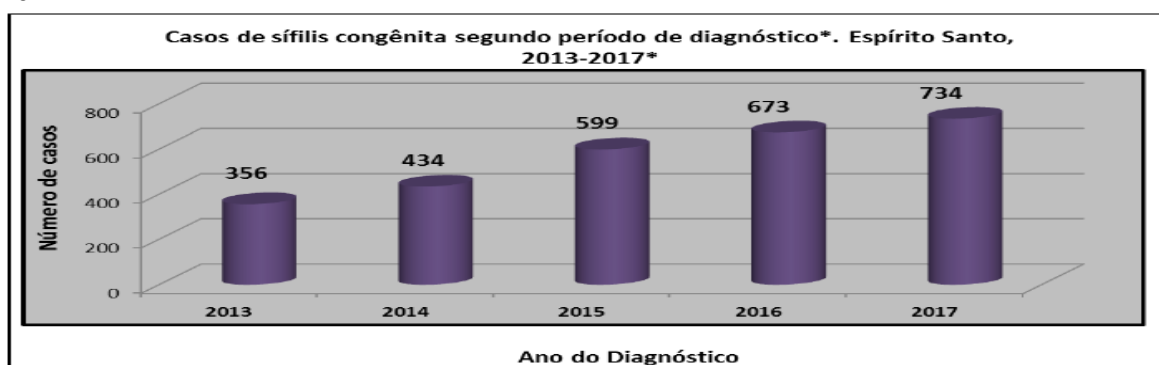


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (2018).

De acordo com os dados do Gráfico 5, é possível perceber que o Espírito Santo possui a segunda maior taxa de detecção de sífilis adquirida no cenário nacional, com 87,9 casos para cada 100 mil habitantes, perdendo apenas para o Rio Grande do Sul. Observa-se que em todo o país, ocorreu um aumento de 4,7% nas notificações de casos de sífilis congênita no período entre 2015 a 2016, sendo que em 2016 os três estados brasileiros com as incidências mais elevadas de sífilis congênita foram: o Rio Grande do Sul, o Rio de Janeiro e o Espírito Santo.

Esses achados evidenciam a importância de investimentos em estratégias que visem enfrentar esse importante problema de saúde pública nas diversas cidades deste estado, dentre elas destaca-se as pesquisas que visem aprofundamento sobre esse agravo.

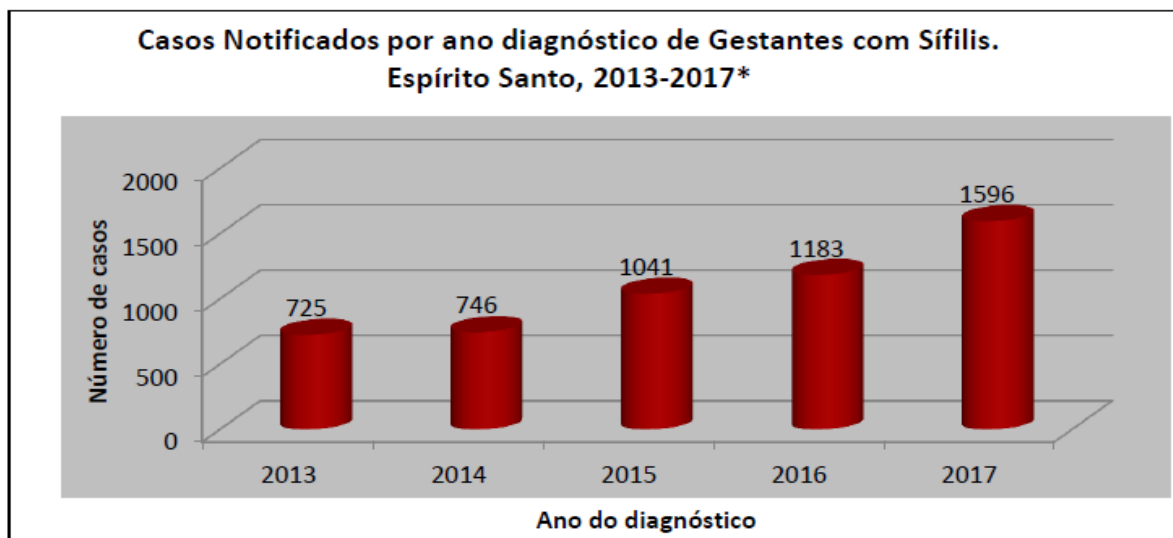
Gráfico 6 - Série de Casos de Sífilis Congênita no Espírito Santo, por ano de diagnóstico, de 2013 a 2017.



Fonte: SESA-ES / C.E. DST-AIDS – Boletim Epidemiológico Nº 33/2018
Dados até dezembro/2017, sujeitos a revisão, atualizados em maio 2018
IBGE - DATASUS- TABNET -SINAN-ES - 19ª SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

Por meio da análise do Gráfico 6, é possível perceber o aumento significativo nos casos de sífilis congênita no Espírito Santo. Em 2017, foram registrados nesse Estado 3.706 casos de sífilis adquirida, 1.596 casos de sífilis em gestantes e 734 casos de SC, contra 356 casos no ano de 2013, sendo que naquele ano ocorreram dois óbitos por essa doença. Tais achados demonstram, o quanto são importantes e necessárias as buscas por modos de intervenção que sejam capazes de combater de forma eficaz esse problema de saúde no estado (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Gráfico 7- Número de casos notificados de sífilis em gestante, por ano diagnóstico, no estado do ES, de 2013 a 2017.

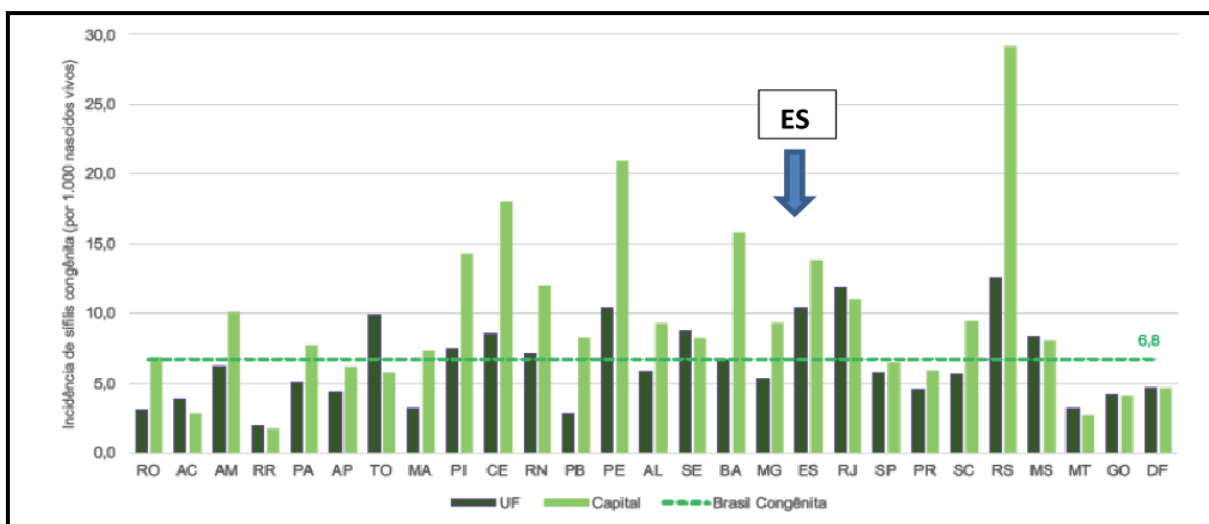


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (2018).

Neste gráfico 7, encontram-se os demonstrativos de que houve um aumento progressivo nos casos de sífilis em gestantes no Espírito Santo, no período de 2013 a 2017, como já mencionado anteriormente. Esse estado vem se destacando entre aqueles que apresentam as maiores taxas desse agravo, sendo que em 2018, o estado apresentou a quarta maior taxa de incidência dessa doença no Brasil (BRASIL, 2019).

Um estudo realizado no Espírito Santo revelou elevada ocorrência de sífilis congênita e sífilis em gestante. Alguns municípios apresentaram taxas elevadas de incidência de sífilis congênita e taxas baixas ou intermediária de sífilis em mulheres grávidas, levando a sugerir subnotificação de casos em gestantes. Outros municípios apresentaram taxas equivalentes de sífilis em gestante e sífilis congênita, revelando falhas na assistência pré-natal (SOARES *et al.*, 2017).

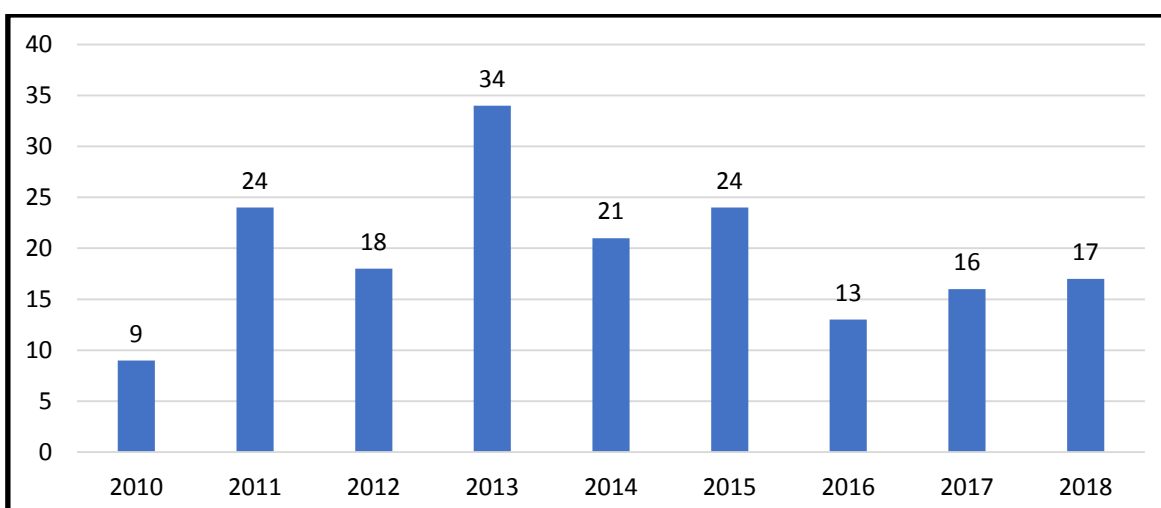
Gráfico 8 - Taxas de incidência de sífilis congênita por Unidade Federativa e capitais – Brasil (2016).



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (2018).

O Gráfico 8 ilustra a comparação dos dados de taxas de incidência de sífilis congênita por Unidade Federada e por Capitais do Brasil. Observa-se que o Espírito Santo apresenta a terceira maior taxa de incidência de sífilis congênita no país. Ao comparar os dados de 2016 e 2017, constatou-se um aumento de 24% no número de casos dessa doença (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Gráfico 9 - Notificações de sífilis congênita no âmbito do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM, nos anos de 2010 a 2015.



Fonte: Serviço de Vigilância epidemiológica do HUCAM.

O Gráfico 9 apresenta os dados da vigilância epidemiológica do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), sendo este de ensino e vinculado ao Governo Federal, que conta com o serviço de maternidade de alto

risco, referência para todo o estado, sendo este, o cenário deste estudo. Portanto, torna-se relevante conhecer os dados relacionados a essa instituição, sendo possível observar também um aumento da incidência de Sífilis Congênita, nesse nosocômio.

Mesmo após a implantação, em 2011, da Rede Cegonha no Brasil e no Espírito Santo, observa-se que essa medida não foi suficiente para impactar de forma positiva na redução do número de casos de sífilis congênita nesse hospital. Como esse hospital atende mulheres de todo o estado, esperava-se que essa estratégia resultasse na redução dos casos dessa doença, uma vez que essa rede investiu em melhorias na atenção materna e infantil, especialmente em relação à assistência pré-natal (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Trata-se de uma estratégia que tem a finalidade de melhorar a humanização da assistência às gestantes e recém-nascidos, objetivando ampliar o acesso, acolhimento e melhorar a qualidade do pré-natal; garantindo transporte para a gestante no pré-natal e para a maternidade; vincular a gestante à unidade de referência para assistência ao parto; assegurar a não peregrinação da gestante, com a vaga sempre para a mãe e o bebê; promover a realização de parto e nascimento seguro; garantir a presença do acompanhante de livre escolha da gestante durante o processo de parturição, promover o cuidado adequado da saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e ampliando o acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016).

Essa rede de cuidados objetiva também ampliar o acesso da gestante ao diagnóstico oportuno de sífilis, permitindo que o tratamento da gestante e de seu parceiro previna a transmissão vertical dessa doença, sendo um passo importante para atingir a meta de eliminação desse agravo no Brasil (BRASIL, 2016).

É importante salientar que, no contexto da rede cegonha, no Espírito Santo houve aumento na adesão ao pré-natal e implantação dos testes rápidos para triagem da sífilis no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas estratégias objetivam promover o diagnóstico precoce e início oportuno das ações de prevenção com vistas à eliminação da sífilis congênita, contudo, tais medidas ainda não concretizaram os impactos esperados (ESPÍRITO SANTO, 2018).

5 VULNERABILIDADE SOCIAL E SÍFILIS CONGÊNITA

O entendimento da vulnerabilidade social, como uma possibilidade de reflexão sobre a relação entre a produção de cidadania e a implementação de políticas públicas, implica no reconhecimento de que os fatores econômicos, sociais e culturais estão atrelados a formas saudáveis de viver. Nesse sentido, torna-se importante compreender os determinantes sociais como fatores que podem fragilizar um grupo de pessoas e implicar na incidência de riscos nos territórios e na capacidade humana para o seu enfrentamento.

Segundo a definição proposta pela OMS, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) estão ligados às condições de vida e trabalho de uma determinada população ou pessoa. Outra definição, mais sintética, explicita que os DSS são as características sociais dentro das quais a vida transcorre, ou seja, as condições sociais em que as pessoas vivem (SILVA *et al.*, 2019).

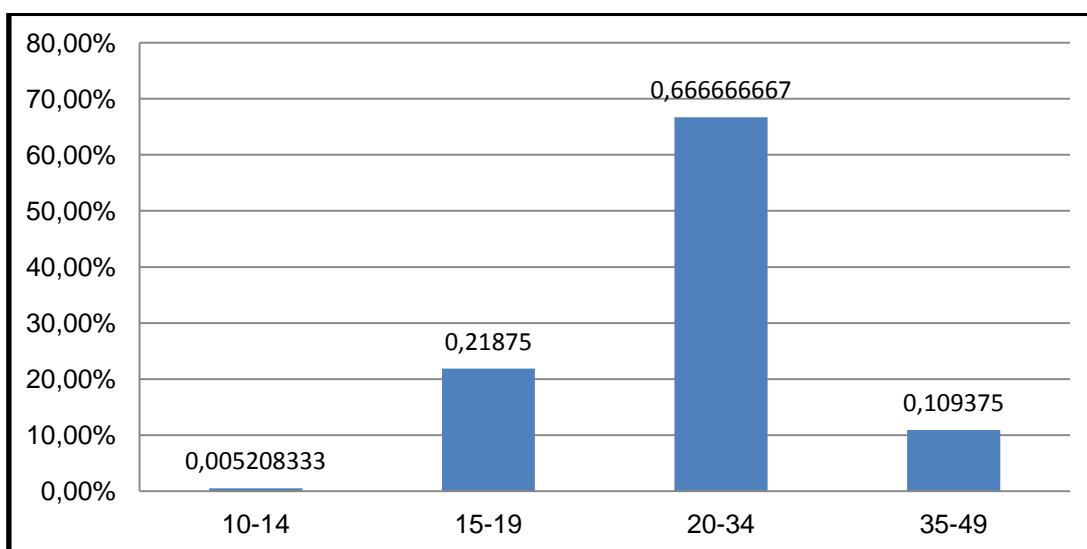
Portanto, os fatores sociais, econômicos, étnicos, comportamentais, psicológicos e culturais podem ser considerados determinantes sociais capazes de influenciar na saúde das pessoas. Para elencá-los, numa comunidade, é importante observar o contexto no qual eles estão imersos, tais como: as condições de moradia, renda, emprego, alimentação, escolarização, dentre outros. Estratégias que visam impactar os DSS precisam estar articuladas com os diversos setores da sociedade e provocar mudanças estruturais que resultem minimamente em melhores condições de trabalho, moradia e educação (SILVA *et al.*, 2019).

Mudanças essas que sejam capazes de provocar nas pessoas uma melhor percepção de saúde e prevenção de doenças. Ao problematizar os DSS chega-se à conclusão de que a ciência médica está intrinsecamente ligada, ou até mesmo identificada, à ciência social. A expressão “saúde pública” está carregada de sentido político e sua prática remete à necessidade de intervenção social em um processo de busca permanente de eliminação de fatores prejudiciais à saúde da população mais vulnerável (ROSEN, 1980).

O termo “vulnerabilidade” designa grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção, promoção ou garantia de seus direitos de cidadania

(MARANGONI *et al.*, 2018). Na adolescência, as mulheres são consideradas vulneráveis no Brasil, devido aos altos índices de gravidez e de infecção por doenças sexualmente transmissíveis nessa população. É importante observar que o município de Vitória está entre as cidades brasileiras que apresentam número elevado destes casos.

Gráfico 10 - Distribuição da idade das mães dos recém-nascidos notificados com sífilis congênita em Vitória - ES, nos anos de 2010 a 2014.



Fonte: SINAN, (2018).

O Gráfico 10 apresenta a distribuição da idade das mães dos recém-nascidos notificados com sífilis congênita na cidade de Vitória/ES. Observa-se que a faixa etária delas varia em sua maioria entre 20 a 34 anos (66,67%), porém, uma parcela considerável (21,88%) são adolescentes ou mães muito jovens com idade entre 15 a 19 anos, o que evidencia uma característica de vulnerabilidade social.

Estudos realizados por Oliveira e Santos (2015) e Campos *et al.* (2012), apontam dados semelhantes, sendo que seus achados revelaram além da idade jovem, ainda a existência de fatores como a baixa escolaridade, o estado civil (solteiras) e condições socioeconômicas limitadas. Essas características de vulnerabilidade social contribuem significativamente para o aumento da incidência de casos de sífilis congênita.

A origem da palavra vulnerabilidade vem da conexão dos vocábulos em latim *vulnerare*, que significa ferir, lesar, prejudicar e *'bīlis-* suscetível a. No contexto da

bioética, vulnerabilidade está relacionada ao ser humano, naturalmente necessitado de ajuda, que poderá estar em estado de perigo ou exposto a potenciais danos em razão de uma fragilidade individual. O indivíduo vulnerável, não necessariamente sofrerá danos, mas está suscetível a eles, uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social, não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida, em sociedade, já que sua cidadania está fragilizada (CARMO; GUIZARDI, 2018).

No âmbito da saúde, a utilização do termo vulnerabilidade começou no início dos anos 1980, com as pesquisas sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), trazendo a adoção do conceito de vulnerabilidade, em substituição ao de grupo de risco (CARMO; GUIZARDI, 2018).

A questão do gênero pode ser considerada um fator relacionado à vulnerabilidade social, uma vez que no Brasil existe, ainda, relações desiguais entre homens e mulheres. Nas comunidades carentes, elas engravidam cedo, o que resulta, muitas vezes, no abandono da escola e posteriormente na dificuldade de inserção no mercado de trabalho, dando continuidade, assim, ao ciclo de pobreza. Essa condição de vida precária pode produzir um estado de fragilidade social e conseqüentemente maior exposição às infecções sexualmente transmissíveis, dentre elas, a sífilis.

A sífilis em geral acomete mulheres jovens em idade reprodutiva e, com isso, aumenta o risco de infecção na gravidez (MIRANDA *et al.*, 2012). A utilização mais intensa da tecnologia e a facilidade no acesso possibilitam os jovens atuais ter maior aproximação entre eles, seja por encontros marcados em grupos ou participação em festas, podendo ter como consequência o uso precoce de drogas, bem como, as práticas sexuais inseguras (FONTES *et al.*, 2017). A tendência grupal a que vivem esses jovens pode promover situações de risco à saúde, por sua maior exposição às circunstâncias de vulnerabilidade (MELO *et al.*, 2016).

No Brasil, a maior parte da população é constituída por jovens, associando a isso o empobrecimento da população, tal circunstância tem favorecido o afastamento dos jovens do mundo do trabalho e da escolarização. Em virtude disso, a falta de perspectiva de vida tem resultado em aumento do tráfico de drogas, de gravidez na adolescência, do risco de transmissão das IST e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade social (FONTES *et al.*, 2017).

A maior prevalência de sífilis na gestação se dá em mulheres com maior vulnerabilidade social, tornando mais complexo o controle da sífilis nessa população. A ocorrência dessa doença associa-se à cor, ao baixo nível de escolaridade, às condições socioeconômicas, falta de acompanhamento pré-natal e número insuficiente de consultas (MOREIRA, 2019).

A sexualidade e as IST representam um binômio que veio mudando sua relação ao longo do tempo, assumindo mudanças em ritmo acelerado. O surgimento dos métodos contraceptivos que possibilitam o controle da natalidade, permitiu mudanças sociais e culturais e maior liberdade sexual. Nesse contexto, as infecções sexualmente transmissíveis vêm adquirindo proporções epidêmicas, às vezes pandêmicas (FONTES *et al.*, 2017).

No contexto de liberdade sexual a mulher encontra-se em maior grau de vulnerabilidade não apenas biológica, mas também, em razão de fatores socioeconômicos e educacionais. Baixa autoestima, violência doméstica, desconhecimento do próprio corpo e da doença, falta de diálogo com o parceiro, instabilidade emocional, são situações relatadas por mulheres nos serviços públicos (BERNI *et al.*, 2007).

Diante da mudança de comportamento sexual dos jovens e especialmente das mulheres, o aumento das IST e da sífilis congênita, torna-se necessário conhecer melhor os fatores que contribuem para a manutenção desse fenômeno. Acredita-se que essas informações possam fornecer subsídios para o aperfeiçoamento de estratégias de enfrentamento e eliminação, em especial, da sífilis congênita, objeto deste estudo.

6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

6.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo. A abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e opiniões, ou seja, são produtos das interpretações que os humanos fazem sobre algo que pensam e sentem. Propicia a construção de abordagens novas, revisão e criação de conceitos novos e categorias no decorrer da investigação (MINAYO, 2014).

A pesquisa descritiva, na concepção de Gil (2002), tem como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

6.2 Cenário do estudo

A pesquisa se desenvolveu no alojamento conjunto da maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), localizado na cidade de Vitória/ES. Trata-se de um espaço com vinte leitos destinados ao atendimento de gestantes de alto risco, realizando em média 100 partos mensais. Nessa instituição há ainda um Centro de Tratamento Intensivo para recém-nascidos que contempla 25 leitos, sendo dez para cuidados intensivos neonatais, dez para cuidados intermediários convencionais, e cinco para cuidados intermediários, por meio do método canguru.

6.3 Participantes da pesquisa

As puérperas foram selecionadas por conveniência, com base nos critérios de inclusão. Participaram desse estudo quinze puérperas, mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita e que estavam acompanhando o tratamento dos seus filhos no alojamento conjunto no período do estudo.

A amostra foi determinada pelo método de saturação teórica, com a suspensão da inclusão de novas participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar na avaliação da pesquisadora, certa repetição, não acrescentando ao material obtido mais contribuições significativas.

6.4 Produção dos dados

Foi desenvolvido um roteiro para entrevista semiestruturada (APÊNDICE I) com cinco questões abertas que tratavam de temas relacionados com a sífilis e suas consequências, o acesso ao tratamento, os aspectos socioeconômicos e culturais da puérpera, bem como sua história familiar e afetiva.

As entrevistas foram realizadas no período de 01 a 30 de julho de 2017, pela pesquisadora, com duração de cerca de vinte minutos. Foram realizadas, após 24 horas ou mais de pós-parto, no momento mais oportuno, durante a internação dos recém-nascidos na maternidade, garantindo um clima de acolhimento. A cada uma das participantes foi esclarecido os objetivos da pesquisa, as implicações de sua participação e o caráter voluntário e confidencial. Após concordarem, manifestaram sua aquiescência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II).

Visando garantir a tranquilidade, privacidade e o sigilo, bem como, a confiabilidade das informações, as pacientes foram convidadas para serem entrevistadas num espaço reservado (sala de reuniões anexo à enfermaria). Essas entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes e transcritas na íntegra, após as transcrições elas foram apagadas.

6.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas nessa pesquisa puérperas com idade superior a dezoito anos que se encontravam em alojamento conjunto, acompanhando seus filhos em tratamento para sífilis congênita no período do estudo.

6.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as puérperas que demonstraram incapacidade de diálogo, em decorrência de abstinência de substâncias psicoativas.

6.5 Análise dos dados

Utilizou-se a metodologia da Análise Textual Discursiva (ATD), um dispositivo analítico de dados qualitativos que, em seu processo constitutivo, e em seus modos de realização, se situa entre a análise de conteúdo e a análise de discurso (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações que tem o objetivo de obter, por procedimentos e objetivos sistemáticos de descrição do conteúdo da mensagem, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a realização de inferência em relação às condições de produção e recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011; FRANCO, 2018).

A análise do discurso por sua vez, é aquela que permite a interpretação da realidade a partir dos textos, possibilitando ao pesquisador captar o sentido não explícito do discurso. Para que o pesquisador compreenda o discurso, é necessário que compreenda igualmente as relações sociais expressas por ele (MINAYO, 2016).

Nesse sentido, a Análise Textual Discursiva se desenvolve por meio de um processo que envolve um ciclo de desconstrução, reconstrução e produção de novas compreensões sobre os fenômenos investigados. Essa metodologia contempla um

ciclo de operações composto por três fases: a unitarização, a categorização e a comunicação (MORAES; GALIAZZI, 2011; 2016).

A partir da leitura cuidadosa do *corpus* de análise, ou seja, de toda a produção textual originada das narrativas das mulheres entrevistadas, foi possível uma impregnação com as falas desses sujeitos. Esse processo viabilizou a desmontagem ou desconstrução dos textos, com a finalidade de perceber significados e sentidos, o que resultou na construção de um conjunto de unidades de análise, finalizando assim, a unitarização (MORAES, GALIAZZI, 2007).

Para categorizar as unidades construídas no processo de unitarização, agrupou-se os elementos que possuíam significados comuns, constituindo-se, assim, as categorias. Elas constituíram-se como elementos de organização para a produção do metatexto, desenvolvido nesse estudo. Por meio da aproximação e articulação entre as categorias produzidas, buscou-se compreender o fenômeno investigado (MORAES, 2003; MORAES; GALIAZZI, 2011).

Para finalizar o ciclo analítico, concretizou-se a comunicação, explicitada em metatextos, que são “construídos de descrição e interpretação, representando o conjunto um modo de teorização sobre os fenômenos investigados” (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 32). A produção do metatexto, baseado nos significados e sentidos produzidos a partir das falas das mulheres participantes desse estudo, representa o esforço para fazer emergir novas compreensões acerca do objeto de estudo.

6.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada em consonância com as recomendações da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para Pesquisa Científica em Seres Humanos, sendo o projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM sob parecer nº 1.336.226 (ANEXO I).

Foi garantido o anonimato às participantes do estudo, sendo que no relatório de pesquisa elas não serão identificadas. As transcrições das entrevistas ficarão guardadas sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise do *corpus*, o ponto de partida se deu em função da questão central desse estudo: “Fatores sociais que contribuem para a transmissão da sífilis congênita”. Após o processo de transcrição das entrevistas e impregnação com o material analisado, por meio de leituras e significações, houve a fragmentação desses discursos, no intuito da construção de sentidos e no estabelecimento de unidades de análise, o que pode ser definido de acordo com Moraes; Galiazzi (2016), como unitarização.

A busca por uma aproximação por semelhança semântica possibilitou a composição de três categorias, sendo elas: 1) fatores comportamentais afetivos-sexuais, 2) história de uso de drogas, 3) conhecimento sobre sífilis congênita. Cada uma delas evidenciaram aspectos bastante comuns e, também particulares de cada entrevistada, expressando os contextos sociais vividos por elas.

Assim, a categorização (MORAES; GALIAZZI, 2016), a partir das ideias elementares que surgiram dos discursos das participantes do estudo, foi resultante do agrupamento das unidades de significado de acordo com suas semelhanças semânticas.

Dando seguimento ao processo de categorização, o esforço para imprimir compreensões acerca do material analisado resultou na produção de um metatexto descritivo. De acordo com Moraes; Galiazzi (2011), essa comunicação produzida é resultante de um movimento inacabado de busca de sentidos que traz marcas de realidades coletivas e, também do pesquisador.

Para sustentar e discutir as categorias, foram selecionados fragmentos dos discursos das participantes, os quais compuseram a amostra representativa dos resultados construídos. Participaram desse estudo quinze mulheres com idade entre 15 e 31 anos, sendo a maioria delas, 53,33% (n=8), com idade igual ou inferior a 21 anos. Somente uma delas relatou estar casada e as demais informaram estarem solteiras (n=7) ou em união consensual (n=7).

Em relação ao tempo de relacionamento com o parceiro até a descoberta da

gravidez atual, a maior parte delas (n= 11) informou período igual ou inferior a um ano, sendo que uma parcela considerável (n=6) referiu que a relação com o pai de seu filho terminou durante a gestação.

No que diz respeito à traição por parte do parceiro durante a união, nove delas (60%), mencionou vivenciarem esta realidade, outras cinco (33,33%) preferiram não declarar, e somente uma afirmou não ter conhecimento de tal prática por parte do companheiro. Observa-se, portanto, que se trata de um grupo de mulheres jovens, solteiras, com pouco tempo de relacionamento amoroso com o pai do recém-nascido, sendo aquele, na maioria dos casos, permeado pela prática da promiscuidade masculina.

Essa caracterização das participantes do estudo, associada à análise dos relatos descritos por elas, permitiu a criação da categoria, fatores comportamentais afetivos-sexuais. Trata-se de uma classificação que vai além da questão sexual, pois, envolve também os sentimentos implicados num relacionamento que buscava se constituir enquanto família.

Categoria 1 - Fatores comportamentais afetivos-sexuais

Toda e qualquer relação de família envolve aspectos afetivos. De acordo com Pinto (2008), a afetividade pode ser considerada como uma dimensão do psiquismo humano responsável pelo sentimento, ou seja, a forma como o ser humano sente a realidade de uma relação. Essa vivência pode ser agradável, triste, prazerosa, pode causar sofrimento ou satisfação.

Assim, a relação interpessoal pode produzir alegria ou tristeza, levando a formação de pessoas felizes e seguras ou infelizes e inseguras. Nesse sentido, a dimensão afetiva pode ser entendida como “o conjunto complexo e dinâmico de emoções e sentimentos, com suas características próprias (...)”. (PINTO, 2010, p.11).

Sendo assim, nas relações interpessoais, a afetividade pode produzir sentimentos que geram satisfação ou insatisfação. Nesse estudo, a partir dos relatos das mulheres participantes, foi possível perceber que, a maioria delas, vivenciaram relacionamentos que evidenciam sentimentos de insatisfação, sendo possível a produção de uma categoria sobre essa questão.

Portanto, a partir desta categoria, buscou-se compreender a relação entre os vínculos afetivos instáveis e precários dessas puérperas e sua influência na transmissão da sífilis e, conseqüentemente, na contaminação para o feto. Os relatos expressados por elas evidenciam que a maioria delas se encontravam em convivência afetiva frágil, insegura, com companheiros na maioria dos casos, promíscuos, sem compromisso com a estrutura familiar e com tendência a parcerias conjugais voláteis, conforme expressam os fragmentos abaixo:

“Tem dois anos que estou com este "traste". Ele tá preso. Ele trabalhava de carteira assinada, nós dois brigávamos muito. Chamei a polícia numa das brigas e ele foi preso (...)” (P 3)

“Esse marido atual é bom, mas é muito "galinha", eu tava com dois meses de gravidez e nós separamos (...).” (P 7)

“Não sou casada não... tô namorando, mas meu namorado, pai desse filho, mora na Bahia, ele veio para cá trabalhar, aí conheci ele. Estamos namorando há um ano.... Peguei sífilis dele, acho que ele tem outras na Bahia (...).” (P13)

“(...) eu peguei do meu namorado...quando namorava a gente morava junto, mas descobri que ele me traia, fiquei quase sozinha durante toda a gravidez”. (P8)

Muitas mulheres que mantêm um relacionamento instável e conflitante com seus parceiros, geralmente, têm um baixo poder de escolha nas suas relações amorosas e dificuldade no diálogo com seus parceiros no que se refere à prevenção, aumentando dessa forma a promiscuidade e o risco para contrair IST (CHAVES, SOUZA 2019).

Sabe-se que o fato da mulher possuir um parceiro fixo, não exclui a possibilidade de transmissão das IST, isso porque esse parceiro pode ter contraído uma doença no passado ou mesmo manter relação sexual com outras pessoas (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

A iniciação da atividade sexual cada vez mais precoce, associada a problemas emocionais, sociais e econômicos, e a falta de conhecimento adequado sobre os riscos de contaminação pelas IST numa relação sexual desprotegida, tem aumentado não somente os casos de gestação indesejada, como também, de doenças venéreas, dentre elas a sífilis (OLIVEIRA; LANZA, 2017).

Alguns aspectos da vida relacionados à sexualidade e ao contexto em que as relações afetivo-sexuais se desenvolvem na contemporaneidade têm gerado

prejuízos nos valores humanizantes e dignificantes nas relações de gênero. A mulher, muitas vezes, tem sido colocada em situação desproporcional ao homem, cabendo a ela, em muitos casos, a busca pela manutenção da instituição familiar, o que a deixa numa situação de maior vulnerabilidade (PEREIRA, 2002).

No Brasil as mulheres ainda vivem em situação desigual com os homens, inclusive em relação às parcerias de vida. Existem fatores sociais e culturais que influenciam o exercício da sexualidade dos homens, podendo favorecer o contágio pela sífilis. Sendo assim, as Políticas Públicas precisam propiciar um olhar diferenciado no que diz respeito à promoção e prevenção de combate à sífilis, contemplando a população masculina, com vistas a atender as suas necessidades de saúde e reduzir as suas vulnerabilidades, reduzindo, dessa forma, a transmissão dessa doença (VEIGA, 2018).

Apesar da desigualdade de gênero e da maior vulnerabilidade da mulher às IST, as políticas de intervenção e controle dessas doenças necessitam contemplar estratégias preventivas, voltadas não só para as mulheres, mas também é necessário envolver os homens em um processo de mudança, já que seu comportamento atinge diretamente a mulher (COSTA *et al.*, 2014).

As mulheres brasileiras que possuem baixa renda estão mais propensas às vulnerabilidades sociais, estando, também, mais suscetíveis a dominação e subordinação. Mais do que informações sobre prevenção contra IST, elas precisam ter oportunidade de se expressar, de refletir em relação às desilusões, às crenças e valores da moralidade dominante. Essa conscientização pode propiciar o abandono de padrões e valores morais que contribuem para a submissão ao risco (GUILHEM; AZEVEDO, 2008).

Dessa forma, poderá ocorrer o empoderamento das mulheres sobre o conhecimento das IST/HIV/AIDS, sendo muito importante que essas ações sejam participativas, por meio de educação em saúde de forma inovadora, dinâmica e reflexiva, que permita o compartilhamento de saberes (MARTINS *et al.*, 2016). Acredita-se que uma atuação ativa delas, na aquisição de seus conhecimentos, pode contribuir para a promoção do exercício saudável da sexualidade.

É provável que haja correlação entre qualidade de vida psicológica e vulnerabilidade

e que o bem-estar psicológico possa garantir menor vulnerabilidade às IST. Logo, as atividades de educação em saúde precisam ser contínuas, precoces, priorizadas, especialmente nas escolas, por meio de uma abordagem socioecológica. Uma intervenção que promova a execução de propostas relacionadas ao desenvolvimento do equilíbrio psicológico, que vislumbre garantir impacto positivo na educação sexual, sobre o corpo, gênero e sexualidade (ALVES, 2019).

É possível que a realidade vivenciada por pessoas em vulnerabilidade, devido a fatores sociais, seja uma questão desafiadora para o enfrentamento da sífilis no Brasil, em especial, a sífilis congênita. Sendo assim, a forma como as mulheres vivenciam a sexualidade e a afetividade nos relacionamentos familiares instáveis propicia a contaminação por IST. É possível que mesmo sendo difícil a prevenção da infecção dessas mulheres pela sífilis, existam possibilidades de se evitar a transmissão vertical, dentre elas, destaca-se a conscientização tanto delas, quanto dos parceiros sobre os impactos da sífilis para o feto.

Não obstante, a história de vida e a forma como as mulheres constroem seus vínculos afetivos e familiares pode influenciar na forma como lidam com o diagnóstico de sífilis na gestação. Para Vianna; Helbusto (2017), mulheres com relacionamento conflituoso com a família e com os parceiros podem ter maior acesso ao uso de drogas lícitas e ilícitas, tornando-as mais vulneráveis a contaminação pela sífilis.

Categoria 2 - História de uso de drogas

As puérperas desse estudo em sua maioria relataram uso de drogas ilícitas em momentos de vida anteriores à gestação, sendo o uso durante o relacionamento atual ou com parceiros de relações antigas. Sabe-se que o uso dessas substâncias é também um problema de saúde pública tanto nacional, quanto mundial. De acordo com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (2017), a dependência química se tornou um fenômeno global, com alarmante e rápido crescimento. O aumento exacerbado de usuários de drogas lícitas e ilícitas tem sido motivo de grande preocupação, podendo revelar a fragilidade das políticas públicas voltadas para essa questão social.

É importante salientar que houve um aumento no consumo geral de drogas entre mulheres, com um crescimento progressivo e preocupante mundialmente. São muitos os fatores sociais, físicos e psíquicos que apontam para o aumento do uso de narcóticos entre as mulheres do Brasil e do mundo (ALVES; ROSA, 2016). Para Portela *et al.*, (2013) mulheres que vivenciam uma estrutura familiar instável são expostas a uma situação de maior vulnerabilidade, aumentando a suscetibilidade ao uso de drogas.

O estudo de Oliveira *et al.*, (2016) encontrou a presença de um caso de sífilis em cada seis gestantes em uso de drogas ilícitas no período gestacional. Tal achado reforça a ausência ou ineficiência dos cuidados básicos de saúde nesse grupo vulnerável e a influência desses fatores na transmissibilidade vertical da sífilis.

É provável que o uso de drogas esteja associado a fatores como características individuais, ao meio ambiente, às relações pessoais, a menor escolaridade, ao uso de drogas pelo parceiro, ao histórico de violência antes e durante a gestação (PORTELA *et al.*, 2013).

Sabe-se que a utilização de drogas ilícitas é um comportamento de risco que expõe a mulher à contaminação por infecção sexualmente transmissível. Nesse estudo, as puérperas, em sua maioria, relataram contato prévio com essas substâncias, mesmo em relacionamentos anteriores. Sendo assim, o contágio pode ter acontecido, tanto por meio do parceiro atual quanto de relações anteriores. As narrativas abaixo evidenciam a vulnerabilidade relacionada ao uso de drogas:

“Vim mexer com drogas com 18 anos, vender (...) minhas amigas ficavam acordadas quando usavam cocaína e eu usei também, envolvi na cocaína só, crack não, tenho medo, minha mãe usava”. (P 8)

“Eu bebo nas festas, uso pó só de vez em quando. Meu companheiro usava mais que eu. Já fui pior, hoje em dia fico mais em casa”. (P 9)

“Ele não usa droga não. Eu usava cocaína, maconha, mas agora não, porque ele não gosta que eu uso...rsrsrsrsrs (P 11)

“Só uso maconha nas festas e às vezes cocaína com amigas, mas não sou viciada não. É bom para dar um" gás", a gente fica ligada... (P15)

Pessoas com dependência química, seja por uso de álcool, seja por outras drogas ilícitas, normalmente evoluem com perdas pessoais, afetivas e/ou laborais,

associadas ao consumo e vulnerabilidades sociais. Elas têm elevado risco de transmitir ou adquirir agentes infecciosos por via sanguínea ou sexual (BRASIL, 2017). O consumo de álcool e crack favorece a adoção de práticas sexuais inseguras, prostituição, uso inconsistente de preservativo e relação sexual com portadores de IST (GUIMARAES *et al.*, 2015).

O uso de drogas ilícitas e lícitas aumenta as chances de um indivíduo envolver-se com múltiplos parceiros sexuais ou não uso de preservativos, e, dessa maneira, aumenta o risco da contaminação por infecção sexualmente transmissível, gravidez indesejada e outras consequências negativas para saúde (MENESES *et al.*, 2017). O estudo de Fontes *et al.*, (2017) demonstrou que o consumo de álcool interfere diretamente na decisão do sexo seguro, sendo que seu uso contínuo também contribui para níveis mais baixos de conhecimento e outras práticas de prevenção à IST.

Kiene *et al.*, (2017) reforçam que o consumo de bebida alcoólica antes das relações sexuais aumenta as chances da prática do coito desprotegido, independente das intenções iniciais da pessoa de usar ou não preservativo e de suas atitudes positivas em relação ao uso dele. Esse achado corrobora os resultados dos outros estudos sobre a relação inversa entre prevenção à IST e uso de drogas.

Ainda em relação à vulnerabilidade de mulheres sexualmente ativas, verificou-se que a substância mais utilizada entre elas é o álcool, seguida da maconha. Muitas delas têm relação sexual sob efeito de bebidas alcoólicas e consumo de outras drogas e praticam o ato sexual de forma desprotegida. Há uma correlação significativa entre o abuso de substâncias e comportamentos de risco para IST (IRARRÁZABAL *et al.*, 2017).

Para além das vulnerabilidades sociais relacionadas ao relacionamento afetivo sexual instável e à utilização de drogas ilícitas em algum momento da vida, os discursos apresentados pelas mulheres participantes desse estudo evidenciaram também outra vulnerabilidade que está relacionada à falta de conhecimento sobre sífilis congênita, e que deram origem a terceira e última categoria.

Categoria 3 - Conhecimento sobre sífilis congênita

Esse estudo evidenciou que as puérperas entrevistadas, em sua maioria, tinham algum conhecimento sobre sífilis, adquirido por meio das mídias sociais, conversas com familiares e amigos, ou por meio de orientações recebidas de profissionais de saúde. Elas referiram saber a forma de contágio e a necessidade de tratamento. Entretanto, informaram desconhecer sobre a sífilis congênita, bem como, a evolução da doença e as consequências para o feto e recém-nascido.

“Eu sei o que é sífilis sim, só que não achava que atingia o bebê e precisava ficar internado para tratar assim. Sabia de tudo, como pega, que tem injeção para tratar, que dói”. (P3)

“(...) sabia que essa doença é doença venérea, (...) não sabia que podia matar o bebê. A gente não sente nada e não se dá conta que está com a doença”. (P 10)

“Eu sei o que é sífilis, mas não sabia que pegava assim no meu filho (...)”. (P 14)

“Sabia o que era sífilis, mas não imaginava que tinha essa complicação difícil de tratar o neném, tem que ficar internado para tratar, isso não sabia. Sei que pega com relação sexual.” (P 15)

Silva *et al.*, (2020) encontraram dados semelhantes e concluíram que as gestantes não adquirem durante o pré-natal conhecimento suficiente para suprir suas necessidades quanto à doença. Apesar de saberem, ou afirmarem ter recebido informações relacionadas a esse agravo, muitas vezes elas demonstraram dificuldade de se expressar.

O desconhecimento da gravidade da doença e das consequências para o feto, juntando-se o fato de ser assintomática, na maioria dos casos, podem fazer com que as puérperas não valorizem o fato de estar com sífilis. Há ainda a questão da presença da infecção nos parceiros que, estando assintomáticos, podem também não reconhecer esse agravo como um problema de saúde. Essa concomitância, não incomum entre os pais de recém-nascidos expostos ou infectados, contribui sobremaneira para a descontinuidade do tratamento e consequente transmissão da infecção para o feto.

O desconhecimento de gestantes sobre sífilis congênita sugere falha na qualidade da assistência pré-natal, em relação à multiplicação do conhecimento sobre esse agravo. A falta de conhecimento sobre a doença aponta para a necessidade de reestruturar a interpretação das mulheres quanto as IST, de tal maneira que elas

possam assimilar todos os aspectos envolvidos desde a transmissão, tratamento e prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita (COCINA *et al.*, 2017).

Durante o acompanhamento pré-natal, o esclarecimento sobre IST deve ser priorizado, dando ênfase nas consequências do tratamento inadequado. Trata-se de momento oportuno para a busca da prevenção da sífilis congênita. A consulta de pré-natal quando não é compreendida como um momento de acolhimento e de esclarecimento pode diminuir a confiança da gestante no profissional que conduz seu atendimento, reduzir o vínculo e contribuir para o abandono do tratamento (ANDRADE; CASTRO, 2019).

O período do pré-natal é um momento importante para a educação em saúde, por meio de diálogo individual e discussões coletivas, em um processo em que o casal busque seu aprendizado, tendo o profissional de saúde como um mediador. Dessa forma, é provável que possa haver maior interesse, especialmente pelas mães sobre as repercussões das IST para o feto (LIMA; MORORÓ, 2016).

Pelos relatos das puérperas desse estudo, observa-se muita desinformação delas sobre a sífilis congênita. É provável que a equipe de saúde se preocupe tanto com o tratamento da gestante, que se esqueçam de enfatizar para as mães sobre as consequências dessa doença para o feto.

É como se a Atenção Básica fosse responsável pelo tratamento da gestante e do parceiro, e a maternidade pelo tratamento do recém-nascido. Sabe-se que todos são responsáveis pelo trinômio, porém, faz-se necessário melhor articulação entre esses dois pontos de atenção da Rede de Assistência Materno Infantil no sentido de somar forças para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

No entanto, também foi observado durante a pesquisa, uma baixa escolaridade dessas puérperas. Sendo assim, de acordo com Lima; Mororó (2016), é possível que as gestantes recebam informações sobre sífilis congênita durante o pré-natal, porém, tenham dificuldade em assimilar as informações, levando a não concretização do aprendizado sobre prevenção, tornando-as mais vulneráveis a contrair IST (LIMA, MORORÓ 2016).

Observa-se um gargalo entre a educação em saúde no pré-natal e a prevenção da

sífilis congênita. Nessa trama, os fios que se emaranham podem estar associados não somente à possível dificuldade na apreensão de conhecimentos pela gestante, mas também à forma como o processo é conduzido. A participação ativa da mulher, e quando possível do parceiro e familiares por meio de discussão e reflexão sobre as IST, é de suma importância, caso contrário, a aprendizagem poderá ficar comprometida.

No Brasil, ainda há grande dificuldade dos profissionais de saúde em desenvolver programas educativos nas instituições de saúde pública, principalmente aqueles voltados para população que não tem educação formal. Há ainda a questão da deficiência no que diz respeito à educação continuada e educação permanente, o que leva a falta de atualizações da equipe de saúde quanto ao manejo das IST, incluindo a sífilis na gestação, o que contribui ainda mais para a dificuldade na redução do número de casos de sífilis congênita (LAZARINI, BARBOSA 2017).

Sendo assim, a falta de conhecimento das mães sobre sífilis congênita, influenciada pela baixa escolaridade e o baixo índice econômico, associado ao déficit no compartilhamento de saberes entre elas e os profissionais de saúde, contribui para o tratamento inadequado e, portanto, exposição do feto a esse agravo. A realização de atividades educativas com foco para prática da prevenção de doenças e com ênfase no impacto dessa infecção para o feto pode proporcionar a diminuição de dados como os revelados nesta pesquisa (LIMA *et al.*, 2016).

A prevenção da sífilis congênita está relacionada à implementação de Políticas Públicas, mas exige também dos profissionais de saúde um olhar mais ampliado e uma postura que rompa os estigmas que ainda marcam a sífilis e o cuidado às mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social (BARBOSA; SANTOS; VIANNA, 2016).

No entanto, é necessário considerar que, não é somente o conhecimento adquirido sobre a sífilis durante o pré-natal que irá favorecer a prática sexual segura e realização adequada do tratamento, são necessárias investigações sobre outras variáveis que possam estar implicadas nessa questão. Acredita-se que, para que ocorra mudança de comportamento, é necessário um processo educativo regular, contínuo, e intersetorial, envolvendo a participação articulada das escolas,

instituições de ensino superior, serviços de saúde e família (CARVALHO, 2019).

Apesar da sífilis ser uma doença antiga, de fácil acesso ao tratamento eficaz e de baixo custo, com excelentes possibilidades de cura e, portanto, sendo a transmissão vertical evitável, a sífilis congênita ainda se mantém como um importante problema de saúde pública, sendo prioritárias as ações de combate a ela em todo o Brasil.

Sendo assim, é importante ampliar os processos de comunicação eficaz entre todos os pontos de atenção da rede de assistência materno infantil, entre os profissionais de saúde e entre eles e a mulher. A finalidade maior deve ser a participação ativa da gestante e do parceiro no processo do cuidar. Esta será sempre uma forma eficiente de erradicar ou manter sob controle a sífilis e evitar sua forma congênita (REBOUÇAS, 2017).

Sendo assim, em relação ao enfrentamento da sífilis congênita, para que haja uma efetiva participação do casal, especialmente da gestante no seu processo de cuidar, ambos precisam compreender o processo saúde/doença relacionado às infecções sexualmente transmissíveis. Eles necessitam entender as possíveis repercussões dessa doença para o recém-nascido, desde as questões que envolvem o tratamento, até aquelas relacionadas à morbidade e à mortalidade decorrente da transmissão vertical. Assim, munidos de conhecimentos, acredita-se que possam, uma vez contaminados, realizar o adequado tratamento, bem como, as medidas para proteger o feto.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis congênita é uma doença evitável e de fácil diagnóstico, porém, representa ainda, um desafio para a saúde pública, uma vez que se mantém alta a incidência desse agravo, resultando em parto prematuro, óbito fetal e neonatal, além de complicações decorrentes da infecção do recém-nascido. As narrativas apresentadas por um grupo de puérperas que transmitiram a sífilis para seus filhos, por via transplacentária, evidenciaram conhecimento limitado sobre sífilis e desconhecimento sobre as consequências da sífilis congênita para o recém-nascido.

O discurso dessas mães evidenciaram determinantes sociais relativos aos fatores comportamentais afetivo-sexuais e à história de uso de substâncias ilícitas que se mostraram, provavelmente, associados ao contexto da transmissão vertical da sífilis. Essas vulnerabilidades podem estar relacionadas às transformações sociais da contemporaneidade, uma vez que se tem observado o aumento no uso de drogas na ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis.

As mulheres participantes desse estudo vivenciam situações de vulnerabilidade e risco envoltos por questões sociais de difícil resolução, como é o caso do uso de drogas e dos relacionamentos amorosos frágeis e inseguros. Estes aspectos podem caracterizar a complexidade que permeia a infecção por sífilis nas gestantes, bem como, a dificuldade para a realização do tratamento e a consequente redução do número de casos de sífilis congênita.

Ainda assim, acredita-se que a educação em saúde pode ser potente para a prevenção desse agravo. Para tanto, os profissionais de saúde, necessitam buscar permanentemente o desenvolvimento de atividades que permitam discussões e reflexões com os casais. A participação ativa, especialmente, da gestante, é fundamental nesse processo. No caso da sífilis congênita, é de extrema importância, que seja dada ênfase nos impactos dessa doença para o feto e para o recém-nascido. Essas intervenções desenvolvidas principalmente na Atenção Primária à Saúde podem trazer grandes contribuições para o enfrentamento desse problema de saúde pública.

Melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, qualificação dos recursos humanos e adequado dimensionamento de profissionais para prestar uma assistência pré-natal integral também são ações necessárias para controlar a transmissão vertical da sífilis. Para além da realização do pré-natal de qualidade, que contempla o adequado manejo da sífilis gestacional, é necessária a compreensão, pelos profissionais de saúde, sobre os determinantes sociais da sífilis.

Conclui-se que a sífilis é uma doença social e que os determinantes sociais contribuem para o risco de sífilis congênita. Seu efetivo controle está relacionado não somente ao cuidado à saúde, mas também, à redução das iniquidades sociais em saúde, à melhoria da qualidade da assistência pré-natal e à evolução social e econômica do país.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A.L.M.B. *et al.* Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.36, n.3, p.376-81, 2018.
- AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Annais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.81, n.2, p.111-26, 2006.
- BARBOSA, R. J.; SANTOS, M. H. S.; VIANNA, P. V. C. Sífilis congênita: mães de uma cidade paulista de grande porte relatam suas vivências e relação com a rede de saúde [trabalho completo]. **XX Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação e VI Encontro de Iniciação à Docência-Universidade do Vale do Paraíba**, p. 27-28, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BECK, E.Q.; SOUZA, M. Fatores de risco para sífilis congênita. **Revista Eletrônica Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 18, n. 2, p. 419-432, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2365>> . Acesso em 22 de jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis Congênita**. Secretaria de Vigilância em Saúde, v.48, n.36, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. 2011.
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html>. Acesso em: 23 de out., 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>. Acesso em: 23 de jun, 2019.
- _____. 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, 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Ano IV, nº.1, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional

de DST e Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Ano I, nº.1, 2012.

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

CARRAPATO, P. *et al.* Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 676-689, 2017.

CARVALHO, R. X. da C. **Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Adolescentes Universitários sobre Sífilis**. 2020. Universidade Federal do Piauí. 2020. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/123456789/1990>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CAVALCANTI, G.M.B *et al.* Transmissão vertical da sífilis na atenção primária: revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. João Pessoa-PB. 2019; 17(3): 25-36. Disponível em: <<http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/118/415>>. Acesso em 22 de jun. 2020.

COCIÑA, M.C. *et al.* Conhecimento das gestantes acerca da sífilis congênita durante o pré-natal. 2017.

COSTA, C.V. *et al.* Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arq. Catarin Med.** 2017 jul-set; 46(3):194-202. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94/191>>. Acesso em 22 de jun. 2020.

COSTA, N. C. S. **Análise da Representação Social do processo saúde-doença da Sífilis adquirida em mulheres em idade fértil**. 2018. 71p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Universidade Federal do Amazonas, 2018. - Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/6416>>. Acesso em 30 jun. 2020.

DA COSTA, F.M. *et al.* A percepção feminina quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/aids. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 880-889, 2014.

DA SILVA, M.R.B. *et al.* Conhecimento sobre a sífilis e o acompanhamento de gestantes em uma clínica da família da Zona Oeste do Rio de Janeiro. **Saúde Coletiva (Barueri)**, n. 52, p. 2124-2130, 2020.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, p.147-57, fev., 2013.

FONTES, M.B. *et al.* Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1343-1352, 2017.

GALATOIRE, P.S.A.; ROSSO, J.A.; SAKAE, T.M. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *ACM Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, v.41, n.2, p.26-32, abr. mar. 2012.

GAMEIRO, V.C. *et al.* Sífilis congênita com lesão óssea: relato de caso. **Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, São Paulo, v.52, n.6, p.740-42, 2017.

GERALDES NETO, B. *et al.* A sífilis no século XVI- o impacto de uma nova doença. **Revista Arquivos de Ciência de Saúde**, Rio Preto, v.16, n.3, p.17-9, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, I.R. *et al.* **Principais Fatores Relacionados à Sífilis Congênita no Brasil–Revisão Integrativa**. 2019. 20 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Formação Acadêmica em Biomedicina) – Faculdade Evangélica de Ceres, Ceres-GO, 2019 – Disponível em: <<http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/1725/1>>. Acesso em: 02 Jul. 2020.

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

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

MACEDO, V.C. *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 78, 2017.

MAGALHÃES, D.M.S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Com. **Ciências Saúde**, Brasília, v.22, Suppl. 1, p.543-554, 2011.

MAHMUD, I.C. *et al.* Sífilis adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, vol. 9, nº 2, 2019. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11820/8034>>. Acesso em 22 de jun. 2020.

MARANGONI, S.R. *et al.* Contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso na gravidez. **Ciênc. Cuid Saúde** 2018 Abr-Jun 17(2). Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/41015/751375138004>>. Acesso em 22 de jun. 2020.

MASCHIO, M.B.M. *et al.* Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.583-9, 2011.

MELO, C.C. *et al.* Um estudo comparativo entre o consumo de álcool e tabaco por adolescentes: fatores de vulnerabilidade e suas consequências. **Revista InterScientia**, v. 4, n. 1, p. 21-30, 2016.

MESQUITA, J. S. *et al.* Fatores de risco e de proteção entre adolescentes em relação às DST/HIV/AIDS. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 11, n. 3, p. 1-7, mar. 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. Rio de Janeiro: Hucited Editora, 2014.

MIRANDA, A.E. *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres jovens que frequentam um programa de saúde da família, em Vitória, Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.87, n.1, p.76-83, fev., 2012.

MORAES, R. Uma Tempestade de Luz: a Compreensão Possibilitada pela Análise Textual Discursiva. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. - Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

_____, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 3. ed. - Ijuí: Editora Unijuí, 2016

_____, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

MOREIRA, D. Epidemiologia da sífilis congênita e materna em um hospital público do município de Carapicuíba – SP. **Journal Health NPEPS**. 2019 jul-dez; 4(2):200-21. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3633>>. Acesso em 22 de jun. 2020.

OLIVEIRA, J.S.; SANTOS, J.V. Perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v.2, n.2, p.20-30, jul./dez. 2015.

OLIVEIRA, M.J.P.; LANZA, L.B. Educação em saúde: doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 3, p. 138-141, 2018.

PAINS, K.C.S. *et al.* Sífilis congênita: um relato de caso no município de Bom Jesus do Itabapoana – RJ. **Revista Científica Interdisciplinar**, Nº2, volume 2, 2017. Disponível em: <<http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/32/30>>. Acesso em 22 de jun. 2020.

PEREIRA, C. P. *et al.* **A sexualidade na adolescência: os valores hierárquicos e igualitários na construção da identidade e das relações afetivo-sexuais dos adolescentes**. 2002. Tese de Doutorado.

PINTO, F. E. M. A dimensão afetiva do sujeito psicológico: algumas definições e principais características. **Revista de Educação**, v. 10, n. 10, 2017.

PINTO, F. E. M. **O sujeito psicológico e as interfaces com as dimensões psíquicas: um breve diálogo sobre a afetividade**. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos> A, v. 538, 2010.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ROTTA, O. **Diagnóstico sorológico da Sífilis**. Anais Brasileiros de Dermatologia, São Paulo, v.80, n.3, p.299-302, 2005.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Análise dos dados da sífilis congênita adquirida. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado do Espírito Santo. **Boletim Epidemiológico CE IST/AIDS/HIV nº 33/2018**. 2018. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/NEVE/Boletim%20Epidemiologico/AN%C3%81LISE%20DOS%20DADOS%20DA%20S%C3%8DFILIS%20NO%20ES%20-%20Boletim%20CE%20IST-AIDS%20N%C2%BA%2033%20-%202018.pdf>>. Acesso em: 26 de out., 2018.

SILVA, M.E.H *et al.* Determinantes sociais da saúde e as iniquidades no Brasil: um debate necessário. **Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Disponível em: <<http://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/742/723>>. Acesso em 22 de jun. 2020.

SONDA, E.C. *et al.* Sífilis congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz, v.3, Ano 3, p.28-30, 2013.

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

VEIGA, M. B. A. **Narrativas de vida de homens com sífilis na perspectiva transcultural: subsídios da enfermagem**, 2018.

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **Vulnerabilidade social e sífilis congênita** sob a responsabilidade de Iria Giacomini.

Justificativa: A sífilis congênita é transmitida da mãe para o bebê ainda no útero, pela placenta. Trata-se de doença evitável e de fácil diagnóstico que representa um problema saúde pública, uma vez que têm se mantido altos os casos dessa doença que pode causar: parto prematuro, morte do recém-nascido e complicações para a criança.

Objetivo da pesquisa: Descrever a compreensão de um grupo de puérperas do Espírito Santo sobre a sífilis congênita e suas consequências para o recém-nascido e identificar determinantes sociais que se relacionam com o contexto da transmissão vertical da sífilis.

Procedimentos: A sua participação é voluntária e consiste em responder a uma entrevista com perguntas breves sobre questões relacionadas a sua vida e sobre seu conhecimento sobre sífilis congênita.

Duração e local da pesquisa: A coleta de dados será realizada no período de um mês, nessa maternidade onde você e seu filho se encontram internados.

Riscos e desconfortos: Os riscos de sua participação são mínimos, uma vez que garantimos o sigilo de sua participação e de suas respostas.

Benefícios: Se você aceitar participar, você ajudará no planejamento de ações para a redução dessa doença nos recém-nascidos.

Garantia de recusa em participar da pesquisa e/ou retirada de consentimento: Caso queira desistir, você terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento dessa pesquisa, seja antes ou depois dessa entrevista, independente do motivo e sem nenhum prejuízo no tratamento do seu familiar. Você não terá nenhuma despesa por participar desse estudo e, também, não receberá nenhuma remuneração.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: Os resultados desta pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo preservada em absoluto sigilo, inclusive para a própria instituição.

Garantia de indenização: Fica garantido a você o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes dessa pesquisa.

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora IRIA GIACOMINI, no telefone (27) 981424262. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da

Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM), através do telefone (27) 3334-3586, e-mail: comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira, das 13:30h às 17h, e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informada e esclarecida sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora, rubricada nas duas páginas.

Vitória, _____.

Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “**Vulnerabilidade social e sífilis congênita**” eu, Iria Giacomini, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora

APÊNDICE II - Roteiro de apoio para a Entrevista

Data:

Paciente:

Idade:

Escolaridade:

Informações da entrevistada acerca de seu conhecimento sobre:

- 1- Consequências da sífilis para a saúde do feto e da criança.
- 2- Formas de contágio e de prevenção no pré-natal.
- 3- Sobre sua vida econômica, familiar e conjugal.
- 4- Sobre uso de drogas lícitas e ilícitas.
- 5- Sobre suas formas de recreação, lazer e autocuidado