

Recebido em 12/2016. Aceito para publicação em 05/2017.

SÍFILIS CONGÊNITA, UM EVENTO SENTINELA: NARRATIVAS DE MÃES DE FILHOS NASCIDOS COM SÍFILIS EM UMA CIDADE METROPOLITANA PAULISTA

CONGENITAL SYPHILIS, A SENTINEL EVENT: NARRATIVES OF MOTHERS OF CHILDREN BORN WITH SYPHILIS IN A METROPOLITAN CITY OF SÃO PAULO

Paula Vilhena Carnevale Vianna¹

Natalia Barboza Helbusto²

Rodrigo Jerônimo Barbosa³

Micael Henrique da Silva Santos⁴

Resumo: *A investigação da sífilis na gestação integra o protocolo de cuidado pré-natal como medida fundamental para prevenir a sífilis congênita, condição evitável, cuja incidência crescente tem alarmado a Secretaria e os Centros de Vigilância Epidemiológica no país. Este estudo investigou processos de trabalho envolvidos na implementação de ações de vigilância em unidades básicas de saúde e explorou fatores socioculturais maternos e acessibilidade aos serviços de saúde como variáveis potencialmente relacionadas ao nascimento de crianças com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. Trata-se de pesquisa com finalidade descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, construída a partir de observações de campo e de análise de conteúdo da narrativa de oito mães que geraram crianças com sífilis, no município de São José dos Campos, SP, entre 2014 e 2015. Os resultados mostram que a prevenção da sífilis congênita depende da implementação das orientações das políticas nacionais, mas também exige dos profissionais de saúde um olhar 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. Considerar a saúde em sentido ampliado é primordial para efetivar as diretrizes estabelecidas pela vigilância.*

Palavras-chave: Infecções sexualmente transmissíveis; sífilis congênita; assistência pré natal; determinantes sociais da saúde; narrativa.

Abstract: *The prenatal guidelines recommend the investigation of syphilis as a measure to prevent congenital syphilis, a preventable condition with raising incidence and a concern to the Secretary and Centers of Epidemiologic Surveillance in Brazil. This paper aimed to investigate work processes involved in the implementation of surveillance guidelines in primary care units as well as to explore maternal social and cultural factors and the accessibility to health care services as variables that could be related to the birth of children with syphilis in a metropolitan city of the State of São Paulo. The descriptive and exploratory research uses qualitative methods and is built upon field observation and content analysis of the narratives of eight mothers of children born with syphilis in the municipality of São José dos Campos, SP, between 2014 and 2015. The results show that the prevention of congenital syphilis depends on the implementation of the national policy guidelines and also demands health professionals to widen their view and approach, breaking the prejudice that still marks both syphilis and the care provided to women in a condition of social vulnerability. Taking health in its broader sense is of foremost importance to effectively implement the guidelines established by the epidemiological surveillance bodies.*

Keywords: Sexually transmitted infections; congenital syphilis; prenatal care; social determinants of health; narrative.

¹ Docente Programa de Pós Graduação em Planejamento Urbano e Faculdade de Ciências da Saúde/IP&D/Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, Brasil. E-mail: paulavianna@univap.br.

² Mestranda em Planejamento Urbano e Regional/Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, Brasil. E-mail: natalia.helbusto@hotmail.com.

³ Biomedicina/Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, Brasil. E-mail: rodrigo.skar@gmail.com.

⁴ Biomedicina/Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, Brasil. E-mail: micael_msilva@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

Um evento sentinela, no campo da vigilância epidemiológica, pode ser definido como uma ocorrência mensurável e sensível para o monitoramento de determinados fenômenos. (TEIXEIRA et al., 2003). O monitoramento dessas condições possibilita a identificação de deficiências na oferta de serviços de saúde e orienta ações para seu aprimoramento. Domingues et al. (2013) aplicaram a definição, estabelecida por Rutstein e colaboradores, na década de 1970, à sífilis congênita, tomando-a como um marcador da qualidade da assistência pré natal.

Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde avalia a sífilis materna como um importante problema de saúde pública. Em 1993, o projeto de eliminação da sífilis congênita foi desenhado seguindo a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A meta definida, incidência menor ou igual a um caso em 1.000 nascidos vivos (NV), no entanto, ainda está distante de ser alcançada.

Mudanças no sistema de registro o tornaram mais sensível e aumentos na incidência podem refletir melhorias no sistema de captura de informações. Tais mudanças incluem a notificação compulsória da sífilis congênita, em 2006; a implementação de um sistema comum de notificação nacional (SINAN-NET), em 2007, e a inclusão da sífilis como doença de notificação compulsória, em 2010. Em 2015, foram notificados 19.228 casos de sífilis congênita, o que correspondeu a uma taxa de incidência de 6,5 casos por 1.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2015). Autores apontam a falha na oferta de pré-natal de qualidade como o principal fator para esse elevado e ascendente índice. (DOMINGUES et al., 2015; MAGALHÃES et al., 2013).

A sífilis é uma infecção de transmissão predominantemente sexual, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. Não tratada, a doença pode evoluir e comprometer a pele, os órgãos internos e o sistema nervoso central. A taxa de transmissão vertical da sífilis varia de 30 a 100%, caso o tratamento seja incompleto ou não aplicado. Por sua evitabilidade e associação a graves desfechos clínicos, incluindo aborto e óbito infantil, o critério diagnóstico adotado é altamente sensível: considera-se caso de sífilis na gestação, toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não Treponema reagente, independente da titulação, mesmo na ausência de resultado de teste Treponêmico, em sorologia realizada no pré-natal, no momento do parto ou da curetagem. (BRASIL, 2010). Além da realização do exame no pré natal, os protocolos orientam a realização da triagem sorológica da mãe, na maternidade. (BRASIL, 2010).

A sífilis gestacional pode gerar recém-nascidos com infecção assintomática ou sintomática. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento e os primeiros sintomas surgem, geralmente, nos primeiros três meses de vida. Já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos a partir da nona semana de gestação (BRASIL, 2010). A sífilis congênita (SC) apresenta dois estágios: precoce, se diagnosticada até dois anos de vida; e tardia, após esse período. Cerca de 70% dos

casos de SC precoce é assintomática (porém podem ocorrer prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, convulsão e meningite, alterações hematológicas). Na SC tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce. O tratamento para SC é a administração de penicilina benzatina, conforme critérios determinados pelo Ministério da Saúde, em três aplicações que impedem a progressão da doença, principalmente se aplicada no primeiro ano após a infecção (BRASIL, 2010). A penicilina é um antibiótico comprovadamente eficaz contra a bactéria causadora da doença e único tratamento recomendado por especialistas para mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis.

No Estado de São Paulo, foram notificados 21.247 casos de SC, no período de 1989 a 2014. A taxa de incidência de SC e a taxa de detecção de sífilis na gestação aumentaram, respectivamente, 1,9 vezes (de 2,0 para 3,9 casos/1.000 nascimentos-ano) e 2,3 vezes (de 3,6 para 8,3 gestantes/1000 nascimentos-ano), quando comparados os anos 2010 e 2013. A medida de controle da SC mais efetiva é o acesso das gestantes à assistência pré-natal adequada, que inclui a captação precoce da gestante para o pré-natal e realização de, no mínimo, seis consultas, com triagem sorológica (VDRL), no primeiro trimestre da gestação, e repetição (segundo teste), em torno da 28ª semana. A busca ativa da gestante, caso os testes reagentes sejam positivos, deve ser realizada, seguida de tratamento e acompanhamento, tanto da gestante como de sua(s) parceria(s), numa abordagem clínico-epidemiológica. Os resultados das sorologias e o tratamento devem ser registrados na carteira da gestante e os casos de sífilis congênita, notificados (BRASIL, 2010). O protocolo está estabelecido é divulgado pelo Ministério da Saúde em diferentes documentos orientadores, tanto para a Vigilância como para os serviços de atenção primária, secundária e terciária, na organização da Rede Cegonha.

Na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, entre os anos de 2008 e 2013, foram notificados 303 casos de SC, o que representou aumento na incidência de 1,32 para 2,92 casos, de SC/1.000NV-ano. Embora esse índice seja inferior ao índice estadual, a comparação entre as 17 regiões de saúde mostra que a Região possui uma das piores relações entre o diagnóstico da sífilis na gestação (medido pela Taxa de Detecção) e a ocorrência de sífilis congênita no Estado (PINTO, 2016), combinando alta taxa de detecção e alta taxa de sífilis congênita, evidenciando a perda de oportunidade de tratamento. Dos 39 municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, 22 notificaram casos no período, incluindo municípios de diferente vulnerabilidade social (medida pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social) (VIANNA, et al, 2015). Na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, e, mais particularmente, no município de São José dos Campos, a crescente identificação de sífilis gestacional e a persistência e elevação de índices de sífilis congênita tornam essa condição uma prioridade para a saúde coletiva.

O objetivo deste estudo foi investigar a efetivação das diretrizes estabelecidas pela Vigilância Epidemiológica em seus documentos normativos, para o controle dessa condição evitável. Para tanto, realizou-se análise da organização das ações de vigilância nas unidades básicas de saúde, por meio de observação de campo, bem como aproximação dos fatores sociais e culturais presentes nas histórias de vida de mães de crianças nascidas com sífilis que poderiam influenciar o seu acesso ao atendimento na rede de saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, transversal, que tem como sujeitos de pesquisa oito mães que transmitiram sífilis a seus conceitos, nos anos de 2014 ou 2015, na cidade de São José dos Campos, SP. O Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE21) forneceu dados para os anos de 2014 e 2015, para a região de saúde do Alto Vale do Paraíba, formada por oito municípios, da qual faz parte o município de São José dos Campos.

A concepção teórica deste estudo é a da determinação social da saúde, que entende a saúde em seu sentido ampliado, como produto da interação de quatro campos: o biológico; o subjetivo e o social, relacionado a hábitos e atitudes de vida; o ambiente de vida e o acesso a serviços de saúde (BUSS, 2003). Essa concepção integra a saúde às demais dimensões da vida, que se inter-relacionam. Nas infecções sexualmente transmissíveis, é evidente a importância de compreender a dimensão social e subjetiva, diretamente relacionada à escolha de hábitos e atitudes, que podem tanto proteger quanto ser deletérios à saúde. Essas escolhas podem ser cerceadas pelo ambiente de vida, que inclui fatores como a renda e o acesso à educação, configurando os denominados “determinantes sociais da saúde”. (BUSS, 2003). É a partir desse conceito ampliado, que considera a influência dos campos social, subjetivo e ambiental sobre a saúde, que se analisou a escuta das narrativas.

O projeto foi submetido ao sistema CEP/CONEP e aprovado sob número CAAE: 50821815.0.0000.5503. A Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de SJC forneceu a lista com as UBS com casos notificados de sífilis congênita, nos anos de 2014 a 2016. Esse período foi escolhido, pois o Manual da Vigilância recomenda dois anos de seguimento após o diagnóstico de sífilis congênita. De posse dessa lista e da autorização formal e escrita para a pesquisa, os pesquisadores contataram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com casos notificados e agendaram uma visita para acordarem a forma de contato com as mães. O contato com as mães foi mediado pelos profissionais e técnicos da UBS (Agentes Comunitários de Saúde - ACS - nas unidades com modelo de saúde da família e enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem responsáveis pela Vigilância nas UBS com modelo tradicional).

A pesquisa qualitativa baseou-se em entrevistas semiestruturadas com as mães, norteadas por documento orientador e na observação de campo. A observação, registrada em diários de campo, priorizou observações em relação à organização do trabalho; ao discurso dos agentes de saúde e ao local de moradia das mães (quando a entrevista foi no domicílio). Segundo Spink (2008), a entrada dos pesquisadores no campo, a forma como situam seu objeto de pesquisa, já é parte da pesquisa e pode contribuir para a interpretação dos resultados. Realizadas ao molde de relatos etnográficos, porém sem a profundidade dessa técnica, as anotações contribuíram para conhecer a prática da vigilância no território, as múltiplas formas de aplicar as normas e a relação entre servidores da saúde e as mulheres sob seus cuidados.

A coleta de dados foi realizada por alunos previamente treinados. A entrevista abordou as vulnerabilidades relacionadas à mulher (fatores biológicos, como a idade; ambientais, como condição de vida e sociais e subjetivas, como hábitos e atitudes e rede de relações), e à rede de serviços (acesso à informação, ao cuidado, aos exames e tratamento; escuta ampliada e envolvimento do parceiro no cuidado). As entrevistas foram avaliadas por meio de análise de conteúdo, método desenvolvido por Laurence Bardin (2009), combinadas à contextualização econômica e social das mulheres e à análise reflexiva dos núcleos temáticos identificados. A partir das informações obtidas na entrevista, procurou-se esclarecer quais fatores, relacionados às histórias de vida e percepção das mulheres sobre o cuidado recebido (ou não), estão envolvidos no desafio de erradicar essa condição prevenível de saúde no município de SJC.

3. RESULTADOS

3.1 São José dos Campos: contextualizando o município e o campo

A Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVale) possui 2.453.387 habitantes e São José é seu município mais populoso e desenvolvido em termos de indicadores sociais e econômicos. Com 680.008 habitantes estimados para o ano de 2016, seu Índice de Desenvolvimento Humano (0,807) supera o Estado de São Paulo. A cada ano nascem, na região, cerca de 34.000 crianças. Em 2014, 100 crianças nascidas com sífilis foram notificadas para os três grupos de Vigilância Epidemiológica da região (os núcleos de São José dos Campos, Caraguatatuba e Taubaté, que conformam o Departamento Regional de Saúde 17). Em 2015, de um total de 146 notificações, 117 ocorreram em São José dos Campos, correspondendo à incidência de sífilis congênita de 2,9/1.000NV, para a RMVale e 4,3/1.000NV, para o município de São José dos Campos. Na relação enviada pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, 39 UBS (das 42 que o município possui) foram indicadas como tendo casos de sífilis congênita em acompanhamento.

A rede de saúde do município é ampla e bem equipada. Das 42 UBS, distribuídas no território, apenas 13 são organizadas no modelo de Estratégia Saúde da Família,

totalizando 43 equipes de saúde da família (ESF), sendo 40 implementadas em 2014, relacionadas ao Programa Mais Médicos para o Brasil. Todas as UBS possuem uma referência técnica para as ações de vigilância. O protocolo de cuidado pré-natal está implementado há vários anos e, em 2015, o protocolo para o diagnóstico e acompanhamento de gestante com testes reagentes para sífilis e seguimento dos recém-nascidos foi revisto e implementado, seguindo as orientações do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado.

O campo foi iniciado pela zona sul, região em que dez unidades possuíam casos notificados e por uma unidade da região leste. A zona sul, região de mais alta densidade demográfica do município, constituiu-se na década de 1970, quando recebeu muitos migrantes para o trabalho industrial. Historicamente, possui indicadores sociais e econômicos desfavoráveis, em comparação às demais regiões, destacando-se a alta mortalidade por causas externas. Objeto de melhorias urbanas, na década de 1990, como pavimentação, iluminação e provimento de serviços públicos, como escolas e unidades de saúde, combina hoje bairros estruturados e outros de estrutura precária. Diversos conjuntos residenciais financiados por políticas habitacionais, via de regra em áreas periféricas, quase no limite do município, estão situados nessa região.

Optamos por incluir, também, uma UBS da região leste, dada a alta incidência de casos (seis mães identificadas). Essa UBS se localiza em área de grande abrangência populacional (cerca de 30 mil pessoas) e é atendida por cinco ESF.

3.2 Primeira aproximação: em busca das mães, com o apoio das unidades

Das onze unidades contatadas por telefone, seis marcaram um encontro presencial com a equipe. Três afirmaram não ter casos em acompanhamento (em uma delas, por mudança da gestante da área de abrangência da UBS) e duas informaram não ter disponibilidade de tempo para receber a equipe de pesquisa, pelo acúmulo de atividades e escassez de recursos humanos. Dessas seis unidades, duas operam no modelo saúde da família e as demais no modelo tradicional de cuidado, sendo que, em duas, há agentes comunitários de saúde (porém subdimensionada para área de abrangência e sem trabalho em equipe) e duas não contam com ACS.

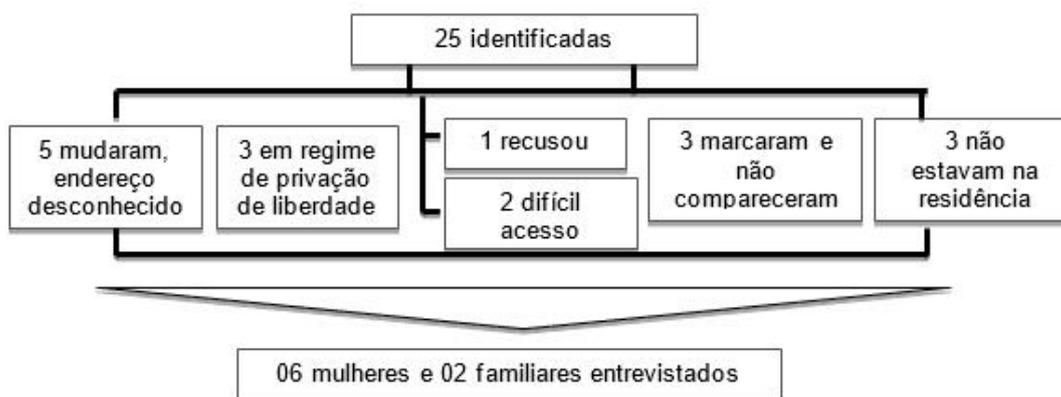
O primeiro contato foi estabelecido com a gerente das unidades, que indicou a pessoa responsável pela vigilância da sífilis na UBS: enfermeira (três unidades), técnica de enfermagem (duas unidades) e equipe (em uma unidade de ESF). Ao primeiro contato, em geral a gerente da unidade considerava que não havia ou havia poucos casos em acompanhamento. Já a responsável pela vigilância epidemiológica sempre conhecia as mães e suas histórias, e os pesquisadores observaram a forma como se referiam ao “caso”, via de regra rotulado de “difícil”, “sem jeito”, “complicado”, “difícil de achar”, “nunca está”. As formas de organização de cada unidade eram particulares, embora os instrumentos de controle, padronizados, fossem os mesmos: algumas

unidades mantinham um livro de controle; em outras, a responsável organizou planilhas; outras tinham fichários. A ficha de notificação e acompanhamento ficava no prontuário, ou separada, no setor de VE. Em uma unidade de saúde da família, a vigilância foi descentralizada para as equipes, que organizavam o prontuário e conheciam, profundamente, a história das mães.

As enfermeiras responsáveis, bem informadas sobre as diretrizes e instrumentos de vigilância e controle, aplicavam-nos corretamente, porém, à época da pesquisa de campo, não tinham a visão contextualizada da sífilis congênita no cenário regional, estadual e nacional. O encontro com os pesquisadores oportunizou a discussão epidemiológica contextualizada para essas escalas.

Outro fator relevante e comumente encontrado diz respeito à frequente mudança de endereço das mães em acompanhamento: gestantes que haviam se mudado do bairro, deixando de ser responsabilidade da UBS ou, inversamente, migrantes de outro bairro habitando a área de abrangência da unidade, ou, ainda, vindas de outra área em que completaram o pré-natal, e agora, a criança era cuidada na UBS. As equipes se esforçaram por refazer essas trajetórias, lembrando-se das mães e, por vezes, informando o seu destino, outras sem saber para onde se mudaram. Com o apoio dos gerentes/enfermeiras e ACS, foram identificadas 22 mães elegíveis para o estudo. (Figura 1)

Figura 1. Fluxograma de mulheres identificadas para inclusão no estudo e mulheres efetivamente entrevistadas, com motivo de exclusão.



Fonte: Autores.

A ida a campo comprovou a dificuldade de encontrar essas mulheres em suas residências (Figura 1). A maioria trabalhava o dia todo, outras permaneciam fora da residência por grandes períodos de tempo; três mães indicadas estavam em regime de privação de liberdade; outras, haviam se mudado de residência e uma, de cidade. Em dois meses de trabalho de campo, oito entrevistas foram realizadas (Figura 2). Duas delas não foram realizadas com as mães, mas com seus familiares (parceiro e avó da criança), pois, em ambos os casos, a mãe estava inacessível, deixara a casa. Optamos por ampliar a realização das entrevistas e considerar as informações fornecidas por

esses familiares, seguindo a orientação de Meihey & Holanda (2015) para a história oral. Segundo esses autores, a combinação de narrativas deve ser valorizada e contribuir para a construção da história oral relativa a determinado tema.

Feito o contato com as unidades e equipes, encontradas as mães, partiu-se para a realização das entrevistas e escuta das narrativas, observando-se, igualmente, os ambientes de vida em que se desenrolaram essas histórias compartilhadas.

3.2 Chegando mais perto: Quem são, onde vivem as mães

Das seis mulheres que contaram suas histórias e das duas cuja história foi contada por familiares, seis eram jovens, tendo entre 18 e 30 anos, uma tinha 38 e outra, 42 anos. A renda era baixa (de zero a dois salários mínimos), seis estavam sem ocupação, uma trabalhava em serviço de alimentação e outra era autônoma. Nenhuma das mulheres entrevistadas planejou a gravidez – em uma expressão comum, foi “um susto” saber; e o início do pré-natal foi tardio, com menos consultas do que o preconizado (com uma exceção). O grau de escolaridade dessas mulheres era intermediário (duas com fundamental completo, uma fundamental incompleto e cinco ensino médio completo) e todas desconheciam a sífilis antes do diagnóstico. As narrativas foram exploradas em torno de quatro campos (informação, acesso a serviços, subjetividade e sociabilidade, ambiente de vida) e os diversos e ambivalentes núcleos temáticos que deles emergiram, evidenciam a complexidade do tema.

O primeiro campo temático, relacionado à informação, evidenciou sua ausência: trata-se, mas apropriadamente, de desinformação. Embora se preocupassem com a AIDS e com evitar a gravidez, as mulheres desconheciam, completamente, o risco de infecção por sífilis. Na sua desinformação, não esclarecida na consulta médica, por vezes em contradições percebidas entre o discurso dos agentes de saúde (agente comunitário/enfermeiro/médico) e sem compreender bem o que era a sífilis ou como a teriam adquirido, como ficaria a relação com o parceiro e outras dúvidas, as mulheres recorreram à *internet*. E isso aumentou a insegurança: “Não sabia muito bem o que era, aí a gente correu pra *internet*, aí quando vi o que poderia acontecer, fiquei assustada” (AB); “No hospital, quando descobri, na hora já fui pesquisar na *internet*, *google*, enfermeira até ficou brava de tantas perguntas que fiz” (GML).

A desinformação não era só em relação à sífilis na gravidez, mas a seus efeitos tardios e outras dúvidas ainda não esclarecidas, como na fala de AMR “sei que a criança pode nascer com a boquinha cortada, com deficiência e tudo, mas até hoje não sei o que acontece com a gente”. Nenhuma gravidez foi planejada, todas as mulheres entrevistadas desconheciam outras infecções sexualmente transmissíveis e relataram não usar preservativos nas relações sexuais, como cita GML, “a gravidez não foi planejada, descobri essa gravidez 6 meses depois de terminar meu relacionamento e foi um susto, porque ela nasceu de 7 meses”. A desinformação quanto à sífilis adquirida

transforma-se num excesso de informações assustadoras em relação aos efeitos da sífilis para o bebê. As mães, então, submetem-se, prontamente, à bateria de exames preconizados, algumas vezes indicada em tom repreensivo pelos profissionais de saúde, embora persistam com muitas dúvidas quanto aos mecanismos de transmissão e manifestações crônicas da afecção, inclusive nos parceiros.

No campo de sociabilidade e subjetividade, foi comum ouvir histórias de uso abusivo ou dependência de substâncias químicas. As duas mães que deixaram a casa possuíam envolvimento direto com uso de drogas ilícitas; ambas têm paradeiro desconhecido, uma habitava com a mãe e saiu de casa com os dois filhos; outra, foi só e o filho é cuidado pelo parceiro e seus familiares. Em dois outros casos, o uso de drogas ilícitas não foi relatado pelas mulheres, mas seus parceiros eram/são usuários e, nesse caso, o tratamento do parceiro é um desafio maior: além do desconhecimento e negação da doença e da restrição do horário comercial de atendimento das unidades de saúde, relatadas, em todos os casos, como empecilhos para o tratamento, acrescenta-se a dificuldade de contato do serviço de saúde com o parceiro, a dificuldade do diálogo na relação marcada pela agressividade e a ausência da possibilidade de argumentação. Como relata SM, “é difícil falar para ele tratar... eu falo, ele não vai... ele diz não e eu não consigo falar não para ele”. Nesse caso, a falta de visita domiciliar para apoiar o diálogo com o parceiro, que nunca compareceu à UBS, transparece: “eles brigam comigo, mas nunca foram lá falar com ele”. (SM)

A despeito dessas dificuldades, em seis parcerias, o parceiro foi adequadamente tratado. Na maior parte dos casos, as mulheres receberam o diagnóstico na consulta médica, sem a companhia dos parceiros. Ficaram, então, responsáveis por comunicar-lhes uma situação não de todo compreendida (quem teria se infectado primeiro?), em conversas tensas; embates marcados por agressividade e acusações, em que coube à mulher comunicar ao parceiro a necessidade de tratamento e acompanhamento clínico. Somente em um único relato o casal esteve junto, desde a primeira consulta de pré-natal ao nascimento e cuidado da criança, tendo sido verificada uma relação de respeito mútuo entre os parceiros. O tom afetivo desta narrativa, em que ASB narrou a história de sua gravidez não planejada, ocorrida precocemente, aos 17 anos, condizia com a amorosa relação observada no trato com seu parceiro, o qual trabalhava no lar, dispensando atenção à esposa e filha de um ano e seis meses, que encontrava-se brincando na sala quando da entrevista.

Para o não tratamento do parceiro, contribuíram a já mencionada transitoriedade de endereço, que, por vezes, é do casal; por vezes, da mãe; e outras, ainda, do parceiro, à dificuldade de vincular e acolher essas gestantes vulneráveis e seus laços familiares. Nas unidades com agentes comunitários de saúde e, em especial, nas unidades com ESF, observa-se uma relação mais próxima entre profissionais e mulheres/famílias. Nas unidades de modelo tradicional, todo o procedimento técnico é seguido, porém o vínculo não se institui do mesmo modo, o que leva a situações conflitantes, como a de SM. Gestante por oito vezes, tendo tido dois abortos, SM é mãe de seis filhos do mesmo parceiro e tratou de sífilis em todas as gestações, em pré-natal realizado em diferentes

UBS, uma delas, em município vizinho. Nenhum filho adquiriu sífilis, porém seu parceiro nunca foi tratado e tem sintomas cardiovasculares e neurológicos, que podem indicar sífilis terciária.

Na fala das mães sobre o atendimento de pré-natal nas UBS e o acompanhamento do tratamento da doença, reclamações acerca do acesso ao agendamento das consultas foram frequentes e, em dois casos, a demora do acesso ao medicamento essencial ao tratamento (penicilina benzatina). No geral, as gestantes foram atendidas e orientadas, mas duas mulheres afirmaram ter recebido o diagnóstico em tom de censura e repreensão, como relata AB: “a médica meio que chamou minha atenção, brigou comigo um pouquinho: tá vendo no que dá?”.

As gestantes vivem em situações de vulnerabilidade econômica e social, em conjuntos habitacionais populares, recebendo auxílios ou com percentual significativo da renda comprometido com o aluguel. A observação dos ambientes de vida revela a fragilidade e tensões da vida nos conjuntos residenciais, em que o estabelecimento de redes sociais é construção difícil, dada as diferentes proveniências das pessoas alocadas e a instituição de poderes e formas de regramento e organização social conflitantes. Mas há, também, residências nos bairros, portões com grades, revelando as construções simples, por vezes um quarto alugado no fundo; outras, uma casa em que a garagem se torna sala de refeições, mesa posta, café sempre pronto, em que essas mulheres cuidam dos filhos e da vida com a perspectiva de futuro imediato, vivendo o dia de hoje, um dia após o outro. A história de vida e a forma como construíram sua rede de relações sociais e familiares influenciou a forma como lidaram com o diagnóstico de sífilis na gestação. Mulheres com relacionamento conflituoso com a família e com os parceiros, com envolvimento com uso de substâncias ilícitas, lidam com maior dificuldade com a gestação e o cuidado do recém-nascido. Por outro lado, algumas aumentaram sua autonomia, seja terminando relações em que se descobriram traídas, como cita GHA: “Na minha primeira filha foi tranquilo, não tive problema algum, só na minha segunda filha, [...] o pai dela viajava bastante, era pedreiro, me traia muito, [...] deixei ele”, seja fortalecendo uma relação com base na confiança, como conta AB:

No começo a gente ficou assim, ninguém sabe quem transmitiu, o que será que está acontecendo.... Mais depois ficou mais fácil, a gente foi junto tratar, se apoiando e não quis saber de quem que é, fizemos um acordo e o que passou, passou.

O sexo desprotegido se manteve após o diagnóstico, apenas duas relataram usar preservativo nas relações atuais. Nenhuma usava antes do diagnóstico e os motivos citados para justificar o não uso foram: a confiança no parceiro, o ato sexual sob efeito do uso de drogas, ou a dificuldade de tratar o assunto, mesmo para as mulheres que tinham conhecimento da atividade sexual do parceiro fora do relacionamento.

No campo temático das relações, a família se destaca. Para duas mães, o apoio da família foi fundamental para o tratamento, deu sustentação e ancorou a vida, como relata GML “Depois de tudo isso me sinto aliviada, um alívio muito bom, hoje sou uma

pessoa normal, mas me cuida mais. Meu maior apoio foi minha família” e CMS “todo mundo ajuda, meus irmãos me ajudam, aí eles que me socorrem”. No entanto, a família nem sempre é apoio. Histórias geracionais de negligência, violência, repetem-se em focos de conflito, agressão e rupturas. A mãe parte, e seus familiares e do parceiro, usuário de drogas ilícitas e pai presente e afetuoso, formam uma rede de cuidados que sustenta a criança. Ou, a mãe parte com os filhos e nem família nem equipe de saúde logram desenvolver estratégias para manter o cuidado. Os cenários familiares são complexos e o cuidado da criança pode tanto romper quanto perpetuar esses ciclos.

As UBS tiveram um papel importante na notificação da doença para controle da Vigilância Epidemiológica, oferecendo o tratamento e os hospitais são lembrados pelas mulheres como lugares de excelência no cuidado, como relata GML:

Meu maior apoio foi minha família e lógico o hospital, os enfermeiros, médicos, sempre do meu lado me ajudando, todo dia me ajudando, psicólogo do hospital me apoiando, me aconselhando.

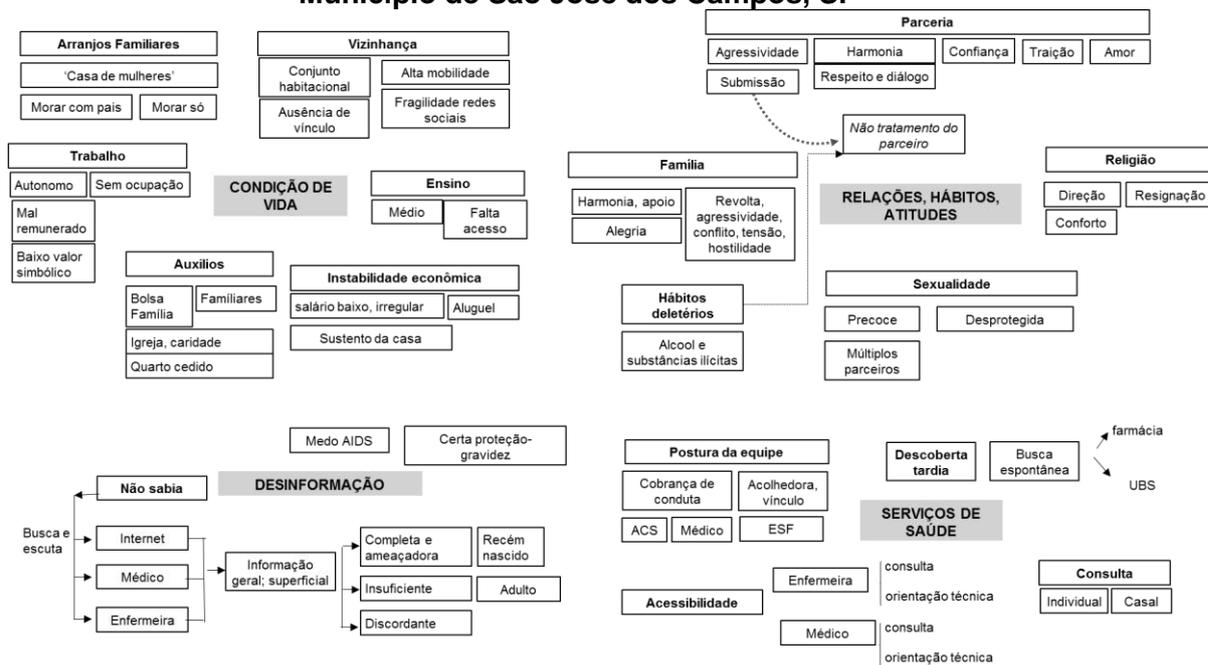
A espiritualidade e religião são um último núcleo temático identificado no campo relações, hábitos e atitudes. Presentes em todas as entrevistas, as mães ou seus familiares expressaram a espiritualidade em frases como “porque Deus quis”/ “Graças a Deus”, em busca de motivação, ou, resignação, como um conforto para suas complexas situações de vulnerabilidade.

4 REFLETINDO SOBRE OS ACHADOS

O crescente aumento da incidência de sífilis congênita pode ser um aumento real ou um efeito de melhor reconhecimento do cenário epidemiológico, decorrente do aumento da notificação, como, ainda, uma notificação superestimada, com alto percentual de falsos positivos, dada à alta sensibilidade dos critérios diagnósticos instituídos em 2006.

O fato é que, como já apontavam Ramos Jr et al, em 2007, as estratégias para o controle da transmissão vertical de sífilis não lograram o mesmo sucesso daquelas para a transmissão vertical do HIV, e uma série de fatores podem ser imputados a essa diferença, desde a forma como o diagnóstico precoce e aconselhamento foram instituídos para o HIV, aos modos de tratamento para ambas as afeções. Ramos Jr et al (2007) já ressaltavam a importância de considerar os contextos de vulnerabilidade nas populações suscetíveis para o adequado manejo dessas condições. Essas situações de vulnerabilidade incluem fatores econômicos e sociais, como a instrução, renda; a alta transitoriedade associada ao difícil acesso à moradia; além de fatores familiares, culturais e relacionais. Deve-se, ainda, discutir a questão de gênero e a forma como as mulheres se relacionam com os parceiros e com os serviços de saúde.

Figura 2. Mapa de núcleos temáticos identificados nas narrativas de seis mães e dois familiares de mães de crianças nascidas com sífilis, em 2014/2015, no Município de São José dos Campos, SP



Fonte: Construção dos autores, Pesquisa de Campo.

O não tratamento dos parceiros é indicado, na literatura científica, como um dos principais obstáculos para a redução de incidência de sífilis congênita. (DOMINGUES, et al, 2013; MAGALHÃES et al, 2013, Semana Paulista ..., 2016), daí a orientação do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo de tratar os parceiros diante da sorologia positiva da gestante (BRASIL, 2010). No entanto, poucos estudos investigam quais as dificuldades relacionadas ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. (DOMINGUES, et al, 2013). A inclusão do parceiro no pré-natal é importante estratégia para a abordagem do problema, considerada determinante para a cura efetiva da mãe (pela redução das recidivas) e, conseqüentemente, para a eliminação do agravo.

Neste estudo, na gravidez, das oito mulheres quatro moravam com o parceiro, em uniões estáveis, namorando ou, simplesmente, “morando junto”. Praticamente todas foram sozinhas à consulta em que receberam o diagnóstico e coube a elas a transmissão da informação para o parceiro. As gestantes, como vimos, dispunham de pouco conhecimento sobre esse delicado tema, que revela, na sua enunciação, fragilidades no relacionamento. Traição, violência, dúvidas, questionamentos foram despertados no diagnóstico enunciado. Ora, como transmitir ao parceiro? Fica patente a dificuldade dos serviços de saúde em tratar a mulher de forma integral, incorporando ao campo biomédico os demais campos que constituem a saúde, ou de desenvolver a sensibilidade para a elaboração de estratégias de comunicação efetivas, que façam sentido para as realidades de vida das mulheres gestantes com sífilis. A escuta das

narrativas revela relações de subordinação das mulheres a seus parceiros, um evidente obstáculo ao diálogo e comunicação sobre o tratamento e riscos de uma doença sexualmente transmissível; a ida ao território revela a dificuldade de encontrar essas mulheres e seus parceiros, por fatores variados e ambivalentes, que incluem o trabalho – distante, mal remunerado e de baixo capital social – e o uso de drogas ilícitas; a observação dos procedimentos nas unidades de saúde denota as múltiplas práticas e modos de operar as regras institucionais de controle. Assim como as mulheres portadoras de Herpes Vírus Humano genital (SOUZA, PINHEIRO e BARROSO, 2008), as gestantes portadoras de sífilis devem ser consideradas em seus aspectos culturais e sociais para um cuidado mais efetivo.

Em relação aos campos temáticos acesso e (des)informação, a literatura aponta a complexidade do tratamento do parceiro e a necessidade da informação para a tomada de decisão que reduza os riscos na saúde reprodutiva, elaborando estratégias que atinjam a população alvo (em geral, população mais jovem) de maneira mais efetiva. A dificuldade de tratamento do parceiro pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, excludentes em relação ao homem, contribuindo para a baixa procura por atendimento. Pode, também, estar associada à visão que os homens têm em relação à saúde, pois atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado. Por outro lado, existem, ainda, questões inerentes aos serviços e à atitude dos parceiros, como é o caso do uso de drogas e álcool, e a procura de lugares e parcerias para a prática do sexo. (DOMINGUES, et al, 2013).

Em 2007, Ramos Jr alertava que o controle da SC parecia não representar um problema importante a ser enfrentado pelos responsáveis pelas políticas públicas de saúde, considerando a historicidade do problema (RAMOS Jr, 2007), situação que permanece, passada quase uma década, ainda sem solução (MAGALHÃES et al, 2013; MIRANDA et al, 2012). Especialistas afirmam que é possível evitar a transmissão vertical de doenças e reivindicam investimento para o seu controle, como ocorreu com o HIV (RAMOS Jr, 2013, Semana Paulista ..., 2016). No entanto, as narrativas colhidas mostram que há outras questões a considerar, que passam pelos campos das relações sociais estabelecidas; dos hábitos e atitudes, incluindo o consumo de substâncias ilícitas e a forma como esse consumo influencia a relação sexual e os relacionamentos; pelo campo da religiosidade e a forma como esta se manifesta, por vezes confortando, por vezes aumentando, a vitimização das mães.

Para as mulheres, especialmente aquelas de parceiro fixo, o uso do preservativo, nas relações sexuais, ainda é tabu, por vezes devido à confiança que tinham ou ainda têm no parceiro; por vezes, pelo papel submisso que desempenham na relação, que as impede de argumentar com os parceiros que se negam ao uso. Os serviços de saúde devem considerar e tratar dessas questões, adotando a postura preconizada nos documentos que orientam a atenção básica (BRASIL, 2006) e, mais especificamente, o controle da Sífilis (BRASIL, 2010), que preconizam o acolhimento e identificação conjunta, com a paciente, de estratégias de negociação com o parceiro e

acompanhamento até o fim do tratamento, pois a infecção repetida pode perpetuar a sífilis, como observamos em uma mãe que tratou da afecção em todas as suas seis gestações, do mesmo parceiro.

5 TECENDO CONSIDERAÇÕES

A sífilis congênita é condição evitável, desde que corretamente diagnosticada e tratada. A persistência de alta incidência da doença e de alta taxa de transmissão vertical, mesmo após o aumento da cobertura de assistência pré-natal, indica que há problemas na assistência. Ainda que o número de narrativas obtido nessa pesquisa tenha sido pequeno, os achados se alinham ao que tem sido apontado nas pesquisas acadêmicas e iluminam alguns pontos reiteradamente identificados, em estudos quantitativos, como entraves para o controle dessa condição. Os pontos ressaltados pelas mães, neste estudo – dificuldade de acesso das mães e parceiros aos serviços e tratamento; falta de informação, que gera hábitos e atitudes que aumentam a vulnerabilidade à doença; o papel protetor ou potencializador de vulnerabilidade das redes sociais – auxiliam a compreender os pontos indicados na literatura como críticos para o cuidado: a ausência de aconselhamento e a falta do tratamento ao parceiro.

No entanto, não se trata apenas de organizar as normas e regras dos serviços, que estão claramente instituídos e são adotados na forma de protocolos. O estudo mostra a necessidade da incorporação do conceito de saúde ampliada (BUSS, 2003), que considera a pessoa no seu todo (biopsicossocial), às práticas de cuidado à gestante e na acessibilidade aos serviços. Considerar a saúde integral da gestante poderá possibilitar aos profissionais, técnicos e agentes de saúde, a escuta qualificada, que acolha informações referentes aos campos subjetivos, sociais, econômicos e familiares da mulher no cuidado à saúde reprodutiva, desde antes da gravidez. Há equipes normativas e distantes; há equipes acolhedoras; há famílias que apoiam, há famílias que angustiam; há mulheres que reconstróem seus relacionamentos, outras que os rompem. Nem tudo cabe em categorias pré-definidas. As narrativas são muitas e complexas, mas apontam algo em comum, em especial a importância das redes sociais e da espiritualidade e religiosidade, que devem ser consideradas pela equipe.

Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores. Considerada como evento sentinela, a SC é um marcador da sífilis em adultos e revela a vulnerabilidade das mulheres e a limitação dos serviços de saúde para o controle dessa afecção, que envolve as dimensões sociais, culturais e de ambiente de vida. O acesso aos serviços, considerando o curto intervalo da gestação para a realização do diagnóstico e tratamento, é um dos fatores que influenciam a redução da transmissão vertical da sífilis, mas os fatores que concorrem para a manutenção dos índices são múltiplos e envolvem desde, a persistência da dificuldade de abordagem das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente

durante a gestação, pela equipe e pelo casal ao desconhecimento do agravo e dos danos que pode causar à saúde da mulher e do bebê. Não menos importante, nos serviços de saúde, é a visão que ainda prioriza o olhar biomédico e não incorpora as demais dimensões de saúde como parte do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Vol. 4. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2015**. Brasília, DF, 2015.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. Freitas (Eds.), **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15–38

DOMINGUES, R.M.S.M, et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**, v.1, p. 147-157, 2013.

DOMINGUES, C.S.B, et al. Sífilis congênita no Estado de São Paulo: o desafio continua. **Boletim epidemiológico Paulista (BEPA)**, v.12, n. 142, p. 27-37, 2015.

MAGALHÃES, D.M.S et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013.

MEIHY, J.C.S. & HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2015.

PINTO, Valdir Monteiro. **Panorama da sífilis na gestante e sífilis congênita no estado de São Paulo**. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/publicacoes/arquivos-de-eventos/semana-de-mobilizacao-contra-a-sifilis-2016/apresentações>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

RAMOS JR, Alberto Novaes et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S370-S378, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Tabnet**. Disponível em: <http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/sifilis_pacto.def>. Acesso em: 01 ago. 2015.

SPINK, P. K. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, 2008.

SOUZA, L.B.; PINHEIRO, A.K.B; BARROSO, M.G.T. Ser mulher portadora de HPV: uma abordagem cultural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2008, v. 42, n. 4, p.737-743 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a16.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

TEIXEIRA, M.G. et al. Áreas sentinelas: uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 21-28, 2003. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2016.

VIANNA, PVC; CHICA, A.P.L. Incidência de Sífilis Congênita na Região do Vale do Paraíba Paulista e Litoral Norte: ainda um desafio. **Anais do XII Congresso Paulista de Saúde Pública**, São Carlos, SP, 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos e a todas as pessoas (mulheres entrevistadas, suas parcerias e familiares, membros das equipes de saúde) que apoiaram e possibilitaram esta pesquisa.