



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

CAROLINA MATTEUSSI LINO

**FATORES ASSOCIADOS, QUALIDADE DE VIDA E
PERCEPÇÃO SOBRE A SÍFILIS EM GESTANTES ATENDIDAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Piracicaba

2024

CAROLINA MATTEUSSI LINO

**FATORES ASSOCIADOS, QUALIDADE DE VIDA E
PERCEPÇÃO SOBRE A SÍFILIS EM GESTANTES ATENDIDAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Odontologia, na Área de Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Marília Jesus Batista de Brito Mota

COORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Sayuri Tanaka Maeda

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA CAROLINA MATTEUSSI LINO E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARÍLIA JESUS BATISTA DE BRITO MOTA E COORIENTADA PELA PROFA. DRA. SAYURI TANAKA MAEDA.

Piracicaba

2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

L649f Lino, Carolina Matteussi, 1991-
Fatores associados, qualidade de vida e percepção sobre a sífilis em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde / Carolina Matteussi Lino. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Marília Jesus Batista de Brito Mota.
Coorientador: Sayuri Tanaka Maeda.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Epidemiologia. 2. Doenças sexualmente transmissíveis. 3. Saúde materno-infantil. I. Batista, Marília Jesus, 1974-. II. Maeda, Sayuri Tanaka. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Associated factors, quality of life and perception of syphilis in pregnant women treated in Primary Health Care

Palavras-chave em inglês:

Epidemiology
Sexually transmitted diseases
Maternal and child health

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutora em Odontologia

Banca examinadora:

Marília Jesus Batista de Brito Mota [Orientador]
Egberto Ribeiro Turato
Maria José Martins Duarte Osis
Márcia Regina Campos Costa da Fonseca
Carla Fabiana Tenani

Data de defesa: 27-02-2024

Programa de Pós-Graduação: Odontologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-6686-3296>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3664996883410902>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 27 de fevereiro de 2024, considerou a candidata CAROLINA MATTEUSSI LINO aprovada.

PROF^a. DR^a. MARÍLIA JESUS BATISTA DE BRITO MOTA

PROF^a. DR^a. MÁRCIA REGINA CAMPOS COSTA DA FONSECA

PROF^a. DR^a. CARLA FABIANA TENANI

PROF^a. DR^a. MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS

PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

Primeiramente, dedico esse trabalho a Deus, por ser a minha fortaleza e meu refúgio, guiando-me e fortalecendo-me em cada desafio e momento nos quais pensei não conseguir. Dedico também às gestantes que prontamente participaram, confiaram e compartilharam comigo suas histórias e sentimentos, tornando-me uma profissional e, principalmente, uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

A gratidão é uma singela e necessária forma de reconhecer e valorizar cada pessoa ou situação que contribuiu para a concretização dessa jornada. Desta forma, é preciso iniciar agradecendo aos meus pais Leonel e Maria (*in memoriam*), que sempre estiveram ao meu lado, cuidando de tudo que era possível, dando-me força durante as adversidades e apoiando-me em cada caminho que escolhi seguir, sempre com muito amor, carinho, dedicação e orgulho.

Ao meu namorado que, nos momentos mais difíceis desse percurso sempre esteve ao meu lado, ouvindo-me, amparando-me e incentivando-me incondicionalmente. Não posso deixar de agradecer também por sempre ajudar-me na realização dos meus sonhos e se fazer presente nesses momentos. Obrigada por sempre acreditar em mim! Te amo!

A toda a minha família (*in memoriam*: Therezinha, Francisco e Melissa), por sempre estarem presentes, cada um de sua forma, torcendo por mim e enviando boas energias e pensamentos. Ademais, não posso deixar de agradecer especialmente às tias Maria e Sílvia e à vó Inês, por me darem colo, amparo e força quando mais precisei, sendo meus exemplos de fortaleza.

Aos meus sogros, por me acolherem de forma incondicional na família e em sua casa, por acreditarem e torcerem por mim, pelo suporte, compreensão e cuidados ao longo desses anos e, principalmente, nessa etapa de conclusão do doutorado, que foi repleta de desafios.

Aos meus amigos, ou melhor, à minha família de coração, por não terem soltado minha mão, pela compreensão das minhas ausências, por cada palavra de incentivo, pelos reencontros e momentos alegres e, também, por comemorarem comigo cada conquista e sonho realizado.

À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Marília Jesus Batista, por aceitar continuar trilhando essa jornada comigo e acreditar no nosso trabalho, mesmo diante dos obstáculos encontrados. Obrigada por todo o aprendizado proporcionado, que me tornou uma pessoa e profissional melhor.

À minha coorientadora Prof^ª. Dr^ª. Sayuri Tanaka Maeda, por acreditar em mim, em nosso trabalho, por vibrar em cada etapa de nossa pesquisa, pelas trocas e, principalmente, por sempre estar disposta a mostrar a importância de um olhar e cuidado humanizado.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria da Luz Rosário de Sousa, pela acolhida, apoio, oportunidades concedidas e, principalmente, por me ouvir e aconselhar quando várias inseguranças e questionamentos surgiram no começo da minha trajetória no doutorado.

À toda a equipe da Vigilância Epidemiológica, da Atenção Primária à Saúde e unidades de saúde dos municípios nos quais esse estudo foi conduzido. A receptividade, acolhida e auxílio de cada um foi essencial para que esse projeto fosse concretizado e para que chegássemos ao final. Conviver com diferentes profissionais, em diversos cenários, proporcionou-se um aprendizado imensurável. Desejo que vocês continuem sempre acolhedores e possibilitando a integração entre a prática, cuidado e a ciência.

À Universidade Católica Portuguesa, *campus* Viseu, por meio da diretoria de internacionalização, representada pelas professoras Raquel Monteiro Marques da Silva e Maria da Luz de Sá, pela oportunidade de internacionalização e parceria com a FOP. Às funcionárias da biblioteca, sempre tão acolhedoras e dispostas a ajudar.

Aos professores Prof. Dr. Nélio Veiga e Prof^a Dr^a Patrícia Correa, que prontamente me acolheram, compartilharam conhecimentos e permitiram-me levar aos alunos as experiências de nosso Sistema Único de Saúde.

Às queridas Vina e Carina pela hospitalidade, generosidade, cuidados e, principalmente, pela confiança e carinho, não apenas durante a minha permanência em Viseu, mas também no meu retorno para o Brasil. Que vocês continuem sempre com esse lindo coração e permaneçam irradiando luz e alegria.

À professora Dr^a. Maria Helena de Sousa e ao professor Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes, por nos ampararem com o cálculo amostral e análise estatística, sobretudo pela disposição e compartilhamento de conhecimento.

Aos professores Dr^a. Luciane Guerra, Dr. Manoelito Ferreira Silva Junior, Dr^a. Andrea Tenório e Dr^a. Vanessa Pecorari, pela disponibilidade em participar das bancas de qualificação e pelo olhar atento e contribuições para a melhoria do nosso trabalho.

Aos professores Dr. Egberto Ribeiro Turato, Dr^a. Maria José Martins Duarte Osis, Dr^a Márcia Regina Campos Costa da Fonseca, Dr^a Carla Fabiana Tenani, Dr. Rodrigo Almeida Bastos, Dr. Luiz Renato Paranhos e Dr^a. Maria Helena Ribeiro De Checchi pela disponibilidade e aceite em compor a banca de defesa, pela leitura atenciosa do trabalho e contribuições que enriqueceram nosso trabalho.

À Eliana e Elisa, secretárias do Programa de Pós-Graduação da Odontologia, por toda a atenção e auxílio ao longo desses anos de pós-graduação.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, por meio da diretoria, coordenadoria de Pós-Graduação, docentes e funcionários, pelas oportunidades, ajuda e atenção.

Por último, porém não menos importante, a cada pessoa que, por motivos de espaço, não encontrou seu nome diretamente citado, mas que foram essenciais nessa caminhada e possuem um cantinho especial em meu coração.

*Veja o que os outros não veem. O que os outros
decidem não ver, por medo, conformismo ou
preguiça. Veja o mundo de uma maneira nova
todos os dias (Patch Adams)*

RESUMO

A sífilis na gestação ainda é vista como um problema de saúde pública e o aumento do número de casos no Brasil tem sido uma preocupação constante, apesar da eficácia e baixo custo de seu tratamento. O tratamento inadequado ou não realizado pode resultar em abortos, óbitos perinatais, sequelas tardias e interferir na qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados a infecção por sífilis em gestantes, os impactos na qualidade de vida, bem como as experiências e sentimentos frente à soropositividade. Trata-se de um estudo tipo caso-controle, com abordagem quali-quantitativa, realizado em unidades da Atenção Primária à Saúde de dois municípios do Estado de São Paulo, Brasil. As participantes foram divididas em gestantes com diagnóstico (caso) e sem diagnóstico de sífilis (controle) na proporção 3:1. O tamanho amostral foi calculado a partir de um *Odds Ratio* de 4,16, poder do teste de 80% e nível de significância de 5%. Foram utilizados três instrumentos: questionário para o levantamento dos dados sociodemográficos, comportamentais e de saúde, o *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12) para a avaliação da qualidade de vida e, um roteiro semiestruturado com questões sobre o diagnóstico da sífilis. Para o caso-controle, foi realizada regressão logística condicional ordenada por pares a partir do menor valor de significância ($p < 0,05$). A qualidade de vida foi obtida por meio do escore dos componentes físico e mental do SF-12 dicotomizados a partir da mediana (melhor ou pior nível de qualidade de vida), com comparação entre os grupos realizada a partir do teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$) e, para verificar os efeitos dos componentes na qualidade de vida, as variáveis que apresentaram p -valor $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla (nível de significância de 5%). Para a percepção quanto ao diagnóstico foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin apoiada na teoria da semiótica e as categorias foram baseadas na semântica. Os dados quantitativos foram analisados nos *software* SPSS, versão 20.0 e Stata e, os qualitativos, no Atlas.TI versão 23. O histórico de consumo de substâncias ilícitas e a presença de IST anterior foram fatores associados a infecção por sífilis na gestação. Não houve impacto decorrente da soropositividade para sífilis na qualidade de vida, mas sim, relacionados à aspectos sociodemográficos, de condições de saúde e suporte social. Os resultados do estudo qualitativo evidenciaram a escassez de conhecimento quanto à infecção, mesmo após o diagnóstico e tratamento, bem como preocupações legítimas por parte das gestantes, tanto com o bebê quanto com o parceiro. Ademais, evidenciou-se que tais sentimentos de preocupação com a saúde, principalmente da criança, motivaram as participantes a seguirem o esquema terapêutico proposto. Os achados reforçam a importância do planejamento e reorganização de ações que possibilitem que o acolhimento, identificação dos fatores de risco e informações de natureza subjetiva sejam percebidas e acompanhadas durante o pré-natal. Ações de planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva da população também são necessárias para a prevenção de novos casos e do tratamento das gestantes e suas parcerias sexuais.

Palavras-chave: Epidemiologia. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

Syphilis during pregnancy is still seen as a public health problem and the increase in the number of cases in Brazil has been a constant concern, despite the effectiveness and low cost of its treatment. Inadequate or unfulfilled treatment can result in miscarriages, perinatal deaths, late sequelae and interfere with quality of life. The aim of this study was to identify the factors associated with syphilis infection in pregnant women, the impact on their quality of life, as well as their experiences and feelings about being HIV positive. This is a case-control study with a qualitative and quantitative approach, carried out in Primary Health Care units in two municipalities in the state of São Paulo, Brazil. The participants were divided into pregnant women with a diagnosis (case) and without a diagnosis of syphilis (control) in a 3:1 ratio. The sample size was calculated based on an Odds Ratio of 4.16, a test power of 80% and a significance level of 5%. Three instruments were used: a questionnaire to collect sociodemographic, behavioral and health data, the 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) to assess quality of life and a semi-structured script with questions about the diagnosis of syphilis. For the case-control, a pairwise conditional logistic regression was carried out starting from the lowest significance value ($p < 0.05$). Quality of life was obtained through the physical and mental component scores of the SF-12 dichotomized from the median (best or worst level of quality of life), with comparison between the groups using the Mann-Whitney test ($p < 0.05$) and, to check the effects of the components on quality of life, the variables with a p -value ≤ 0.20 were included in the multiple logistic regression model (5% significance level). Bardin's content analysis based on semiotic theory was used for the perception of the diagnosis, and the categories were based on semantics. The quantitative data was analyzed using SPSS software, version 20.0 and Stata, and the qualitative data was analyzed using Atlas.TI version 23. A history of illicit substance use and the presence of previous STIs were factors associated with syphilis infection during pregnancy. There was no impact of syphilis seropositivity on quality of life, but it was related to sociodemographic aspects, health conditions and social support. The results of the qualitative study showed a lack of knowledge about the infection, even after diagnosis and treatment, as well as legitimate concerns on the part of the pregnant women, both for the baby and for their partner. Furthermore, it was clear that these feelings of concern for their health, especially that of the child, motivated the participants to follow the proposed therapeutic regimen. The findings reinforce the importance of planning and reorganizing actions that make it possible for reception, identification of risk factors and information of a subjective nature to be perceived and monitored during prenatal care. Family planning and sexual and reproductive health actions are also necessary to prevent new cases and treat pregnant women and their sexual partners.

Key words: Epidemiology. Sexually Transmitted Diseases. Maternal and Child Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. ARTIGOS.....	19
2.1 NOTA DE PESQUISA: FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS NA GESTAÇÃO: ESTUDO DE CASO-CONTROLE	19
2.2 ARTIGO: FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR SÍFILIS NA GRAVIDEZ: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE COM GESTANTES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
2.3 ARTIGO: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E SÍFILIS NA GESTAÇÃO: FATORES ASSOCIADOS E PERCEPÇÕES	45
2.4 ARTIGO: SOROPOSITIVIDADE PARA SÍFILIS: PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..	66
3. DISCUSSÃO.....	84
4. CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES.....	96
Apêndice 1 – Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, obstétricos e de comportamentos em saúde	96
Apêndice 2 – Instrumento para avaliação da qualidade de vida (12-Item Short-Form Health Survey – SF-12)	97
Apêndice 3 – Roteiro semiestruturado para entrevista com gestantes soropositivas para sífilis.....	98
ANEXOS.....	99
Anexo 1 – Parecer de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	99
Anexo 2 – Recomendação para publicação na Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil.....	100
Anexo 3 – Submissão do artigo à Revista Brasileira de Epidemiologia.....	101
Anexo 4 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio.....	102

1. INTRODUÇÃO

Apesar de tratar-se de uma infecção conhecida há muito tempo, com indícios dos primeiros casos na Europa, no final do século XV (Oliveira Junior et al., 2017) e de possuir um tratamento acessível no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o controle da sífilis ainda continua sendo um desafio. Causada pela bactéria *Treponema pallidum*, trata-se de uma infecção sistêmica, que pode ser transmitida a partir de relações sexuais desprotegidas com uma pessoa infectada, por contato direto com as lesões sífilicas ou de forma vertical, ou seja, de mãe para bebê (Brasil, 2022).

Quando a gestante não é tratada ou este tratamento é inadequado, a transmissão vertical pode acontecer ainda no útero, via transplacentária, em qualquer momento da gestação (Ramos et al., 2021; Santana et al., 2023). As chances de transmissão vertical variam de 70% a 100% caso a mulher apresente-se nas fases primária ou secundária *versus* 30% nas fases latente e terciária (Domingues et al., 2021; Ramos et al., 2021). Essa transmissão ainda pode acontecer durante o parto, mediante a presença de lesões genitais na parturiente ou durante o aleitamento materno, caso a mulher apresente lesões sífilicas nas mamas (Favero et al., 2019).

Os sinais e sintomas apresentados variam de acordo com sua classificação – primária, secundária, latente e terciária – e envolvem o aparecimento do cancro duro, exantemas maculopapulares em todo o corpo, palmas das mãos e plantas dos pés, mal-estar, febre e, no caso da ausência de diagnóstico e tratamento, problemas cardiovasculares, neurológicos e hepáticos (Andrade et al., 2018; Brasil, 2018; Vicente et al., 2022). Ademais, o diagnóstico de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) pode trazer impactos na saúde mental devido à ansiedade, estresse, medo do estigma e preocupações relacionadas à aspectos sexuais e de relacionamentos (Silva et al., 2018; Vicente et al., 2022) e, no caso das gestantes, à saúde do bebê.

No âmbito do SUS, de forma a garantir a integralidade do cuidado, pautada em ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, a atenção à saúde é organizada e articulada em três níveis: primária, secundária e terciária (Barreto et al., 2019). Desta forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde e ordenadora do cuidado, a partir de ações descentralizadas e voltadas para o território e sua população (Barreto et al., 2019; Almeida et al., 2022). Ademais, este nível de atenção também tem por finalidade empoderar, de forma individual ou coletiva, os usuários para terem autonomia e se tornem participantes do cuidado (Barreto et al., 2019; Almeida et al., 2022).

Na APS, os serviços de saúde podem ser divididos em Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF). No primeiro modelo, a demanda pode ser espontânea ou encaminhada por outros serviços de saúde e a assistência é realizada por uma equipe composta por médicos especialistas (clínico, pediatra e ginecologista), equipe de enfermagem e odontologia (Santos et al., 2018; Barreto et al., 2019). Já no modelo da USF, há um médico (generalista ou de família), equipe de enfermagem, odontologia e os Agentes Comunitários de Saúde e a assistência é realizada por ações intersetoriais, de fortalecimento de vínculo e a partir do ambiente – geográfico, familiar e social – no qual o usuário está inserido (Santos et al., 2018; Souza et al., 2020).

Dentre as ações programáticas preconizadas pela APS encontra-se a assistência pré-natal (obstétrica e odontológica), que tem por finalidade, prevenir ou diagnosticar situações que podem interferir nos níveis de saúde da gestante e seu bebê (Amorim et al., 2022), uma vez que um pré-natal qualificado pode reduzir as chances de prematuridade, baixo-peso e complicações obstétricas (Marques et al., 2021). Nesse contexto, por meio de protocolos e diretrizes instituídos, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis são realizadas e são fundamentais para reduzir o risco de transmissão vertical (Couto et al., 2017).

Frente à importância do pré-natal para a saúde materno-infantil o Ministério da Saúde instituiu, a partir da Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, o Programa “Previne Brasil”, trazendo um novo modelo de financiamento da APS a partir de indicadores de desempenho (Brasil, 2019). Dentre os sete indicadores, três estão relacionados ao atendimento às gestantes, sendo eles: proporção de gestantes com, pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a vigésima semana gestacional; número de gestantes testadas para sífilis e HIV; e a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (Brasil, 2019).

Em revisão de literatura sobre acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes, Silva et al. (2020) identificaram que o Brasil possui poucos estudos que avaliem esta questão e, dentre a literatura encontrada, evidenciou-se a falta de adesão ao pré-natal odontológico. Segundo os autores, essa falta de adesão pode estar relacionada à ausência de informação da importância das consultas odontológicas ou medo de realizá-las devido a gestação (Silva et al., 2020). Vale destacar que a sífilis pode apresentar também manifestações orais, uma vez que a cavidade bucal é considerada um sítio extragenital de contágio e, desta forma, o cirurgião dentista tem um papel importante neste processo de diagnóstico, testagem e orientação (Souza, 2017).

O diagnóstico da sífilis pode ser realizado em qualquer unidade de saúde do SUS (Brasil, 2022) e, visando garantir o e tratamento precoce das gestantes, o Ministério da Saúde preconiza, a partir do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Brasil, 2022), que a testagem para sífilis seja realizada na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre gestacional, na internação para o parto, em caso de aborto ou natimorto ou sempre que houver necessidade. É importante salientar que o parceiro sexual também deve realizar o teste sorológico e o tratamento deve ser estimulado, sendo um ponto crucial para reduzir as chances de reinfecção (Brasil, 2022).

A triagem e tratamento da sífilis na gravidez são reconhecidas como o melhor custo-benefício para a saúde pública (Luppi et al., 2018; Thrin et al., 2019), entretanto, mesmo diante dos investimentos e melhora no acesso ao acompanhamento pré-natal, da ampliação e descentralização do diagnóstico e do tratamento acessível, eficaz e de baixo custo, estes não foram o suficiente para conter ou eliminar os casos de sífilis, incluindo em gestantes e sífilis congênita (Vasconcelos et al., 2016; Ramos-Jr, 2022) e a infecção continua sendo um problema de saúde pública, não apenas no Brasil.

A sífilis acomete com maior frequência a população de países em desenvolvimento, entretanto, desde o ano de 2010, as taxas de notificação nos países que compõe e nos que não compõe da União Européia (UE) vêm aumentando (European Centre for Disease Prevention and Control, 2019). Dados apresentados no relatório técnico “*Syphilis and congenital syphilis in Europe*” mostraram que no período de 2007 a 2017 foram diagnosticados 260.505 casos de sífilis em 30 países da UE, apresentando um aumento de 70% das notificações em comparação com o ano de 2010 (European Centre for Disease Prevention and Control, 2019). De acordo com o relatório, houve uma redução da taxa na população feminina entre os anos de 2007 e 2015 (de 2,3 para 1,3/100.000 habitantes), apresentando um ligeiro aumento no ano de 2017 (1,4/100.000 habitantes).

No Canadá, entre os anos de 2010 a 2015, os casos de sífilis passaram de 5,0 para 9,3 casos/100.000 habitantes (aumento de 85,6%), sendo a taxa no gênero feminino de 1,2 casos/100.000 habitantes (Choudhri et al., 2018). No ano de 2020, as taxas de sífilis entre mulheres aumentaram e foram notificados 230 casos em gestantes (Aho et al., 2022). Os Estados Unidos também têm vivenciado esse aumento, uma vez que no período de 2010 a 2016, o país apresentou

578 casos em gestantes (Slutsker et al., 2018) e aproximadamente 50% a 80% destas mulheres apresentam algum resultado adverso decorrente da infecção na gravidez (Tsai et al., 2019).

A nível nacional, dados do Ministério da Saúde evidenciam que a taxa de detecção de sífilis em gestantes vem apresentando um aumento nos últimos anos e uma taxa de incremento de 33,8% entre os anos de 2020 a 2022 (Brasil, 2023). Destaca-se ainda que, de acordo com boletim epidemiológico (Brasil, 2023), no ano de 2022, foram notificados mais de 83 mil casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 32,4 casos por mil nascidos vivos) no país e mais de 38 mil casos na região Sudeste (taxa de detecção de 39,2 casos por mil nascidos vivos).

Diante deste aumento do número de casos, o Ministério da Saúde vem adotando medidas de enfrentamento ao longo dos anos, tais como Campanha Nacional de Combate à Sífilis (Brasil, 2021a), que contou com a atualização e distribuição do manual de diagnóstico e fluxograma de manejo clínico de IST, fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, ampliação de comitês de vigilância, campanhas de conscientização da população, como a “Sífilis não” (Brasil, 2021a); a inclusão da sífilis no Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis (Brasil, 2021b) e a certificação da eliminação da transmissão vertical para municípios com 100 mil habitantes ou mais (Brasil, 2021b). Destaca-se que, no ano de 2022, um município recebeu a certificação de eliminação do HIV e sífilis (Miranda et al., 2023).

Mesmo diante dos esforços para o controle e prevenção da sífilis, desafios como falta ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a ausência de ações de educação sexual e reprodutiva, a não adesão ao uso do preservativo durante as relações sexuais, falta de capacitação dos profissionais de saúde para o diagnóstico e tratamento, dificuldades no seguimento das gestantes ao longo do acompanhamento pré-natal e dificuldade de acesso e tratamento dos parceiros sexuais (Garbin et al., 2018; Motta et al., 2018; Vargas et al., 2018; Pitilin et al., 2020; Moura et al., 2021) estão presentes entre os casos de sífilis em gestantes. Por este motivo, estudos que identifiquem os fatores de risco para a ocorrência da sífilis em gestantes, além dos já reconhecidos na literatura, são uma das melhores formas de definir estratégias para o combate à infecção (Pedrosa, 2015), por possibilitarem não apenas a identificação de informações epidemiológicas, mas sobretudo fornecerem subsídios para a promoção e melhoria da saúde deste público.

Dentre os fatores de risco relacionados à soropositividade da sífilis na gestação apresentados na literatura, encontram-se a vulnerabilidade social, baixa renda e escolaridade

(Garbin et al., 2018; Motta et al., 2018), presença de múltiplos parceiros sexuais, consumo de álcool, substâncias ilícitas e presença anterior de IST (Motta et al., 2018; Vargas et al., 2018). Ademais, questões assistenciais como a qualidade do acompanhamento pré-natal, o cumprimento das rotinas propostas, bem como o tratamento inadequado ou não realizado também são apontados como fatores de risco (Motta et al., 2018; Vargas et al., 2018).

O diagnóstico de uma IST, pode impactar na qualidade de vida da pessoa infectada (Tavares et al., 2022), principalmente quando o diagnóstico é realizado de forma tardia (Silva et al., 2018). Estudo realizado nos Estados Unidos sobre o ano de vida ajustado pela qualidade (*quality-adjusted life year* - QALY, em inglês) identificou que a presença de condições como a sífilis em adultos e sífilis congênita causam perdas substanciais na saúde deste público, sendo o rastreio e acesso aos cuidados pré-natais necessários para a prevenção de sequelas e redução dos impactos causados pela infecção na qualidade de vida (Lee et al., 2022). Vale salientar que, diante da subjetividade e caráter multidimensional da qualidade de vida, a compreensão dos impactos consequentes da condição de saúde possibilita a avaliação da eficácia e impacto de tratamentos, nas práticas assistenciais e terapêuticas, e, principalmente, na compreensão de como o paciente se adapta à sua condição, contribuindo para o cuidado e condutas terapêuticas de acordo com suas necessidades (Seidl e Zannon, 2004).

No que concerne à infecção por sífilis, principalmente em gestantes, os estudos presentes na literatura trazem, principalmente, informações epidemiológicas obtidas por dados secundários a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ou prontuários, o que limita o estudo à disponibilidade e qualidade dos dados preenchidos (Favero et al., 2019). Poucos estudos abordam estudos do tipo caso-controle para sífilis e, quando realizados, estes acontecem no ambiente hospitalar (Macêdo et al., 2017; Rigo et al., 2021). Apesar da literatura reportar alguns fatores associados à sífilis na gestação, observa-se uma escassez de estudos com base em informações obtidas a partir de entrevista com esta população e conduzidos na APS, local responsável pelo acompanhamento pré-natal de cerca de 90% das gestantes brasileiras (Amorim et al., 2022), no qual intervenções podem ser efetivamente realizadas com base no cuidado integral e necessidades de cada mulher. Além disso, poucos são os estudos que abordam as experiências e vivências relacionadas ao tratamento e, também, da qualidade de vida destas gestantes previamente ao nascimento do bebê e ocorrência de efeitos adversos consequentes da soropositividade por sífilis.

O interesse por este tema partiu da vivência da autora-pesquisadora em uma unidade de internação pediátrica, na qual observou-se aumento nos casos de sífilis congênita que resultou em uma inquietação, por tratar-se de uma infecção cuja detecção e tratamento são realizados durante o período gestacional. Esta inquietação foi transformada em uma dissertação de mestrado que teve por objetivo, identificar o perfil epidemiológico e analisar a série temporal e a distribuição geográfica dos casos em um município de médio porte do Estado de São Paulo. Constatou-se que um grande percentual de gestantes não haviam realizado o tratamento ou haviam feito um tratamento incompleto, o que originou novas indagações e a necessidade de aprofundamento deste tema para além das Fichas de Notificação Compulsória (Lino et al., 2019). Além disso, sabendo que o tratamento inadequado pode resultar em sequelas tardias, identificou-se também a necessidade de compreender em que aspectos a sífilis interfere na qualidade de vida destas gestantes. Assim, foram estabelecidas as seguintes questões de pesquisa: quais fatores associam-se à incidência e tratamento da sífilis durante a gestação? O diagnóstico de sífilis apresentou alguma interferência na qualidade de vida materna? Qual (is) a (s) percepção (ões) destas gestantes diante do diagnóstico e tratamento da sífilis?

Isto posto, e de forma a trazer uma nova perspectiva relacionada a soropositividade da sífilis e suas subjetividades, optou-se pela realização de um estudo de abordagem mista, ou seja, qualiquantitativo, conduzido a partir de um estudo de caso-controle. As pesquisas de método misto integram os pontos fortes de cada abordagem de forma a obter um aprofundamento do fenômeno estudado (Lorenzino, 2017), ou seja, a identificação da exposição do desfecho sífilis na gestação e impacto na qualidade de vida (quantitativo) e as subjetividades decorrentes da descoberta da soropositividade e percepções sobre o impacto na qualidade de vida (qualitativo).

Diante desse cenário, a presente tese será apresentada na forma de quatro artigos, sendo: o primeiro uma nota de pesquisa, com o objetivo de descrever o percurso metodológico do estudo de caso-controle conduzido na APS; o segundo, um estudo observacional do tipo caso-controle, com o objetivo de identificar os fatores associados a infecção por sífilis em gestantes que realizam o acompanhamento pré-natal na APS; o terceiro, de abordagem qualiquantitativa que buscou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com e sem o diagnóstico de sífilis na gestação; e o quarto, com abordagem qualitativa que abrange os significados da soropositividade para sífilis a partir da percepção das gestantes, possibilitando a compreensão do processo diagnóstico e transformações decorrentes desse processo.

2. ARTIGOS

2.1 NOTA DE PESQUISA: FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS NA GESTAÇÃO: ESTUDO DE CASO-CONTROLE

Nota de pesquisa submetida à Revista Brasileira de Epidemiologia

Carolina Matteussi Lino

carolina.matteussi@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6686-3296>

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia - Piracicaba, SP, Brasil.

Sayuri Tanaka Maeda

sayuri@usp.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6571-6523>

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, SP, Brasil.

Maria da Luz Rosário Sousa

luzsousa@unicamp.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0346-5060>

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia - Piracicaba, SP, Brasil.

Marília Jesus Batista

mariliajbatista@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0379-3742>

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia - Piracicaba, SP, Brasil.

Resumo

Objetivo: Apresentar o percurso metodológico de um estudo de caso-controle sobre a sífilis em gestantes atendidas Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** A pesquisa foi conduzida em dois municípios de grande porte do Estado de São Paulo, entre outubro/2020 a dezembro/2022. O cálculo amostral considerou um poder de teste de 80%, *Odds Ratio* de 4,16 e razão de um caso para três controles. Os dados foram coletados utilizando como instrumento: um questionário para caracterização socioeconômica, de comportamentos em saúde e obstétricos; *Item Short-Form Health Survey* (SF-12) versão 1 para avaliação da qualidade de vida e um roteiro-guia semiestruturado com questões sobre o diagnóstico da sífilis na gestação. **Resultados:** Houve uma taxa de resposta de 91,86%. A maior parte das entrevistadas residiam no município A (126

controles e 42 casos) e realizaram o acompanhamento pré-natal em Unidades de Saúde da Família (75 controles e 25 casos). **Conclusão:** Este estudo possibilitou a coleta de informações importantes para a melhor compreensão dos fatores associados e outros aspectos relacionados à infecção por sífilis na gestação.

Palavras-chave: Estudo observacional; Epidemiologia; Saúde pública; Saúde Materno-Infantil.

Abstract

Objective: To present the methodological path of a case-control study on syphilis in pregnant women attending Primary Health Care. **Methods:** The study was conducted in two large municipalities in the state of São Paulo between October 2020 and December 22. The sample calculation considered a test power of 80%, an Odds Ratio of 4.16 and a ratio of one case to three controls. Data was collected using the following instruments: a questionnaire for socioeconomic, health behavior and obstetric characterization; the Short-Form Health Survey (SF-12) version 1 for assessing quality of life and a semi-structured guide script with questions about the diagnosis of syphilis during pregnancy. **Results:** The response rate was 91.86%. Most of the interviewees lived in municipality A (126 controls and 42 cases) and had prenatal care in Family Health Units (75 controls and 25 cases). **Conclusion:** This study made it possible to collect important information for a better understanding of the associated factors and other aspects related to syphilis infection during pregnancy.

Key words: Observational Study; Epidemiology; Public Health; Maternal and Child.

Introdução

Causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a sífilis na gestação é um problema de saúde pública, responsável por um milhão de casos por ano em todo o mundo¹. Quando tratada de forma inadequada ou não tratada, pode resultar em aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e, também, na sífilis congênita^{1,2}. Desta forma, o diagnóstico precoce e o manejo adequado durante o acompanhamento pré-natal são essenciais para o controle da infecção e prevenção da sífilis congênita³.

Visando garantir uma vida saudável e promover o bem-estar, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), lançados em 2015 pela Organização das Nações Unidas, têm como meta reduzir mortalidade infantil e combater doenças negligenciadas, estando a sífilis inclusa. Nesse contexto, o Ministério da Saúde vem adotando medidas para o enfrentamento da sífilis em gestante, tais como ampliação e descentralização dos testes rápidos, protocolos para diagnóstico e manejo clínico, bem como fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Rede de Saúde³.

Na epidemiologia, os estudos de caso-controle têm por finalidade verificar os fatores de risco para a condição estudada, ao comparar a exposição de dois grupos, sendo um com a condição

(caso) e o outro sem (controle). Em se tratando da sífilis na gestação, grande parte dos estudos são realizados a partir de dados secundários ou dentro do ambiente hospitalar e não voltados à APS. Diante deste contexto, essa nota de pesquisa tem como objetivo apresentar o percurso metodológico de um estudo de caso-controle sobre a sífilis em gestantes atendidas na APS.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional do tipo caso-controle com mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde no período de outubro/2020 a dezembro/2022.

A pesquisa foi conduzida em dois municípios de grande porte do Estado de São Paulo, ambos com população aproximada de 400 mil habitantes. Considera-se município de grande porte os que possuem uma população entre 100.001 a 900.000 habitantes⁴.

O primeiro município possui uma cobertura de APS de 66%⁵, com 71 unidades de saúde (51 Unidades de Saúde da Família – USF - e 20 Unidades Básicas de Saúde tradicionais - UBS) e atua com o modelo tradicional de organização da agenda. O segundo possui uma cobertura de APS de 56%⁵, com 36 unidades de saúde (32 UBS e quatro USF), sendo que seis utilizam o acesso avançado e as demais, o modelo tradicional.

A população foi composta por mulheres em idade fértil, em qualquer período da gestação ou com crianças de até seis meses, que residiam em um dos municípios do estudo e realizaram o acompanhamento pré-natal em unidades de saúde da APS.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado com base no estudo de caso-controle sobre a sífilis em uma maternidade de Recife². Tendo em vista um *Odds Ratio* (OR) de 4,16 (considerando a variável “consumo de substâncias ilícitas”), poder de teste de 80%, nível de significância de 5% e razão de um caso para três controles devido à dificuldade de acesso aos possíveis casos, seriam necessários 42 casos e 126 controles (168 mulheres). Prevendo possíveis perdas, foi acrescido 20% a amostra, estimando-se um tamanho amostral final de 50 casos e 150 controles (200 participantes). O cálculo amostral foi realizado no programa EPI Info (versão 7.2.5.0)

Foram definidos como casos as mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, sob qualquer titulação, após confirmação do diagnóstico mediante testes sorológicos (*Venereal Disease Research Laboratory – VDRL* e *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test - FTA-ABS*). Devido à dificuldade de acesso às unidades de saúde por conta da pandemia por Covid-19, foram

adicionadas mulheres que possuíam bebês de, no máximo, seis meses e apresentaram o diagnóstico de sífilis na gestação, com confirmação diagnóstica por meio do VDRL e FTA-ABS.

O grupo controle incluiu mulheres sem o diagnóstico de sífilis na gestação, com confirmação por meio dos testes sorológicos e que realizavam o acompanhamento pré-natal na mesma unidade de saúde da participante do grupo caso. O pareamento foi realizado com base no tipo de unidade de saúde (USF ou UBS), município (A e B) e período do ciclo gravídico-puerperal (gestante ou bebê já havia nascido). Destaca-se que, dentre as mulheres que o bebê já havia nascido, o pareamento também foi realizado com base na idade (em meses) da criança. Foram excluídas mulheres que apresentaram aborto espontâneo, que estavam na unidade para a primeira consulta pré-natal ou que não possuíam o resultado da sorologia no período da coleta de dados.

Foram utilizados três instrumentos: (i) um questionário socioeconômico, de comportamento em saúde e obstétricos elaborado e estruturado pelos pesquisadores com base nas informações apresentadas na literatura^{1,2} como possíveis fatores de risco; (ii) instrumento para a avaliação da qualidade de vida autorrelatada, *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12) versão 1, traduzido e validado no Brasil e; (iii) roteiro-guia semiestruturado para as mulheres soropositivas para sífilis (casos), elaborado pelas pesquisadoras de forma a identificar as experiências e percepções diante da soropositividade. Um estudo piloto com os três instrumentos foi realizado com dez gestantes de ambos os grupos (caso e controle) e, como as adequações foram mínimas, estas participantes foram adicionadas à amostra.

Durante todo o período da coleta a Vigilância Epidemiológica foi contatada para o levantamento de unidades de saúde com casos soropositivos de sífilis na gestação. Este contato era exclusivamente para o levantamento das unidades, não sendo coletadas informações que permitissem a identificação destas possíveis participantes.

Em seguida, foi realizado contato com as respectivas unidades e nos dias de consultas de acompanhamento pré-natal, de grupos de gestante e/ou pré-natal odontológico, a pesquisadora deslocou-se até o local e abordou todas as gestantes presentes. É importante reforçar que a abordagem para o convite era realizada de forma individual, em um local reservado e livre de interrupções. Ressalta-se ainda que a pesquisadora não sabia quais mulheres eram ou não soropositivas.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas. Inicialmente, era aplicado o questionário para caracterização socioeconômica, de comportamentos de saúde e obstétrica, seguido pelo SF-

12. Destaca-se que, durante a avaliação da qualidade de vida, as percepções das entrevistadas sobre cada domínio eram anotadas pela pesquisadora.

Em seguida, o resultado sorológico foi identificado (via exames presentes no prontuário e cartão de gestante) e a participante alocada no grupo caso ou controle. No caso de mulheres soropositivas para sífilis, foi realizada a entrevista com base no roteiro-guia semiestruturado, de forma a obter as experiências e percepções diante do diagnóstico. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de coleta dos dados.

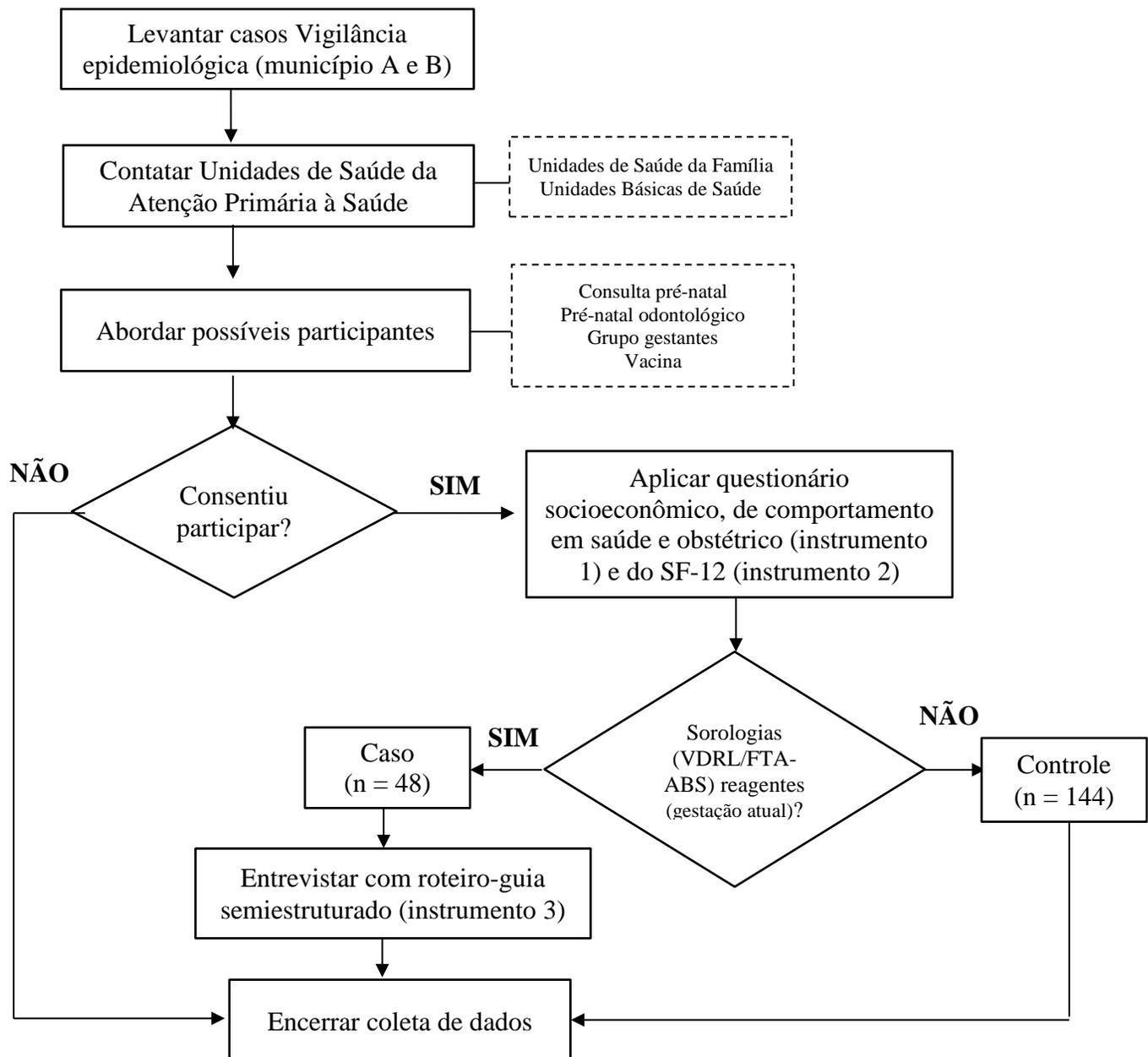


Figura 1. Fluxograma de coleta de dados

Resultados

Houve uma perda de 13 gestantes no grupo controle e quatro no grupo caso devido a recusas em participar, entretanto, o tamanho amostral mínimo foi alcançado e obteve-se uma taxa de resposta de 91,86%.

A maior parte das entrevistadas residiam no município A (126 controles e 42 casos) e realizaram o acompanhamento pré-natal em Unidades de Saúde da Família (75 controles e 25 casos).

Discussão

Mesmo diante da existência de estudos de caso-controle sobre a sífilis em gestantes^{1,2}, este é o primeiro conduzido fora de um ambiente hospitalar e voltado para a APS - cenário poderoso para transformação e autonomia, bem como para a prevenção, promoção e reabilitação da saúde – , com dados obtidos diretamente por meio de entrevistas, ou seja, com dados primários.

Por tratar-se de uma Infecção Sexualmente Transmissível, que traz consigo tabus e estigmas, o desafio metodológico enfrentado foi a dificuldade de encontrar os casos nas unidades de saúde, devido à necessidade de sigilo. Ademais, houve também a questão das perdas amostrais agravadas pandemia por Covid-19, porém, mesmo diante de tais desafios, o tamanho amostral mínimo foi alcançado.

A adoção deste percurso metodológico teve como limitações, o tamanho do OR utilizado para o cálculo do tamanho da amostra, que reduziu o tamanho amostral e pode ter impactado na ausência de significância de algumas variáveis do estudo, porém, buscou-se reduzir esta limitação por meio do aumento da proporção de controles em relação aos casos. Ademais, o próprio ambiente de pesquisa, composto por uma homogeneidade decorrente de seu território e suas vulnerabilidades pode ter sido uma limitação e, por este motivo, realizou-se a coleta de dados em todas as unidades com casos positivos para sífilis dos municípios, de forma a abordar diversos territórios e realidades.

Mesmo diante destas limitações, ressalta-se a importância desse estudo para a identificação de fatores associados à sífilis na gestação e seus impactos na qualidade de vida desta população, para a implantação de estratégias efetivas de assistência pré-natal e de planejamento dos serviços de saúde, visando a detecção e controle precoce dos casos e redução dos riscos de transmissão vertical. Além disso, a compreensão de como a gestante percebe o diagnóstico de sífilis possibilita

uma reflexão por parte dos profissionais de saúde e um replanejamento e reordenamento das ações em saúde voltadas para esta população, de modo a garantir um cuidado integral e individual.

Esta nota de pesquisa apresentou os aspectos metodológicos de um estudo de caso-controle que possibilitou a coleta de informações importantes para a melhor compreensão dos fatores associados e outros aspectos relacionados à infecção por sífilis na gestação, tais como impactos na qualidade de vida e percepções acerca da soropositividade.

Referências

1. Rigo FL, Romanelli RMC, Oliveira IP, Anchieta LM. Assistência e fatores educacionais associados a sífilis congênita em uma maternidade referência: um estudo caso-controle. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2021; 21(1):139-149
2. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saude Publica.* 2017;51:78
3. Ramos-Jr AN. Persistence of syphilis as a challenge for the Brazilian public health: the solution is to strengthen SUS in defense of democracy and life. *Cad Saude Publica.* 2022;38(5):PT069022.
4. Nascimento P. Transparência nos municípios brasileiros: as dimensões porte populacional e região importam? *Revista Sul-Americana de Ciência Política*, 2021; 7(2): 137-156
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor AB: Histórico de cobertura APS. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>> . Acesso em: 10 jan. 2024

**2.2 ARTIGO: FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR SÍFILIS NA GRAVIDEZ:
UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE COM GESTANTES ACOMPANHADAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Associated factors for syphilis infection in pregnancy: a case-control study with pregnant women followed-up in Primary Health Care

Artigo recomendado para publicação na Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.

Carolina Matteussi Lino - Avenida Limeira, 901 - Areião, Piracicaba - SP, 13414-903. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6686-3296>

Sayuri Tanaka Maeda – Avenida Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 05403-000. Universidade Estadual de São Paulo, Escola de Enfermagem. ORCID: 0000-0002-6571-6523

Maria da Luz Rosário Sousa - Avenida Limeira, 901 - Areião, Piracicaba - SP, 13414-903. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia. ORCID: 0000-0002-0346-5060
José Leopoldo Ferreira Antunes - Avenida Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 01246-904. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. ORCID: 0000-0003-3972-9723

Marília Jesus Batista - Avenida Limeira, 901 - Areião, Piracicaba - SP, 13414-903. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia. ORCID: 0000-0002-0379-3742

Resumo

Objetivo: Analisar os fatores associados à ocorrência de sífilis em gestantes atendidas em unidades da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Estudo do tipo caso-controle conduzido com mulheres que realizaram o pré-natal na APS. Foram selecionados três controles para cada caso (48 casos e 144 controles) a partir do resultado de testes sorológicos para sífilis. Foi realizada análise bivariada a partir do teste do qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher e, em seguida, regressão logística condicional ordenada por pares a partir do menor valor de p ($p < 0,05$). **Resultados:** Houve um predomínio de mulheres autodeclaradas pretas ou pardas, com nove anos ou mais de estudos e renda individual de até um salário mínimo. Os principais fatores **associados** foram o histórico de

consumo de substâncias ilícitas (OR = 3,42) e o diagnóstico anterior de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) (OR = 6,63). **Conclusão:** Os achados apontaram que o consumo de substâncias ilícitas e a presença IST anterior foram os principais fatores **associados à sífilis** na gestação, reforçando a importância do planejamento e reorganização de ações voltadas para estes fatores, de forma que essas informações comportamentais de natureza mais subjetiva sejam percebidas e medidas sejam adotadas para o acompanhamento e a prevenção de novos casos de sífilis em gestantes.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Gestantes. Saúde Materno-Infantil

Abstract

Objective: To analyze the factors associated with the occurrence of syphilis in pregnant women seen at Primary Health Care units (PHC). **Methods:** Case-control study conducted with women who underwent prenatal care in the PHC. Three controls were selected for each case (48 cases and 144 controls) based on the results of serological tests for syphilis. Bivariate analysis was performed using the Chi-square test and Fisher's Exact Test, followed by conditional logistic regression ordered by pairs from the lowest p value ($p < 0.05$). **Results:** There was a predominance of self-declared as black or brown women, with nine years or more of schooling and an individual income of up to one minimum wage. The main **associated** factors were a history of illicit substance use (OR = 3.42) and a previous diagnosis of Sexually Transmitted Infections (STI) (OR = 6.63). **Conclusion:** The findings pointed to the consumption of illicit substances and the presence of previous STIs as the main **factors associated with** syphilis during the pregnancy and reinforce the importance of planning and reorganizing actions aimed at these factors, so that this more subjective behavioral information is perceived and measures are adopted to monitor and prevent new cases of syphilis in pregnant women.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases. Pregnant Women. Maternal and Child Health

Introdução

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) responsável por afetar, aproximadamente, 12 milhões de pessoas por ano em todo o mundo, sendo 1 milhão de gestantes^{1,2}. No Brasil, dados epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde indicam que, em 2021, foram notificados 74.095 novos casos de sífilis em gestantes, sendo 20,2% dos casos no Estado de

São Paulo, ao passo que, em 2022, os dados parciais indicaram que foram notificados 31.090 casos no Brasil, com 21,3% das notificações no estado de São Paulo³.

Apesar dos esforços para seu diagnóstico e controle, a sífilis permanece como um problema de saúde pública. Durante a gestação, se não houver um tratamento adequado ou se este não for realizado, há a possibilidade de transmissão vertical, o que pode resultar em efeitos adversos, como abortos, natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e a sífilis congênita^{2, 4}. Dentre os fatores de risco já identificados na literatura encontram-se a vulnerabilidade social, baixa escolaridade, diminuição ou ausência do uso de preservativo, múltiplos parceiros sexuais, consumo de álcool/substâncias ilícitas, diagnóstico anterior de IST e número de consultas de pré-natal^{2, 5-7}. Embora tais fatores estejam reportados em estudos realizados em ambiente hospitalar, investigações realizadas na atenção primária à saúde, que explorem novos aspectos tendo em vista as mudanças comportamentais, sociais e de serviços de saúde envolvidas, bem como seus impactos em diversos cenários, se fazem relevantes para o enfrentamento do problema⁵.

Visando garantir uma rede de cuidados materno-infantil e reduzir os índices de mortalidade, o Ministério da Saúde instituiu em 2000 a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e, por meio da Portaria nº 1.459 de 2011, a Rede Cegonha (RC)⁸. A RC preconiza o acompanhamento pré-natal, a realização de rotinas com resultados em tempo oportuno, prevenção de IST/HIV/Aids - estando a triagem sorológica para sífilis inclusa nesta rotina -, da disponibilização de testes rápidos tanto para a gestante, quanto para seu parceiro⁸ e da descentralização dos testes rápidos, que antes eram realizados apenas nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), para a Atenção Primária à Saúde (APS). Desta forma, durante o pré-natal, as unidades de saúde devem realizar a triagem sorológica da sífilis em todas as gestantes, por meio do teste rápido e do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) no primeiro e último trimestre de gestação⁸. No caso de gestantes positivas, estas devem ser tratadas e acompanhadas mensalmente até a alta-cura.

Neste contexto, a realização do acompanhamento pré-natal torna-se uma oportunidade de cuidados para o desenvolvimento de uma gestação saudável e para a detecção precoce de patologias, que podem afetar o binômio mãe-criança⁹. Desta forma, a APS é um espaço estratégico para a realização do pré-natal, a partir do acolhimento da gestante e de seu parceiro, da atuação compartilhada dos profissionais de saúde, do potencial de resolutividade e da atenção integral à saúde da mãe e da criança¹⁰. É importante destacar que o acompanhamento pré-natal é o primeiro

contato da gestante com os demais serviços de saúde e, desta forma, ele deve ser humanizado e atender às reais necessidades deste público¹¹.

Mesmo diante dos esforços, ainda há muita dificuldade para a realização do diagnóstico precoce da sífilis durante o pré-natal, consequência de lacunas na integralidade e qualidade do pré-natal, do não cumprimento das rotinas mínimas propostas pela RC, da não realização do teste rápido, juntamente com o teste não treponêmico (VDRL) e da ausência de tratamento e/ou tratamento inadequado da gestante e seu parceiro^{12,13}. Essas dificuldades podem resultar em uma atuação menos efetiva das equipes e serviços de saúde, principalmente na APS, implicando em maiores riscos de um diagnóstico tardio da sífilis, que poderá resultar nos eventos adversos, morbidades e sequelas¹³.

Dada a importância APS na promoção da saúde e na prevenção de agravos e, tendo em vista que a sífilis na gestação é uma infecção passível de diagnóstico e tratamento na APS, a realização de estudos que identifiquem seus fatores associados à sua ocorrência é uma das melhores formas de definir estratégias para o combate à infecção. Diante desse contexto, este estudo teve por objetivo analisar os fatores associados à ocorrência de sífilis em gestantes atendidas em unidades de saúde da APS.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle de base populacional, realizado no período de outubro de 2020 a dezembro de 2022 com gestantes que fizeram o acompanhamento pré-natal e mulheres com bebês de até seis meses acompanhados na consulta de puericultura em Unidades de Saúde da APS.

O estudo foi conduzido em dois municípios do Estado de São Paulo. O primeiro (município A) é equipado com 71 unidades de saúde da APS, sendo 51 Unidades de Saúde da Família (USF) e 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. O segundo (município B) dispõe de 36 unidades de saúde da APS, sendo quatro USF e 32 UBS.

Para o cálculo amostral, utilizou-se programa estatístico gratuito EPI Info versão 7.2.5.0, e esta estimativa foi realizada com base em estudo de caso-controle realizado em Recife⁵. Adotou-se um nível de significância de 5%, com poder de teste de 80%, *Odds Ratio* (OR) estimado de 4,16 e proporção de controles de 7,1%, considerando aspectos comportamentais, como o consumo de drogas. Foram selecionados três controles para cada caso de sífilis durante a gestação (3:1) e a

amostra final estimada foi de 168 mulheres (42 casos e 126 controles). Esperando a possibilidade de uma perda amostral de 20%, estimou-se que seriam necessárias 200 participantes, sendo 50 casos e 150 controles.

Foram selecionadas mulheres, com faixa etária de 12 a 49 anos (idade fértil), que residiam em um dos municípios do estudo, se apresentavam em qualquer fase do período gravídico, que estavam realizando o acompanhamento pré-natal em unidades da APS e mulheres que possuíam bebês de até seis meses acompanhados nas consultas de puericultura nestas unidades. Foram excluídas mulheres que estavam no começo do acompanhamento pré-natal, que ainda não possuíam os resultados dos testes sorológicos e que não realizavam o acompanhamento pré-natal em serviços da APS.

O grupo caso foi composto por mulheres que apresentaram resultado reagente, sob qualquer titulação, nos testes sorológicos para sífilis (FTA-ABS – IgM – e/ou VDRL), realizados durante o acompanhamento pré-natal do período gestacional atual. O grupo controle foi composto por mulheres que tiveram resultado não reagente nos testes sorológicos para sífilis (FTA-ABS – IgM – e/ou VDRL), realizados durante o acompanhamento pré-natal e que não tenham apresentado diagnóstico de sífilis durante o período gestacional atual. A seleção das participantes do grupo controle foi realizada de forma aleatória, na mesma unidade de saúde, após a identificação do caso.

O pareamento dos grupos foi realizado com base no tipo de unidade de atendimento (USF/UBS), município de atendimento (A ou B) e situação das participantes (gestante ou mulheres com bebê nascido há, no máximo, seis meses da data da coleta). Não foram abordadas mulheres que estavam comparecendo à unidade de saúde para a primeira consulta pré-natal devido a estas não apresentarem ainda os resultados dos exames.

Para a coleta de dados, inicialmente foi realizado um levantamento das unidades de saúde com casos de sífilis em gestante junto à vigilância epidemiológica dos municípios. É importante ressaltar que este levantamento era apenas das unidades de saúde, ou seja, não houve acesso ao nome dos casos notificados. Em seguida, a pesquisadora contatava estas unidades e deslocava-se até elas para a abordagem das possíveis participantes. Todas as unidades de saúde com casos positivos de sífilis na gestação foram incluídas no estudo.

Todas as gestantes e/ou mulheres com bebês de até seis meses que estavam nas unidades de saúde foram abordadas. A abordagem era realizada de forma individual no dia que as participantes estavam na unidade de saúde para consultas de acompanhamento pré-

natal/puericultura, consultas odontológicas, vacinas e/ou grupos de gestantes. Optou-se por realizar a abordagem na própria unidade de saúde, conforme metodologia utilizada em estudo conduzido em um município de São Paulo¹⁴, devido ao sigilo relacionado à sífilis, inclusive familiar, uma vez que a ida da pesquisadora à residência das participantes poderia causar desconforto para ela e sua família.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista norteada por um questionário composto por questões socioeconômicas e demográficas, de comportamento de saúde, obstétricas e relacionadas ao diagnóstico de sífilis na gestação atual.

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto e, uma vez que as adaptações ao instrumento de pesquisa foram mínimas, as participantes (n = 10) foram adicionadas à amostra final. Foram abordadas 209 mulheres, sendo o tamanho amostral final composto por 192 participantes (Figura 1).

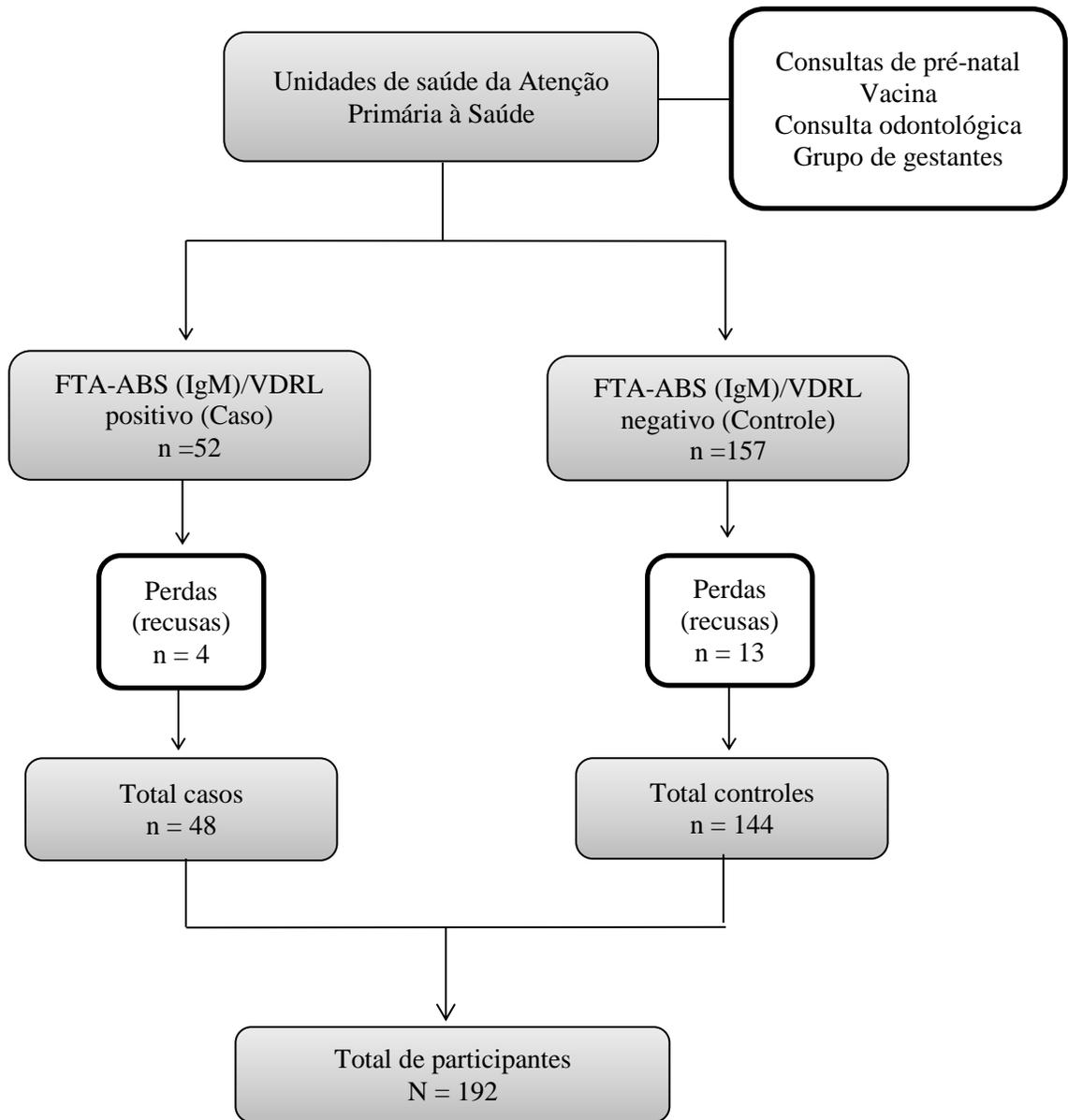


Figura 1. Recrutamento e seleção das participantes e tamanho amostral final, junho de 2023.

O desfecho do estudo foi a presença de sífilis durante a gestação atual e as variáveis independentes foram agrupadas em: (i) socioeconômicas e demográficas (faixa etária, estado civil, cor da pele autodeclarada, escolaridade, casa em que reside - própria ou não -, trabalho remunerado, participação em programas de transferência de renda e renda individual, religião); (ii) comportamentos de saúde (consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas, idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais no último ano, uso de métodos contraceptivos

e uso do preservativo) e; (iii) obstétricas (número de gestações, histórico de aborto e presença de IST anterior).

Os dados obtidos foram tabulados e analisados no software estatístico Stata versão 14.0. Foram realizadas análises descritivas para a definição de frequência, média e desvio padrão. Posteriormente, foram realizadas análises bivariadas (Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher). As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ nas análises bivariadas foram incluídas no modelo de regressão logística condicional, ordenado por pares a partir do menor valor de p . Destaca-se que uma análise de regressão não condicional foi realizada de forma a validar o modelo obtido. A associação entre as variáveis independentes e o desfecho foram obtidas a partir do OR, com Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) e nível de significância de 5%.

No que se refere ao Comitê de Ética em Pesquisa, o estudo foi aprovado (Protocolo CAAE: 28783320.3.0000.5418) e seguiu todas as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Todas as participantes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram deste estudo 192 gestantes e/ou mulheres com bebês de até seis meses, de 16 unidades de saúde da APS, sendo 87,5% ($n = 168$) do município A e 12,5% ($n = 24$) do município B. Destaca-se que a diferença no percentual de participantes entre os dois municípios foi consequência da facilidade de acesso às unidades de saúde no município A em relação ao B.

Houve um predomínio de mulheres autodeclaradas pretas ou pardas, com nove anos ou mais de estudos, renda individual de até um salário-mínimo e que não trabalhavam, entretanto, apenas 27,6% referiram participar de algum programa de transferência de renda, como auxílio emergencial (Covid-19) ou bolsa família. Quanto aos fatores associados ao diagnóstico de sífilis na gestação atual, este esteve associado ao estado civil, consumo de tabaco, álcool, drogas ilícitas, idade da primeira relação sexual, uso de método contraceptivo e presença de IST anterior (Tabela 1).

Tabela 1. Análise bivariada dos fatores socioeconômicos, demográficos, de comportamentos em saúde e obstétricos relacionados à sífilis em gestantes atendidas em unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, São Paulo, junho de 2023

(Continua)

Variáveis	Controle		Caso		p-valor	
	n	%	n	%		
Faixa etária	14 a 19 anos	26	13,5	7	3,7	0,870 ¹
	20 a 34 anos	100	52,1	35	18,2	
	35 anos ou mais	18	9,4	6	3,1	
Estado civil	Casada	51	26,6	7	3,6	0,006¹
	Solteira	93	48,4	41	21,4	
Cor de pele autodeclarada	Branca	54	28,1	17	8,9	0,796 ¹
	Preta/Parda	90	46,9	31	16,1	
Casa que reside	Própria	73	38,0	19	9,9	0,182 ¹
	Alugada/Emprestada	71	37,0	29	15,1	
Segue alguma religião	Sim	103	53,6	30	15,6	0,240 ¹
	Não	41	21,4	18	9,4	
Escolaridade (em anos de estudo)	Até 8 anos	53	27,6	24	12,5	0,106 ¹
	9 anos ou mais	91	47,4	24	12,5	
Tem trabalho remunerado	Não	76	39,6	25	13,0	0,933 ¹
	Sim	68	35,4	23	12,0	
Programa de transferência de renda ^a	Não	109	56,8	30	15,6	0,077 ¹
	Sim	35	18,2	18	9,4	
Renda individual	Até 1 salário-mínimo	48	25,0	16	8,3	0,144 ¹
	Mais de 1 salário-mínimo	35	18,2	18	9,4	
	Sem renda	61	31,8	14	7,3	
Consumo de tabaco	Nunca consumiu	118	61,5	29	15,1	0,002¹
	Já consumiu/consome	26	13,5	19	9,9	
Tempo de consumo do tabaco	Até 1 ano	5	11,4	3	6,8	0,080 ²
	De 1 a 5 anos	12	27,3	3	6,8	
	Mais de 5 anos	9	20,4	12	27,3	
Consumo de álcool	Nunca consumiu	45	23,4	6	3,1	0,011¹
	Já consumiu/consome	99	51,6	42	21,9	
Consumo de substâncias ilícitas	Nunca consumiu	128	66,7	32	16,7	0,000¹
	Já consumiu/consome	16	8,3	16	8,3	
Tempo de consumo de substâncias ilícitas	Até 1 ano	6	23,1	2	7,7	0,673 ²
	De 1 a 5 anos	7	26,9	5	19,2	
	Mais de 5 anos	3	11,5	3	11,5	
Idade da primeira relação sexual	Até os 15 anos	67	37,0	34	18,8	0,002¹
	16 anos ou mais	69	38,1	11	6,1	
Número de parceiros no último ano	1 parceiro	127	68,3	34	18,3	0,013²
	2 parceiros ou mais	14	7,5	11	5,9	

Tabela 1. Análise bivariada dos fatores socioeconômicos, demográficos, de comportamentos em saúde e obstétricos relacionados à sífilis em gestantes atendidas em unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, São Paulo, junho de 2023

(Conclusão)

Variáveis		Controle		Caso		p-valor
		n	%	n	%	
Número de gestações	Primigesta	57	29,7	21	10,9	0,611 ¹
	Multigesta	87	45,3	27	14,1	
Histórico de aborto	Não	120	62,5	35	18,2	0,113 ¹
	Sim	24	12,5	13	6,8	
Uso de métodos contraceptivos	Não	53	27,6	27	14,1	0,018¹
	Sim	91	47,4	21	10,9	
Uso de preservativo	Usa Sempre/Às vezes	36	18,8	15	7,8	0,396 ¹
	Não usa/raramente	108	56,2	33	17,2	
Infecção Sexualmente Transmissível anterior	Não	134	69,8	30	15,6	0,000¹
	Sim	10	5,2	18	9,4	

* Algumas variáveis não totalizaram n=192 por apresentarem informações ignoradas

^a Auxílio emergencial (Covid-19), Bolsa Família/Auxílio Brasil

¹ Teste de Qui-quadrado independente; ² Teste Exato de Fisher; (p<0,05).

Entre as entrevistadas, observou-se que a maior parte relatou não fazer uso de preservativo durante as relações sexuais, tanto do grupo caso, quanto do controle. Dentre os principais motivos descritos pelas participantes estiveram: a mulher ou parceiro não gostarem de usar, não ter o preservativo no momento da relação sexual, possuir relacionamento ou parceiro fixo e uso de uso de métodos contraceptivos.

Na análise de regressão logística, o modelo não condicional realizado apresentou resultados consistentes com os registrados no modelo condicional, sendo, portanto, compatíveis com a hipótese de validade do modelo. Desta forma, o modelo ajustado mostrou que a razão de chances para a presença de sífilis na gestação foi 3,42 vezes maior entre as participantes que consumiram substâncias ilícitas e 6,63 vezes para as gestantes que já foram diagnosticadas anteriormente com alguma IST (Tabela 2).

Tabela 2. Regressão logística condicional dos socioeconômicos, demográficos, de comportamentos em saúde e obstétricos relacionados à sífilis em gestantes atendidas em unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, São Paulo, junho de 2023

Variáveis	Não ajustada			Ajustada*		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Estado civil						
Casada	1	-	-	.	.	.
Solteira	2,99	1,28 - 7,02	0,011	.	.	.
Casa que reside						
Própria	1	-	-	.	.	.
Alugada/Emprestada	1,67	0,82 - 3,41	0,160	.	.	.
Escolaridade (em anos)						
Até 8 anos	1,68	0,88 - 3,23	0,117	.	.	.
9 anos ou mais	1	-	-	.	.	.
Programa de transferência de renda						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	2,04	0,96 - 4,34	0,006	1,54	0,58 - 4,05	0,378
Renda individual (em salário-mínimo)						
Até 1	1	-	-	.	.	.
Mais de 1	1,54	0,69 - 3,57	0,317	.	.	.
Sem renda	0,67	0,28 - 1,60	0,371	.	.	.
Consumi de tabaco						
Nunca consumiu	1	-	-	.	.	.
Já consumiu/consome	2,84	1,39 - 5,87	0,004	.	.	.
Tempo de consumo do tabaco						
Até 1 ano	1	-	-	.	.	.
De 1 a 5 anos	0,42	0,06 - 2,81	0,369	.	.	.
Mais de 5 anos	2,22	0,42 - 11,83		.	.	.
Consumo de álcool						
Nunca consumiu	1	-	-	1	-	-
Já consumiu/consome	2,96	1,20 - 7,33	0,018	2,78	0,98 - 7,87	0,053
Consumo de substâncias ilícitas						
Nunca consumiu	1	-	-	1	-	-
Já consumiu/consome	4,56	1,90 - 10,92	0,001	3,42	1,18 - 9,90	0,023
Idade da primeira relação sexual						
Até os 15 anos	4,35	1,79 - 9,04	0,001	.	.	.
16 anos ou mais	1	-	-	.	.	.
Número de parceiros nos últimos 12 meses						
1 parceiro	1	-	-	.	.	.
2 parceiros ou mais	3,43	1,30 - 9,04	0,013	.	.	.
Histórico de aborto						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	1,82	0,85 - 3,93	0,124	1,64	0,64 - 4,25	0,305
Uso de métodos contraceptivos						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	0,45	0,23 - 0,88	0,020	0,49	0,21 - 1,13	0,095
Infecção Sexualmente Transmissível anterior						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	7,82	3,07 - 19,87	0,001	6,63	2,18 - 20,16	0,001

OR = *Odds ratio*;

Odds ratio ajustada para variáveis com $p \leq 0,20$;

* Modelo final: Infecção Sexualmente Transmissível anterior, consumo de substâncias, consumo de álcool, uso de métodos contraceptivos, programa de transferência de renda e histórico de aborto.

Discussão

Este estudo, conduzido no cenário da APS, mostra resultados relevantes por se tratar de um local responsável pela realização de grande parte do pré-natal e, também, no qual há fortes expectativas e investimentos em ações centradas na promoção de saúde. Os achados desta pesquisa apontam que, dentre as participantes que realizaram o pré-natal nas unidades investigadas, os principais fatores de risco para a ocorrência de sífilis na gestação foram associados aos relatos de presença de diagnóstico anterior de IST e ao histórico de consumo de drogas ilícitas.

A escolaridade e a renda são determinantes de um pré-natal adequado, por interferirem na forma de acesso das gestantes aos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, na forma como estas recebem e compreendem as informações de cuidado à saúde^{6,15}. A escolaridade deve ser pensada de forma coletiva e ampla, uma vez que o aumento da incidência de sífilis entre mulheres com um maior nível de escolaridade vem sendo uma realidade¹⁶.

Assim sendo, é importante que todos os aspectos socioeconômicos e demográficos sejam contemplados durante as consultas de pré-natal, para que estas mulheres sejam efetivamente incluídas e que os serviços de saúde oportunizem o acesso às informações adequadas e em linguagem acessível, de forma que elas, seus parceiros e demais membros da rede de apoio desenvolvam autonomia e participem ativamente dos cuidados, incluindo a prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs como a sífilis.

Nota-se que ambas as variáveis (renda e escolaridade) vêm sendo associadas à ocorrência de sífilis na gestação e sífilis congênita e, embora reconhecidas na literatura^{5-7, 17} este estudo não identificou associação entre elas e o desfecho do estudo. Tal achado pode ser consequência de um aumento da escolaridade da população, uma ampliação no acesso aos serviços de saúde pelo SUS^{7,18} ou devido à homogeneidade

Neste contexto, há a necessidade de inovação na abordagem pré-natal para muito além das recomendações protocolares – exames de diagnóstico e número de consultas – de forma que este período se torne um momento de aquisição e compartilhamento de conhecimento. Salienta-se que o investimento em atividades educativas, na modalidade de translação do conhecimento¹⁹, torna-se algo estratégico e prioritário diante dos resultados.

No que concerne às variáveis de comportamento em saúde, evidenciou-se que estas foram associadas à ocorrência de sífilis em gestantes, entretanto, no modelo final, apenas o consumo de substâncias ilícitas e a presença de IST anterior mostraram associação estatisticamente significativa

com o desfecho. Esses achados corroboram com outros estudos epidemiológicos realizados^{5,7,20} e reforçam a importância de ponderar essas variáveis como possíveis preditoras e como um ponto de atenção para acompanhamento por parte dos profissionais de saúde envolvidos na assistência pré-natal. Ainda, vale ressaltar que a identificação de comportamentos de risco para a saúde deve acontecer sem julgamentos, como forma de garantir uma assistência integral desta gestante e seu conceito.

O consumo de substâncias ilícitas como fator associado vai ao encontro com resultados do estudo de caso-controle realizado em Recife⁵, no qual as gestantes que iniciaram o consumo de drogas antes dos 18 anos tiveram três vezes mais chances de ter sífilis na gestação. O mesmo resultado foi encontrado em estudo realizado nos Estados Unidos²⁰, que evidenciou o consumo de substâncias ilícitas pela mãe como um fator de risco para a ocorrência de sífilis congênita. A transmissão de ISTs a partir do consumo de substâncias ilícitas, pode ocorrer de forma direta, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas, ou indireta, por meio de comportamentos sexuais de risco consequentes desse consumo²¹, como a não utilização do preservativo e a presença de múltiplos parceiros.

Em algumas situações, as gestantes desconhecem os efeitos do consumo de substâncias ilícitas em sua saúde e da criança e, assim, não aderem ao acompanhamento pré-natal²², ao passo que em outras, questões como o acesso à essas substâncias ilícitas no local onde residem ou no contexto familiar, insegurança para conviver com esse cenário, bem como medo do estigma ou julgamentos e despreparo dos profissionais de saúde para lidar com essa situação em seu cotidiano possibilitam que informações como consumo, frequência e práticas de risco não sejam identificadas a tempo de diminuir os efeitos sobre o binômio^{22,23}.

Referente ao histórico obstétrico das participantes, a presença de outras ISTs permaneceu significativa e considerada um fator associado a sífilis na gestação, corroborando com o encontrado por dois estudos de caso-controles brasileiros^{5,24} e chamando a atenção para a questão da reinfeção destas mulheres. Durante as consultas de pré-natal e de saúde sexual e reprodutiva, deve-se levar em consideração o histórico prévio de IST e, no caso da sífilis, baixas titulações devem ser avaliadas e acompanhadas, de forma a detectar novos casos ou reincidências e, logo, reduzir os casos de sífilis congênita²⁴. Além disso, durante a assistência na APS, práticas educativas são primordiais para promover autonomia das gestantes e seus parceiros, produzir um espaço de diálogo construtivo e, desta maneira, produzir respostas efetivas de prevenção às IST²⁵.

Outro ponto a ser observado no quesito infecção e reinfecção das gestantes é o parceiro, seu diagnóstico e tratamento. Primeiramente, é importante destacar que no ano de 2016, o Ministério da Saúde instituiu o Pré-natal do parceiro com o intuito de garantir a realização de exames de rotina, testes rápidos, incentivar a participação nas consultas, atualização da carteira de vacina e orientar a respeito do papel do homem na gestação, parto, puerpério e cuidados com a criança¹². Isso posto, o parceiro deve ser estimulado a participar deste momento²⁶, e a realização dos exames de rotina faz com que haja o diagnóstico e tratamento das infecções, caso presentes.

No Brasil, os parceiros de gestantes soropositivas para sífilis são comunicados do resultado por elas ou por profissionais de saúde, entretanto, a literatura ainda é escassa sobre a forma que esta abordagem é realizada e se os aspectos importantes quanto a infecção, tratamento e seguimento são informados²⁷. Desta forma, é difícil dizer, a partir da literatura, o quão efetiva é essa comunicação, podendo estes serem elementos que contribuem para a baixa adesão ao diagnóstico e tratamento²⁷. Outra questão a ser observada quanto ao acesso e tratamento do parceiro são os possíveis obstáculos, como a presença de múltiplos parceiros sexuais, a recusa da gestante em falar sobre o parceiro²⁸ e a privação de liberdade ou a perda de contato, conforme identificado neste estudo (dados não apresentados neste estudo).

No período de 2012 a 2018, o governo federal ampliou a cobertura da APS a nível nacional e incentivou a qualificação dos serviços de saúde, com o intuito de melhorar o diagnóstico, manejo e tratamento da sífilis^{26,29}. Pesquisa realizada para avaliar o manejo adequado de pacientes com sífilis na APS identificou que neste período houve um aumento significativo da infraestrutura e processos de trabalho para o diagnóstico e manejo da infecção, porém, ainda foram encontradas disparidades entre as regiões do território e poucas equipes adequadamente estruturadas para o atendimento de pessoas com sífilis²⁹. Segundo os autores, essas questões associadas à insuficiência de recursos humanos e do teste rápido e aplicação da penicilina podem se tornar barreiras para um cuidado integral da sífilis na APS.

Além das questões acima, vale reforçar a importância da APS na realização do acompanhamento pré-natal e, principalmente, do estabelecimento de vínculos entre as gestantes, seus parceiros, profissionais e serviços de saúde como uma ferramenta de identificação dos fatores associados à ocorrência de sífilis na gestação, como também para o rastreamento, diagnóstico e prevenção. Os vínculos entre os serviços de saúde e as gestantes possibilita a promoção de uma atenção qualificada, com diagnóstico e tratamento precoce, valorização das queixas das mulheres

e comprometimento dos profissionais, tanto na gestação quanto no puerpério⁷. Para isso, deve-se considerar também a longitudinalidade do cuidado como uma dimensão para o controle da sífilis no âmbito do SUS²⁶.

Como limitação deste estudo, destaca-se a possibilidade de viés de informação relacionado à desejabilidade social das participantes, sobretudo no que diz respeito ao comportamento sexual. Neste tipo de viés, os participantes tendem a apresentar respostas socialmente aceitáveis, ou seja, podem distorcer informações de forma que se enquadrem nas normas sociais ou causem uma boa impressão, particularmente quando a pesquisa está relacionada a assuntos ou temas sensíveis, muitas vezes envolvendo tabus³⁰, como o abordado nesta pesquisa. Diante desse contexto, vale ressaltar que buscou-se controlar e reduzir este viés a partir da garantia da privacidade, com entrevista realizada por apenas um pesquisador, em um ambiente reservado e sem interferência de terceiros. Ademais, houve também a impossibilidade de generalização dos resultados aqui encontrados, devido a amostragem ser voltada para usuárias de unidades de Atenção Primária, unidades estas que possuem particularidades de cada território. Desta forma, buscou-se reduzir esta limitação por meio do delineamento do estudo (caso-controle) e pareamento da amostra, que apresentou semelhança estatística para renda e escolaridade e possibilitou que outras variáveis pudessem ser exploradas. Mesmo diante destas possíveis limitações, ressalta-se a importância deste estudo para a identificação dos fatores associados ao diagnóstico de sífilis na gestação, bem como a possibilidade de intervenções ainda na APS, de forma a promover o controle da infecção neste público e, também, prevenir novos casos.

Os achados apontaram que, entre as gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal na APS, os principais fatores associados à ocorrência da sífilis na gestação foram o relato de consumo de substâncias ilícitas e a presença de IST anterior. Uma vez que a APS é a porta de entrada do usuário nos serviços de saúde, este estudo traz um alerta aos profissionais de saúde envolvidos no pré-natal quanto aos pontos de atenção e acolhimento, bem como quanto à possibilidade de intervenções em tempo hábil e consequente redução de efeitos adversos decorrentes da soropositividade.

Ademais, tendo em vista que a assistência pré-natal tem por finalidade prevenir ou diagnosticar situações que podem interferir nos níveis de saúde da gestante e seu bebê, os resultados aqui apresentados reforçam a importância e a necessidade de ações de educação em saúde e da construção da autonomia como ferramentas potencializadoras do conhecimento, bem como de

novos estudos nesse cenário, principalmente envolvendo o acompanhamento destas gestantes durante todo o processo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento até a alta-cura.

Contribuições dos autores:

A autora CML participou do delineamento do artigo, interpretação e análise dos dados, redação, aprovação final do artigo e é responsável por todas as informações contidas no trabalho. Os autores STM e MJB participaram do planejamento, orientação e delineamento do artigo, interpretação e análise dos dados, na revisão do artigo e são responsáveis por todas as informações contidas no trabalho. Os autores JLFA e MLRS participaram da interpretação dos dados, na revisão do artigo e são responsáveis por todas as informações contidas no trabalho.

Referências

1. World Health Organization. Syphilis screening and treatment for pregnant women. 2017 [acesso em 2023 fev 20]. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259003/1/9789241550093-eng.pdf?ua=1>
2. Pitilin EB, Gasparini VA, Silva DTR, Souza JB, Haag FB. Hospitalizations due to Congenital Syphilis in Neonates: Associated Factors from the Prenatal Care Process. *Aquichan*, 2020; 20(40): e2048.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2022 [acesso 2023 jun 24]
4. Kidd S, Bowen VB, Torrone EA, Bolan G. Use of national syphilis surveillance data to develop a congenital syphilis prevention cascade and estimate the number of potential congenital syphilis cases averted. *Sexually transmitted diseases*, 2018; 45(9S Suppl 1): S23.
5. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, 2017, 51:78.
6. Cesar JA, Camerini AV, Paulitsc RG, Terlan RJ. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2020, 23: e200012.
7. Moura JRA, Bezerra RA, Oriá MOB, Vieira NFC, Fialho AVM, Pinheiro AKB. Epidemiology of gestational syphilis in a Brazilian state: analysis in the light of the social-ecological theory. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55: e20200271

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial União, Brasília, 27 jun. 2011. Seção 1. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. Rosa LGF, Santos FS, Vatam CM, Burg MR, Camargo MIB. Análise do rastreamento oportuno da sífilis no pré-natal de baixo risco. *Aletheia*, 2020, 53(1): 133-145.
10. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery*, 2021, 25(1): e20200098
11. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3): 793-804, 2020
12. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais; 2021 [acesso 2023 jun 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>
13. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte do nordeste brasileiro. *J. Health Biol. Sci.* [Internet]. 2017 [acesso 2023 jun 20]; 5(1): 56-61. Disponível em:
<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1012>
14. Vicente JB, Sanguino GZ, Riccioppo MRPL, Santos MRD, Furtado MCC. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. *Rev Bras Enferm.* 2022 Nov 28; 76(1): e20220210
15. Araújo MAL, Andrade RFV, Barros VL, Bertoncini MRP. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2019, 19 (2): 421-429
16. Correia DM, Soares MF, Júnior JNO, Machado MF Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, 2013, 8(3): 221/238.
17. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, 2013, 29(6): 1109-1120.

18. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Cien Saude Colet*. 2018 Jun; 23(6): 1751-1762.
19. Pina-Oliveira AA, Moreira RL, Pécora RAF, Chiesa AM. Análise do processo de translação do conhecimento sobre a primeira infância no ensino de graduação. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(Esp): 164-71.
20. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*. 2020 Feb 27; 382(9): 845-854.
21. Lin KW. Closing Primary and Prenatal Care Gaps to Prevent Congenital Syphilis. *American Family Physician*, 2020, 102.2: 78-79.
22. Portela GLC; Barros LM; Frota NM; Landim APP; Caetano JA et al. Percepción de la embarazada sobre el consumo de drogas ilícitas en la gestación. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 2013, 9.2: 58-63.
23. Oliveira EM, Souza AG, Silva EM, Costa JBC, Aguiar CC, Rodrigues CS et al. Implantação, desenvolvimento e desafios do observatório de saúde mental e política sobre drogas: relato de experiência. *Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura, Florianópolis*, 2022 6(2).
24. Rigo FL, Romanelli RMC, Oliveira IP, Anchieta LM. Assistência e fatores educacionais associados a sífilis congênita em uma maternidade referência: um estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2021, 21 (1): 139-149
25. Paiva CCN, Cardoso R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo *Escola Anna Nery* 24(1) 2020
26. Ramos Jr AN. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 2022, 38.
27. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(3): e00074519
28. Araújo TCV, Souza MB. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2020, 54.
29. Saes MO, Duro SMS, Gonçalves CS, Tomasi E, Facchini LA. Assessment of the appropriate management of syphilis patients in primary health care in different regions of Brazil from 2012 to 2018. *Cad Saude Publica*. 2022, 38(5): EN231921.

30. Bispo Junior JP. Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 2022, 56:101

2.3 ARTIGO: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E SÍFILIS NA GESTAÇÃO: FATORES ASSOCIADOS E PERCEPÇÕES

Health-related quality of life and syphilis in pregnancy: associated factors and perceptions

Artigo não submetido

Carolina Matteussi Lino¹ (<https://orcid.org/0000-0001-6686-3296>)

Sayuri Tanaka Maeda² (<https://orcid.org/0000-0002-6571-6523>)

Maria da Luz Rosário Sousa¹ (<https://orcid.org/0000-0002-0346-5060>)

Marília Jesus Batista¹ (<https://orcid.org/0000-0002-0379-3742>)

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Avenida Limeira, 901 - Areião, Piracicaba - SP, 13414-903

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Avenida Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 05403-000

Resumo

Estudo com objetivo de avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de mulheres com e sem diagnóstico de sífilis na gestação. Estudo transversal de abordagem quali-quantitativa, conduzido na Atenção Primária à Saúde (APS) de dois municípios do Estado de São Paulo no período de outubro/2020 a dezembro/2023. Os dados foram obtidos por meio de um questionário com características socioeconômicas e demográficas e o *12-Item Short-Form Health Survey*. Foi realizada regressão logística múltipla ($p < 0,05$) e análise de conteúdo de Bardin. Houve associação entre melhores níveis de QVRS e faixa etária, trimestre de gestação, presença de rede de apoio (aspecto físico) e à soropositividade para sífilis e não fazer uso de medicamentos (aspecto mental). A ausência de rede de apoio e a participação em programas de transferência de renda foram associados a piores níveis de QVRS nos aspectos físico e mental, respectivamente. Houve percepção de dificuldades físicas decorrentes da gestação e da importância da rede de apoio nesse processo. Esses resultados reforçam a importância do pré-natal, dos profissionais de saúde e, principalmente, da APS na identificação de fatores de risco, vulnerabilidades e percepções das gestantes quanto à sua QV, inclusive diante do diagnóstico de sífilis.

Palavras-chave: Infecções por *Treponema*, Saúde Materna, Cuidado Pré-Natal

Abstract

This study aimed to assess the Health-Related Quality of Life (HRQoL) of women with and without a diagnosis of syphilis during pregnancy. This is a cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach, conducted in Primary Health Care (PHC) in two municipalities in the state of São Paulo between October 2020 and December 23. Data was obtained using a questionnaire

with socioeconomic and demographic characteristics and the 12-Item Short-Form Health Survey. Multiple logistic regression ($p < 0.05$) and Bardin content analysis were performed. There was an association between better levels of HRQoL and age, trimester of pregnancy, the presence of a support network (physical aspect) and syphilis seropositivity and not taking medication (mental aspect). The absence of a support network and participation in cash transfer programs were associated with worse levels of HRQoL in the physical and mental aspects, respectively. There was a perception of physical difficulties resulting from pregnancy and of the importance of the support network in this process. These results reinforce the importance of prenatal care, health professionals and, above all, PHC in identifying risk factors, vulnerabilities and pregnant women's perceptions of their HRQoL, including when diagnosed with syphilis.

Keywords: Treponemal Infections, Health, Maternal, Prenatal Care

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são um desafio para a saúde pública mundial e vêm apresentando um crescimento ao longo dos últimos anos (Fu et al., 2022). Estudo realizado a partir do *Global Burden of Disease* evidenciou que, entre os anos de 1990 a 2019, houve um aumento de 58,15% nas cinco IST mais comuns no mundo - sífilis, clamídia, gonorreia, tricomoníase e herpes genital – e, dentre estas, a sífilis apresentou uma alta incidência e carga global (Fu et al., 2022).

Ainda que possuam múltiplas etiologias e condições clínicas, as IST podem apresentar-se assintomáticas por períodos ou por toda a vida, sendo seu diagnóstico realizado em muitas situações apenas por exames laboratoriais (Brasil, 2021; Fu et al., 2022), o que contribui para o início tardio do tratamento. Ademais, estas infecções, como no caso da sífilis, podem implicar na transmissão de mãe para filho, tendo como efeitos adversos abortos, natimortalidade, óbito neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e a sífilis congênita (Fu et al., 2022; Hughes e Sawleshwarkar, 2023), que repercutem nos serviços e sistema de saúde e, principalmente, na mulher e todo seu contexto social.

A gestação é um período marcado por intensas transformações fisiológicas, emocionais, físicas e psicológicas (Saridi et al., 2022), e a presença de infecções passíveis de transmissão vertical muitas vezes podem transcorrer de forma silenciosa em mulheres aparentemente saudáveis ou serem mascaradas, dificultando o diagnóstico (Mouta et al., 2018). Por este motivo, o pré-natal é um espaço propício para o acompanhamento e cuidados especiais voltados à saúde do binômio materno-fetal, de forma que seja possível a identificação precoce de intercorrências, incluindo as vinculadas às IST (Mouta et al., 2018; Rocha et al., 2021) visando à promoção da saúde física, mental e social.

O diagnóstico de uma IST pode impactar nas relações pessoais, familiares, sociais e, frequentemente, está associado a sofrimentos psicológicos devido às implicações nos relacionamentos íntimos e estigma (Brasil, 2022; Hughes e Sawleshwarkar, 2023), o que pode comprometer a qualidade de vida da pessoa infectada. Ele também pode implicar em um impacto relacionado a sobrecarga psicológica, estigma diante do risco de transmissão, vergonha e sentimento de culpa (Souza e Santana, 2013; Tavares et al., 2022).

A percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida é subjetiva e multidimensional, ou seja, inclui questões físicas, psicológicas, nível de independência, relações sociais e meio ambiente (Castro et al., 2019; Silveira et al., 2013; WHOQOL Group et al., 1995). No que concerne à saúde, a QV é denominada Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e envolve dimensões físicas, psicológicas, emocionais e sociais decorrentes de doenças, agravos e tratamentos, estabelecendo parâmetros – positivos ou negativos – em relação a uma condição de saúde específica (Almuqbil et al., 2022). Não obstante, questões como relacionamentos pessoais e conjugais, condições de trabalho, personalidade e resiliência, assim como Determinantes Sociais de Saúde – como renda e escolaridade - também podem influenciar na percepção sobre a QV e, conseqüentemente, refletir nos cuidados com a saúde e na prevenção de doenças (Castro et al., 2019; Melo et al., 2015).

Os estudos envolvendo a QVRS deram início como consequência do avanço científico e tecnológico, do aumento da expectativa de vida, da humanização do cuidado e da busca pela reabilitação e promoção da saúde (Castro et al., 2019; Silveira et al., 2013; Tavares et al., 2022). Desta forma, diversos instrumentos foram criados com o intuito de medir a QVRS, entretanto, muitos deles são específicos para algumas patologias, ao passo que outros são extensos e de difícil aplicação. Por este motivo, em 1994, o *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12) foi criado, com o intuito de ser uma versão abreviada do *36-Item Health Survey* (SF-36), permitindo uma aplicação mais rápida e mantendo as propriedades psicométricas (Andrade et al., 2007; Silveira et al., 2013). No Brasil, o SF-12 foi traduzido e validado em uma população que apresentava Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Camelier, 2004) e em 2013, foi recomendado para avaliação da QVRS da população geral (Silveira et al., 2013).

Em se tratando de IST, nota-se que estudos nacionais e internacionais (Silveira et al., 2013; WANG et al., 2019; Zhakipbayeva et al., 2019) relacionam a QVRS à pacientes diagnosticados com HIV, porém, especificamente em relação à sífilis, principalmente na gestação, a literatura ainda é escassa e voltada para mães de crianças diagnosticadas com sífilis congênita (Albuquerque

et al., 2015; Tavares et al., 2022). Nesse contexto, mensurar a QVRS das gestantes soropositivas para sífilis e as subjetividades envolvidas é fundamental para a identificação, a partir de outras vertentes aquém das epidemiológicas, de contextos, particularidades e situações que podem, na percepção deste público, impactar em sua QV.

Isto posto, diante de todos os impactos físicos e mentais que a sífilis pode apresentar a este público, a hipótese adotada para este estudo é que o diagnóstico de sífilis impacta na qualidade de vida das gestantes. Por conseguinte, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a QVRS das mulheres com e sem diagnóstico de sífilis durante o período gestacional, incluindo suas percepções sobre a QVRS.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quali-quantitativa, realizado a partir de um estudo de caso-controle sobre a sífilis na gestação conduzido na Atenção Primária à Saúde (APS) de dois municípios do Estado de São Paulo.

Para a avaliação da QVRS deste público, optou-se pela utilização do SF-12 por este ser um instrumento com rápido preenchimento - com tempo de aplicação de, em média, 1 a 2 minutos -, que pode ser aplicado por entrevista ou preenchido pelo próprio participante (Andrade et al., 2007). O instrumento contém questões que avaliam a QVRS em oito dimensões: saúde geral, funcionamento físico, função física e dor corporal (relacionados ao componente físico), e aspectos emocionais, vitalidade, saúde mental e aspectos sociais (relacionado ao mental) (Silveira *et al.*, 2013; Ware Jr et al., 1996). Com pontuação que varia de zero a cem, o SF-12 possui duas versões – SF-12v1 e SF-12v2; na primeira, gratuita, a QVRS é obtida de forma dicotomizada a partir dos componentes físico e mental, ao passo que a segunda possibilita o cálculo em escores, de acordo com cada uma das oito dimensões. Neste estudo, optou-se por utilizar o SF-12v1 e com aplicação obtida mediante entrevista. Ademais, compreendendo que a QVRS é subjetiva e multidimensional, as percepções das participantes sobre sua qualidade de vida foram anotadas pela pesquisadora no momento da entrevista.

A população foi composta por gestantes e mulheres com bebês de até seis meses, que frequentaram unidades de saúde da APS, no período de outubro de 2020 a dezembro de 2022, para a realização do acompanhamento pré-natal ou consultas de puericultura.

O cálculo amostral foi realizado para o estudo de caso-controle, no qual adotou-se uma proporção de três controles para cada caso de sífilis, intervalo de confiança de 95% e poder de teste de 80%. Deste modo, o tamanho amostral estimado foi de 168 mulheres (42 casos e 126 controles), entretanto, diante da possibilidade de perdas e recusas, foi adicionado 20% à amostra, chegando a um total de 200 participantes (50 casos e 150 controles).

Os critérios de elegibilidade foram residir em um dos municípios onde o estudo foi conduzido, realizar o acompanhamento pré-natal na APS e, no caso de mulheres soropositivas para sífilis, presença do diagnóstico na gestação atual, a partir de testes sorológicos treponêmicos e não treponêmicos. Foram excluídas mulheres que não realizavam o acompanhamento pré-natal em serviços da APS, que estavam no começo do acompanhamento pré-natal e ainda não possuíam os resultados dos testes sorológicos.

As participantes foram abordadas pela pesquisadora na própria unidade de saúde, no dia em que compareceram para vacinas, grupo de gestantes e consultas de acompanhamento pré-natal, odontológicas ou de puericultura. Esta abordagem era realizada de forma individual, em um ambiente reservado e, após consentimento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Termo de Assentimento Livre e Esclarecido era obtido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas conduzidas em duas etapas: na primeira, havia o levantamento de informações socioeconômicas, de comportamentos de saúde e obstétricas a partir de um questionário estruturado; na segunda, foi aplicado o questionário SF-12 para avaliação da QVRS e os comentários das participantes acerca dos itens avaliados nos domínios foram registradas pela pesquisadora. Optou-se por utilizar o SF-12 por ser um instrumento aplicável a toda a população, com aplicação rápida e que atende as propriedades psicométricas do SF-36. Ressalta-se que todas as participantes do estudo de caso-controle responderam ao questionário para avaliação da QVRS.

O desfecho do estudo foi a qualidade de vida (física e mental) dicotomizada em melhor e pior nível. As variáveis independentes foram agrupadas em: sociodemográficas (faixa etária, estado civil, cor da pele autodeclarada, escolaridade, religião, trabalho remunerado, participação em programas de transferência de renda, renda individual e presença de rede de apoio); comportamentos de saúde (consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e/ou substâncias ilícitas); clínicas e obstétricas (presença de problemas de saúde autorrelatados, uso de medicamentos,

número de gestações, idade gestacional no momento da entrevista e diagnóstico de sífilis na gestação atual).

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados no *software* estatístico SPSS versão 20.0 para obtenção de média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo. A pontuação da QVRS foi calculada a partir da soma das respostas de cada item do SF-12 a uma constante de ambos os componentes (físico e mental) (Ware Jr et al., 1996). Em seguida, os componentes foram dicotomizados a partir da mediana (47,83 para o componente físico e 51,17 para o componente mental), sendo classificada como pior nível de QVRS (< mediana) ou melhor nível de QVRS (\geq mediana).

A normalidade dos dados foi verificada por meio do Teste Kolmogorov-Smirnov e a comparação do escore de QVRS obtido em ambos os componentes do SF-12 entre os grupos (com e sem diagnóstico de sífilis) foi realizada a partir do teste de Mann-Whitney. Para a análise de associação, foram realizadas análises bivariadas (Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher) e, de forma a verificar o efeito das variáveis independentes nos componentes da QVRS, foram realizadas regressões logísticas múltiplas. Nesta etapa, as variáveis que apresentaram p-valor $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo e foi adotado um nível de significância de 5%.

Os dados qualitativos obtidos foram transcritos e analisados segundo a técnica categorial temática (Bardin, 2011), fundamentada na teoria da semiótica. As categorias foram definidas previamente, a partir dos componentes (físico e mental) e domínios (estado geral de saúde, capacidade funcional, aspecto físico, dor, aspecto emocional, saúde mental aspectos sociais) do SF-12. A análise foi realizada com o auxílio do *software* Atlas.Ti versão 23. Os discursos foram codificados com o grupo ao qual a participante pertencia (caso ou controle) seguido por um número sequencial.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu todas as diretrizes da Resolução nº 466/2012.

Resultados

Inicialmente, os resultados serão apresentados a partir de uma descrição dos dados sociodemográficos das participantes, seguido pelos escores de QV obtidos por meio do SF-12 e pelos dados quantitativos e qualitativos de cada componente avaliados pelo instrumento, físico e mental, respectivamente.

O estudo foi conduzido em 16 unidades de saúde da APS e, das 209 mulheres convidadas, 192 participaram (48 com diagnóstico de sífilis e 144 sem diagnóstico de sífilis na gestação atual). A taxa de resposta foi de 91,86% e o tamanho amostral mínimo foi alcançado.

O perfil das participantes foi composto por gestantes entre 20 e 34 anos (n = 135), solteiras (n = 134), autodeclaradas pretas/pardas (n = 121), com nove anos ou mais de estudo (n = 115), que não trabalhavam (n = 101), com renda familiar maior que um salário mínimo (n = 142) e que participavam de algum programa de transferência de renda (n = 53). Dentre as entrevistadas diagnosticadas com sífilis na gestação atual, cinco relataram terem apresentado sinais/sintomas como: feridas na região genital, manchas avermelhadas pelo corpo ou descamação na palma das mãos e região plantar dos pés.

No que tange aos escores avaliados – físico e mental – observa-se que ambos apresentaram uma pontuação média menor no grupo com diagnóstico de sífilis em relação às entrevistadas sem sífilis e que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as medianas (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos componentes do SF-12 (físico e mental) conforme média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo segundo diagnóstico de sífilis na gestação atual, 2023.

	Componente físico			p*	Componente mental			p*
	Todas as gestantes (n = 192)	Com sífilis (n = 48)	Sem sífilis (n = 48)		Todas as gestantes (n = 192)	Com sífilis (n = 48)	Sem sífilis (n = 48)	
Média	45,52	44,83	48,53		48,14	48,81	49,83	
Desvio padrão	9,53	8,72	9,81		10,97	12,81	10,33	
Mediana	47,83	43,44	48,53	0,409	51,16	53,37	49,83	0,302
Mínimo	19,59	29,57	19,59		19,18	24,06	19,18	
Máximo	63,01	63,01	61,38		68,01	65,64	68,01	

*Mann-Whitney; *p-valor (<0,05).*

Na análise do componente físico evidenciou-se que as adolescentes apresentaram melhor nível de QVRS em relação às demais faixas etárias, bem como que as mulheres que estavam com uma idade gestacional mais avançada (terceiro trimestre) e que referiram não possuir uma rede de apoio apresentaram uma pior QVRS. Além disso, na análise de regressão logística, o modelo ajustado mostrou que a faixa etária adolescente e o fato de o bebê já ter nascido foram fatores de proteção, ao passo que a razão de chances para uma pior QVRS foi 3,2 vezes maior entre as participantes que não possuíam rede de apoio (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada, regressão logística univariada e regressão logística múltipla da classificação da Qualidade de Vida (QV), no aspecto físico, relacionada às variáveis socioeconômicas, comportamentais e obstétricas, 2023.

(Continua)

Variáveis	Análise bivariada				p-valor	Regressão não ajustada			Regressão ajustada		
	Melhor nível		Pior nível			OR	IC 95%	P-valor	OR	IC 95%	P-valor
	n	%	n	%							
Diagnóstico de sífilis na gestação atual											
Sim	20	41,7	28	58,3	0,18 ¹	1,56	0,81 - 3,03	0,184	1,35	0,65 - 2,77	0,420
Não	76	52,8	68	47,2		1	-	-	1	-	-
Faixa etária											
14 a 19 anos	22	66,7	11	33,3	0,04 ¹	0,25	0,08 - 0,76	0,015	0,17	0,05 - 0,60	0,006
20 a 34 anos	66	48,9	69	51,1		0,52	0,21 - 1,30	0,164	0,37	0,12 - 1,07	0,067
35 anos ou mais	8	33,3	16	66,7		1	-	-	1	-	-
Estado civil											
Solteira	67	50,0	67	50,0	1,00 ¹						
Casada	29	50,0	29	50,0							
Cor de pele autodeclarada											
Branca	40	56,3	31	43,7	0,18 ¹	1	-	-	-	-	-
Preta/Parda	56	46,3	65	53,7		1,50	0,83 - 2,70	0,179	-	-	-
Segue alguma religião											
Sim	64	48,1	69	51,9	0,43 ¹						
Não	32	54,2	27	45,8							
Escolaridade (em anos)											
Até oito	37	48,1	40	51,9	0,66 ¹						
Nove ou mais	59	51,3	56	48,7							
Trabalho remunerado											
Sim	47	51,6	44	48,4	0,66 ¹						
Não	49	48,5	52	51,5							
Participa de programa de transferência de renda ^a											
Sim	23	43,4	30	56,6	0,26 ¹						
Não	73	52,5	66	47,5							
Renda individual (em salários mínimos)											
Não possui	38	50,7	37	49,3	0,47 ¹						
Até 1	23	43,4	30	56,6							
Mais de 1	35	54,7	29	45,3							
Possui algum problema de saúde (autorrelatado) ^b											
Sim	25	45,5	30	54,5	0,42 ¹						
Não	71	51,8	66	48,2							
Usa algum medicamento para o problema de saúde											
Sim	18	62,1	11	37,9	0,16 ¹	0,56	0,25 - 1,26	0,162	0,43	0,18 - 1,05	0,063
Não	78	47,9	85	52,1		1	-	-	1	-	-
Consumo de tabaco											
Fuma/Fumou	22	48,9	23	51,1	0,86 ¹						
Não fuma	74	50,3	73	49,7							
Consumo de bebida alcoólica											
Bebe/Bebeu	68	48,2	73	51,8	0,41 ¹						
Não bebe	28	54,9	23	45,1							

Tabela 2. Análise bivariada, regressão logística univariada e regressão logística múltipla da classificação da Qualidade de Vida (QV), no aspecto físico, relacionada às variáveis socioeconômicas, comportamentais e obstétricas, 2023. (Conclusão)

Variáveis	Análise bivariada				p-valor	Regressão não ajustada			Regressão ajustada		
	Melhor nível		Pior nível			OR	IC 95%	P-valor	OR	IC 95%	P-valor
	n	%	n	%							
Consumo de substâncias ilícitas											
Usa/Usou	16	50,0	16	50,0	1,00 ¹						
Não usa	80	50,0	80	50,0							
Número de gestações											
Primigesta	42	53,8	36	46,2	0,38 ¹						
Multigesta	54	47,4	60	52,6							
Idade gestacional no momento da entrevista											
1º trimestre	19	57,6	14	42,4	0,03 ²	1	-	-	1	-	-
2º trimestre	38	50,7	37	49,3		1,32	0,58 - 3,02	0,508	1,14	0,48 - 2,75	0,762
3º trimestre	31	41,3	44	58,7		1,93	0,84 - 4,41	0,121	1,64	0,68 - 3,99	0,274
Já nasceu	8	88,9	1	11,1		0,17	0,02 - 1,52	0,112	0,07	0,01 - 0,71	0,025
Possui rede de apoio											
Sim	84	52,8	75	47,2	0,03 ¹	1	-	-	1	-	-
Não	8	30,8	18	69,2		2,52	1,04 - 6,13	0,042	3,20	1,13 - 9,03	0,028

^a Bolsa família, Auxílio emergencial (Covid-19).

^b Diabetes mellitus, hipertensão arterial, depressão e ansiedade.

¹ Teste de Qui-quadrado independente; ² Teste Exato de Fisher; (p<0,05).

Quanto à percepção das entrevistadas sobre os aspectos físicos, no que diz respeito à dimensão redução de atividades físicas (domínio saúde geral), evidenciou-se que as gestantes perceberam as dificuldades físicas consequentes da gestação em si e não relacionadas ao diagnóstico de sífilis, no caso do grupo com o diagnóstico desta IST. Dentre as principais percepções encontraram-se a falta de ar, dificuldade para abaixar ou subir escalas e, também, dificuldades no autocuidado, conforme falas abaixo:

(...) Canseira demais, não consigo abaixar, tenho uma enteada de cinco anos e não consigo dar banho nela (...) (Caso 34, 26 anos).

(...) O máximo que eu consigo é o que eu tenho que fazer, que se eu não fizer ninguém faz, que é lavar a louça e a comida para as crianças. O resto eu faço empurrada, já passo mal, enjoo, preciso parar (...) (Caso 30, 34 anos).

(...) Não consigo lavar os pés, depilar, não consigo fazer mais nada (...) (Controle 117, 16 anos).

(...) Agachar, agora no final da gravidez, porque limpar a casa eu ainda tô fazendo. Caminhando eu canso bastante, levantar da cama (...) (Caso 14, 35 anos)

(...) Para subir escada e levantar peso eu tenho dificuldade, mas escada é mais (...) (Controle 165, 34 anos)

Neste cenário de dificuldades, dor e redução de atividades, a rede de apoio torna-se essencial. A regressão logística identificou que possuir uma rede de apoio esteve associada à uma boa qualidade de vida e esta importância esteve presente na resposta de algumas entrevistadas, seja a partir do reconhecimento da presença de pessoas para auxiliá-las e de sua importância ou demonstrando que a sua ausência pode impactar negativamente, por meio da tristeza ou nervosismo:

(...) Preciso me revigorar porque tenho dois 'sereszinhas' para cuidar (...) (Caso 20, 24 anos)

(...) Meu marido que limpa a casa, porque a barriga tá grande (...) (Caso 45, 20 anos)

(...) A rede de apoio nessas horas é a melhor coisa. Sem a minha rede de apoio, eu não sou ninguém, sem meu marido... Ele é o meu maior apoiador, meu maior fã, meu maior tudo (...) (Caso 25, 24 anos)

(...) Às vezes eu sento, olho a situação da minha casa e até choro de nervoso, porque não tenho ninguém para me ajudar (...) (Caso 30, 34 anos)

(...) Eles até mandam eu fazer repouso, por causa da placenta, mas com outras duas crianças não dá (...) (Caso 46, 24 anos)

(...) Tenho sentido dor no meu quadril. Incomoda, mas não me faz parar, eu não posso, tenho duas crianças (...) (Controle 92, 33 anos)

No que diz respeito aos fatores associados à QVRS no aspecto mental, evidenciou-se que o diagnóstico de sífilis e o relato de não fazer uso medicamentos estiveram associados a melhores níveis de QV. O modelo ajustado da regressão logística evidenciou que o diagnóstico de sífilis foi um fator de proteção e que gestantes que participavam de programa de transferência de renda tiveram 1,99 vez mais chances de ter uma pior QVRS no componente mental (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada, regressão logística univariada e regressão múltipla da classificação da Qualidade de Vida (QV) no aspecto mental relacionada às variáveis socioeconômicas, comportamentais e obstétricas, 2023.

(Continua)

Variáveis	Análise bivariada				P-valor	Regressão não ajustada			Regressão ajustada		
	Melhor nível n	Melhor nível %	Pior nível n	Pior nível %		OR	IC 95%	P-valor	OR	IC 95%	P-valor
Diagnóstico de sífilis na gestação atual											
Sim	30	62,5	18	37,5	0,04¹	0,51	0,26 - 0,99	0,047	0,45	0,22 - 0,91	0,025
Não	66	45,8	78	54,2		1	-	-	1	-	-
Faixa etária											
14 a 19 anos	13	39,4	20	60,6	0,22 ¹						
20 a 34 anos	68	50,4	67	49,6							
35 anos ou mais	15	62,5	9	37,5							
Estado civil											
Solteira	65	48,5	69	51,5	0,53 ¹						
Casada	31	53,4	27	46,6							
Cor de pele autodeclarada											
Branca	37	52,1	34	47,9	0,65 ¹						
Preta/Parda	59	48,8	62	51,2							
Segue alguma religião											
Sim	68	51,1	65	48,9	0,64 ¹						
Não	28	47,5	31	52,5							
Escolaridade (em anos)											
Até oito	36	46,8	41	53,2	0,46 ¹						
Nove ou mais	60	52,2	55	47,8							
Trabalho remunerado											
Sim	42	46,2	49	53,8	0,32 ¹						
Não	54	53,5	47	46,5							
Participa de programa de transferência de renda ^a											
Sim	21	39,6	32	60,4	0,08 ¹	0,56	0,29 - 1,07	0,077	1,99	1,02 - 3,91	0,044
Não	75	54,0	64	46,0		1	-	-	1	-	-
Renda individual (em salários mínimos)											
Não possui	42	56,0	33	44,0	0,26 ¹						
Até 1	27	50,9	26	49,1							
Mais de 1	27	42,2	37	57,8							
Possui algum problema de saúde (autorrelatado) ^b											
Sim	22	40,0	33	60,0	0,08 ¹	1,76	0,93 - 3,33	0,081	1,36	0,59 - 3,16	0,470
Não	74	54,0	63	46,0		1	-	-	1	-	-
Usa algum medicamento para o problema de saúde											
Sim	9	31,0	20	69,0	0,03¹	2,54	1,09 - 5,92	0,030	1,92	0,65 - 5,72	0,239
Não	87	53,4	76	46,6		1	-	-	1	-	-
Consumo de tabaco											
Fuma/Fumou	21	46,7	24	53,3	0,61 ¹						
Não fuma	75	51,0	72	49,0							
Consumo de bebida alcoólica											
Bebe/Bebeu	66	46,8	75	53,2	0,14 ¹	1,62	0,85 - 3,10	0,143	-	-	-
Não bebe	30	58,8	21	41,2		1	-	-	-	-	-

Tabela 3. Análise bivariada, regressão logística univariada e regressão múltipla da classificação da Qualidade de Vida (QV) no aspecto mental relacionada às variáveis socioeconômicas, comportamentais e obstétricas, 2023.

Variáveis	Análise bivariada				Regressão não ajustada			Regressão ajustada			
	Melhor nível		Pior nível		P-valor	OR	IC 95%	P-valor	OR	IC 95%	P-valor
	n	%	n	%							
Consumo de substâncias ilícitas											
Usa/Usou	18	56,3	14	43,8	0,44 ¹						
Não usa	78	48,8	82	51,3							
Número de gestações											
Primigesta	40	51,3	38	48,7	0,77 ¹						
Multigesta	56	49,1	58	50,9							
Idade gestacional no momento da entrevista											
1º trimestre	14	42,4	19	57,6	0,43 ¹						
2º trimestre	35	46,7	40	53,3							
3º trimestre	43	57,3	32	42,7							
Já nasceu	4	44,4	5	55,6							
Possui rede de apoio											
Sim	79	49,7	80	50,3	0,69 ¹						
Não	14	53,8	12	46,2							

^a Bolsa família, Auxílio emergencial (Covid-19).

^b Diabetes mellitus, hipertensão arterial, depressão e ansiedade.

¹ Teste de Qui-quadrado independente; ² Teste Exato de Fisher; (p<0,05).

Quanto à percepção das entrevistadas às questões relacionadas ao componente mental evidenciou-se que ambos os grupos compreendem as mudanças na saúde mental como algo decorrente da gestação em si, da ausência de rede de apoio e lutos consequentes de perdas familiares ou abortos, conforme falas abaixo:

(...) Ah, só às vezes eu fico assim um pouco triste. Acho que é a fase emocional da gravidez (...) (Caso 15, 19 anos)

(...) Porque depois que eu descobri a gravidez, eu tô meio conturbada, tentando assimilar as coisas (...) (Controle 91, 27 anos)

(...) Eu fico pensando que daqui a pouco vou precisar ir para o hospital e ficar lá três dias e com quem minha filha ficará? (...) (Controle 50, 27 anos)

(...) O tempo todo [referente a sentir-se desanimada e deprimida], pois perdi uma filha e isso me deixa sempre assim, desanimada (...) (Caso 21, 21 anos)

(...) Porque eu tenho medo, sabe, de acontecer alguma coisa de novo [referindo-se aos abortos anteriores] (...) (Controle 105, 27 anos)

A percepção sobre a vitalidade, isto é, quanto tempo as entrevistadas estavam se sentindo com muita energia também esteve presente, pelo reconhecimento de uma energia em excesso, a partir da execução de tarefas em casa e no trabalho ou de sua ausência, relacionada principalmente ao cansaço e aos sinais e sintomas do período gestacional:

(...) As meninas do trabalho até me falam 'quero ver se quando você estiver com um barrigão vai estar desse jeito' (...) (Caso 33, 23 anos)

(...) Eu pintei meu apartamento sozinha! [risos] (...) (Controle 87, 36 anos)

(...) Eu já acordo e quero ficar deitada, muito cansada. Dá vontade de deitar de novo. Hoje mesmo, eu vim de Uber e já tô cansada (...) (Controle 164, 35 anos)

(...) Não muito. Agora eu tô melhorando, eu tava bem enjoada, sonolenta... Mas agora tá melhorando (...) (Caso 23, 24 anos)

(...) Eu tenho passado muito mal, tenho muito sono e muito enjoo, então eu tô sem energia (...) (Controle 159, 26 anos)

Discussão

Os achados desse estudo apontam que a QVRS das mulheres que realizaram o pré-natal na APS esteve associada ao trimestre gestacional, idade das participantes, rede de apoio (componente físico) e uso de medicamentos para as condições de saúde autorreferidas (componente mental). Além disso, evidenciou-se que a ausência de rede de apoio e a participação em programas de transferência de renda foram fatores de risco para piores níveis de QVRS nos aspectos físico e mental nesta ordem.

Observou-se que a população estudada foi composta por gestantes adultas jovens, com nove anos ou mais de estudo, expostas à uma vulnerabilidade social relacionada à ausência de trabalho remunerado, ou seja, eram dependentes da renda familiar e, em alguns casos, participantes de programas de transferência de renda como o bolsa família. Ademais, vale ressaltar que algumas unidades de saúde às quais as gestantes pertenciam também encontravam-se expostas à vulnerabilidade programática pelo próprio território em que estavam inseridas, ou seja, expostas à desigualdades e iniquidades que refletem na saúde.

Pesquisa brasileira realizada com gestantes em três serviços públicos de saúde distintos e um particular (Soares et al., 2021) encontrou que a presença de trabalho remunerado, idade e renda familiar maior, estiveram associados maiores índices de QVRS. A influência da idade também foi

evidenciada em outros estudos (Rosalini et al., 2019; Saridi et al., 2022), porém, estes destacam que indivíduos mais velhos possuem maiores chances de apresentar comprometimento da QV nos aspectos mental e físico, decorrentes de uma sobrecarga de trabalho, mudanças nos padrões de autocuidado e responsabilidades familiares.

Em relação ao aspecto físico do SF-12, evidenciou-se que a idade foi o único fator sociodemográfico associado a componente, uma vez que as adolescentes apresentaram melhores níveis de QV em relação aos demais grupos etários. Tal achado pode ser explicado pelo fato de a adolescência passar por um período de transformação biopsicossocial, no qual são desenvolvidas habilidades sociais, cognitivas, motoras e, também, onde há uma atenção maior a identidade pessoal, autonomia e ao bem-estar (Gadelha et al., 2020).

Ademais, o contexto social no qual o adolescente encontra-se inserido também influencia em sua QV (Lemos et al., 2018) e, de fato, a QVRS pode ser afetada negativa ou positivamente pelos Determinantes Sociais de Saúde, como idade, comportamentos e estilo de vida, rede de apoio e comunidade, condições de vida e trabalho, cultura e meio ambiente no qual a pessoa está inserida (Dahlgren e Whitehead; 2007). Estudo conduzido em Belo Horizonte identificou que adolescentes que possuíam uma autopercepção de saúde positiva apresentaram um aumento de 10% no escore de QV e que a percepção de saúde esteve relacionada ao bem-estar físico e não necessariamente ao processo de saúde-doença (Lemos et al., 2018), corroborando com os achados da nossa pesquisa, uma vez que, independente das condições e vulnerabilidades sociais, as gestantes adolescentes apresentaram uma autopercepção da saúde boa, muito boa ou excelente (dados não apresentados). Ressalta-se que a gravidez na adolescência traz um momento emancipação e empoderamento da adolescente para a vida adulta (Rangel e Queiroz, 2008; Feltran et al., 2022), fato que pode interferir na percepção sobre a qualidade de vida nesta fase.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o escore do componente físico da QVRS dos grupos de mulheres com e sem o diagnóstico de sífilis, todavia, o avanço da gestação provocou impactos negativos em ambos os grupos, evidenciado não apenas pelo escore do SF-12, mas também pelos relatos das entrevistadas. Tais achados corroboram com outros estudos que avaliaram a QV na gestação (Kazemi et al., 2017; Saridi et al., 2022), que identificaram que com o passar dos trimestres a QVRS apresentou uma pontuação mais baixa, especialmente no componente físico e relacionado ao aumento das limitações funcionais no terceiro trimestre de gestação.

Vale ressaltar que, mesmo em uma gestação de risco habitual, o cansaço, redução das tarefas diárias e atividades de lazer, em conjunto com a presença de náuseas e dor podem alterar a capacidade da mulher de desempenhar suas funções cotidianas, causando sofrimento e impactos negativos na QVRS (Arias et al., 2021; Kazemi et al., 2017; Saridi et al., 2022). Nessa perspectiva, o pré-natal tem como finalidade promover a saúde e qualidade de vida da mulher, a partir da escuta qualificada, reconhecimento das necessidades, esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento da autonomia (Abreu et al., 2019; Almeida et al., 2021) em prol de um acompanhamento integral e longitudinal.

A ausência de uma rede de apoio esteve associada a piores escores de qualidade de vida e, também, como um fator de risco para piores níveis de QVRS. Tais achados corroboram com outros estudos (Arias et al., 2021; Gadelha et al., 2020; Lagadec et al., 2018), que também identificaram que a QV é impactada pela presença ou não de apoio social. Na perspectiva da semiótica, tal impacto também foi evidenciado levando em conta o significado atribuído pelas entrevistadas, por meio da presença de rede de apoio não apenas financeiro, mas social por parte do parceiro e familiares e, principalmente, nos discursos onde as participantes se identificam como sua própria rede de apoio.

Sabe-se que a maternidade exige uma readaptação de tarefas e papéis e, dentre as possibilidades da rede de apoio, encontram-se o suporte material, financeiro, auxílio nas tarefas domésticas, no cuidado com o novo bebê ou com os outros filhos, as orientações e, conseqüentemente, a redução de eventos estressantes (Oliveira e Dessen, 2012), sendo essas possibilidades evidenciadas nos relatos das participantes. A necessidade de uma rede de apoio é evidenciada em algumas fases da vida, doenças e transições e pode influenciar na forma como as situações de crise serão enfrentadas e a sua ausência pode aumentar a vulnerabilidade da pessoa diante desta situação vivenciada (Juliano e Yunes, 2014).

Ademais, a existência de uma rede de apoio possibilita o suporte emocional contribui para o reconhecimento, aceitação, enfrentamento de situações de saúde e impacta no autocuidado (Almeida et al., 2021; Juliano e Yunes, 2014), sendo essencial para que uma boa saúde física e mental seja mantida (Gadelha et al., 2020) em todo o processo gravídico-puerperal. Nesse contexto, é primordial que os profissionais de saúde responsáveis pela realização do acompanhamento pré-natal na APS identifiquem a rede de apoio das gestantes, de forma que seja possível uma atuação conjunta em prol de um cuidado integral.

Sabe-se que a gravidez é tida como um período de maior vulnerabilidade psicológica, bem como que as alterações provenientes deste período influenciam na percepção sobre a QVRS e podem ser resultado de uma gestação indesejada, vulnerabilidade ou de uma IST (Arias et al., 2021; Kazemi et al., 2017), por exemplo. Isto posto, a avaliação da QVRS, principalmente em indivíduos com diagnóstico de IST, é imprescindível, uma vez que a soropositividade (independente da presença ou não de sintomas) pode envolver incertezas quanto ao prognóstico, estigma social, constrangimento, medo de retaliação, violência doméstica e rompimento de relacionamentos, comprometendo a saúde mental desses sujeitos (Li et al., 2022; Mbada, 2013; Tavares et al., 2022).

Quanto ao impacto da soropositividade de uma IST no componente mental, os dados apresentaram-se divergentes da literatura (Albuquerque et al., 2015; Lagadec et al., 2018; Zhang et al., 2018), ou seja, as gestantes com diagnóstico de sífilis tiveram uma pontuação melhor neste componente do SF-12 em comparação ao grupo de participantes sem o diagnóstico. Tal achado pode ter relação com a presença de rede de apoio, identificada como fator associado ao aspecto físico da QVRS, visto que o apoio social para gestantes com sífilis é extremamente importante para a saúde mental (Tavares et al., 2022). Ressalta-se que pesquisa realizada na China com gestantes soropositivas para sífilis e HIV identificou que o apoio de prestadores de cuidados à saúde também pode ter um impacto positivo na saúde desse público (Zhang et al., 2018), demonstrando a importância destes profissionais e dos serviços de saúde como um dos pontos de suporte emocional e psicológico. Desta forma, o cenário da APS, bem como a atuação conjunta entre profissionais de saúde, gestantes e rede de apoio são primordiais para o reconhecimento de intervenções em busca de uma melhor QVRS (Abreu et al., 2019; Arias et al., 2021).

No que concerne ainda à saúde mental, a utilização de medicamentos para problemas de saúde autorrelatados – como hipertensão arterial, diabetes mellitus, ansiedade – foi associada à uma pior pontuação no QVRS, entretanto, esta variável perdeu significância na regressão múltipla e tal impacto não esteve presente na fala das entrevistadas. A literatura não apresenta os impactos do uso de medicamentos na QVRS, entretanto, sabe-se que presença de comorbidades e dor crônica podem ser fatores que influenciam na QV e esta percepção está relacionada à ausência de problemas de saúde, grau de satisfação e bem-estar (Prado et al., 2016; Rosalini et al., 2019).

Tendo em vista essa relação entre percepção de impacto na QV e dor crônica e bem-estar, destaca-se que nosso estudo pode não ter identificado diferenças entre os escores das gestantes com e sem sífilis pelo fato de a infecção, em muitas situações, ser silenciosa ou apresentar sintomas que

podem aparecer e desaparecer espontaneamente ou seres confundidos com outras patologias. Ademais, o suporte social pode ter gerado um fator de confusão. Desta forma, estudos complementares devem ser realizados de forma a aprofundar o conhecimento sobre os impactos da sífilis e da rede social neste público.

Na perspectiva do componente mental, alguns estudos (Prado et al., 2016; Rosalini et al., 2019) identificaram ainda que a saúde mental também pode estar relacionada à desigualdade social, ou seja, populações em situação de pobreza são mais propensas a desenvolverem problemas de saúde e transtornos mentais que, conseqüentemente, impactam na QV. Tal questão vai ao encontro com os achados do nosso estudo, que evidenciou que as entrevistadas que faziam parte de programas de transferência de renda apresentaram risco para piores níveis de QVRS.

Nota-se que os programas de transferência de renda são alternativas criadas com o intuito de combater a pobreza, a partir da ampliação do acesso à direitos sociais básicos como saúde e educação (Damião et al., 2022), no entanto, mesmo com o cumprimento das condicionalidades na saúde da mulher, pouco se sabe sobre seu real impacto e relação na QVRS (Rosalini et al., 2019), principalmente das gestantes. Neste cenário, é primordial que os profissionais de saúde da APS busquem conhecer os fatores e vulnerabilidades desse público, de forma a reconhecer e direcionar a assistência e possibilitar uma atenção qualificada e, conseqüentemente, uma melhor QVRS.

Dentre as limitações deste estudo encontram-se o viés de informação, relacionado ao desenho do estudo, que impossibilitou o acompanhamento dessas gestantes e a comparação da QVRS de cada participante em todos os períodos gestacionais e a utilização de um instrumento de pesquisa mais amplo e sensível às percepções da população de estudo. Destaca-se que buscou-se reduzir esse viés a partir da coleta realizada por meio de entrevista, sempre pelo mesmo pesquisador. Mesmo diante destas possíveis limitações, ressalta-se a importância deste estudo na compreensão da QVRS de gestantes com e sem o diagnóstico de sífilis, bem como na possibilidade de intervenções visando promover a QVRS.

Os resultados apontaram que o componente físico da QVRS foi impactado pela idade gestacional, pela faixa etária e ausência de rede de apoio, ao passo que o componente mental, pela presença de soropositividade para sífilis, uso de medicamentos e participação em programas de transferência de renda. Esses resultados reforçam a importância do pré-natal, dos profissionais de saúde e, sobretudo, da APS na identificação de fatores de risco, vulnerabilidades e percepções das gestantes quanto à sua QV, inclusive diante do diagnóstico de uma IST como no caso da sífilis.

Referências

- Abreu K, Brandão A, Torres M. Qualidade de vida de gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde. *Saúde Redes*. 2019; 5(1): 59-73.
- Albuquerque CM, Oliveira ICL, Nobre CS, Couto CS, Frota MA. A compreensão da qualidade de vida atrelada à sífilis congênita. *Rev. APS*. 2015; 18(3): 293-297.
- Almeida CPF, Silva JÁ, Araújo JIF, Azevedo ACB. Assistência ao pré-natal no rio grande do norte: acesso e qualidade do cuidado na atenção básica. *Rev. Ciênc. Plur*. 2021; 7(3): 61-80.
- Almuqbil M, Kraidiye N, Alshaimri H, Ali Kaabi A, Almutiri A, Alanazi A, Hjeij A, Alamri AS, Alsanie WF, Alhomrani M, Asdaq SMB. Postpartum depression and health-related quality of life: a Saudi Arabian perspective. *PeerJ*. 2022 Oct 14;10:e14240
- Andrade TL, Camalier AA, Rosa FW, Santos MP, Jezler S, Silva JLP. Aplicabilidade do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde-the 12-Item Short-Form Health Survey-em pacientes portadores de esclerose sistêmica progressiva. *J. bras. pneumol*. 2007; 33:414-422.
- Arias JC, Jurado LFR, Fernández LVS. Revisión sistemática sobre calidad de vida relacionada con la salud en gestantes 2008-2019. *hechos microbiol*. 2021; 12(1): 18-29.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- Brasil. *Boletim Epidemiológico: Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022.
- Brasil. *Manual técnico para diagnóstico da sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, 2021.
- Camelier AA. *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: Estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.
- Castro GG, Ferreira FFG, Camargos AS, Leite MAFJ, Mattos JGS. Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. *Aletheia*. 2019 Jun; 52(1): 102-115.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm (Sweden): Institute for Futures Studies; 2007.
- Damião JJ, Agostini R, Maksud I, Filgueiras S, Rocha F, Maia AC et al. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? *Saúde debate*. 2022; 46:163-174, 2022.
- Feltran EC, Mota MJBB, Bulgarelli JV, Leme PAT, Guerra LM, Gondinho BVC. Percepções de mães adolescentes acerca das expectativas e experiências da maternidade na adolescência. *Rev. APS*. 2022; 25: 89-106.

Fu L, Sun Y, Han M, Wang B, Xiao F, Zhou Y et al. Incidence Trends of Five Common Sexually Transmitted Infections Excluding HIV From 1990 to 2019 at the Global, Regional, and National Levels: Results From the Global Burden of Disease Study 2019. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Mar 2; 9:851635.

Gadelha IP, Aquino PS, Balsells MMD, Diniz FF, Pinheiro AKB, Ribeiro SG et al. Quality of life of high risk pregnant women during prenatal care. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73 Suppl 5:e20190595

Hughes Y, Sawleshwarkar S. Global Epidemiology of Selected Sexually Transmitted Infections. In: Prabhu SR, Wagoner NV, Hill J. New Jersey: John Wiley & Sons. 2022

Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*. 2014; 17: 135-154.

Kazemi F, Nahidi F, Kariman N. Disorders Affecting Quality of Life During Pregnancy: A Qualitative Study. *J Clin Diagn Res*. 2017 Apr; 11(4):QC06-QC10.

Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Nov 23; 18(1):455

Lemos SMA, Rocha PC, Martínez-Hernaéz A. Autopercepção de saúde e determinantes sociais em adolescentes matriculados no ensino médio. *Rev. CEFAC*. 2018; 20: 604-612.

Li G, Ali K, Gao X, Lu S, Xu W, Zhu X. Impact of Asymptomatic Neurosyphilis on Patients Quality of Life and Social Stigma. *Psychol Res Behav Manag*. 2022 Sep 19; 15:2683-2689

Mbada CE, Onayemi O, Ogunmoyole Y, Johnson OE, Akosile CO. Health-related quality of life and physical functioning in people living with HIV/AIDS: a case-control design. *Health Qual Life Outcomes*. 2013 Jun 26; 11:106.

Melo CF, Sampaio IS, Souza DLA, Pinto NS. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estud. psicol. psicol*. 2015; 15(2): 447-464.

Mouta RJO, Oliveira CL, Medina ET, Prata JA, Correia LM, Mota CP. Fatores relacionados ao não uso de medidas preventivas das infecções sexualmente transmissíveis durante a gestação. *Rev. baiana enferm*. 2018; 32:e26104.

Oliveira MR, Dessen MA. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2012; 29: 81-88, 2012.

Prado MCR, Calais SL, Cardoso HF. Stress, depressão e qualidade de vida em beneficiários de programas de transferência de renda. *Interação psicol*. 2016; 20(3): 330-340.

Rangel DLO, Queiroz ABA. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa de vida. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; (12): 780-788.

- Rocha MEMO, Rocha EMO, Resende AKM, Martins CMS. A sífilis gestacional e a transmissão mãe para filho: um estudo bibliométrico. *Research, Society and Development*. 2021; 10(10): e285101018455-e285101018455.
- Rosalini MHP, Probst LF, Cunha IPD, Gondinho BVC, Cortellazzi KL, Possobon RF et al. Quality of life, cohesion and adaptability in beneficiary families of the "Bolsa Família" Program. *Cien Saude Colet*. 2019 Jan;24(1):307-314
- Saridi M, Toska A, Latsou D, Chondropoulou MA, Matsioulas A, Sarafis P. Assessment of quality of life and psycho-emotional burden in pregnant women in Greece. *Eur J Midwifery*. 2022 Mar 22; 6:13.
- Sawleshwarkar S. *Sexually Transmissible Oral Diseases*. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2023. p. 1-24.
- Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AE. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12) [Psychometric properties of the quality of life assessment instrument: 12-item health survey (SF-12)]. *Cien Saude Colet*. 2013 Jul; 18(7):1923-31.
- Soares PR, Calou CG, Martins ES, Beserra GL, Silva IC, Ribeiro SG et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34:eAPE002075.
- Souza BC, Santana LS. As consequências da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*. 2013; 1(3): 59-67.
- Tavares CSS, Gomes SJSO, Gois-Santos VT, Vaez AC, Menezes MO, Santos HPJ et al. Quality of life, depressive symptoms, anxiety, and sexual function in mothers of neonates with congenital syphilis in the Northeast Brazil: A cohort study. *Lancet Reg Health Am*. 2021 Dec 1; 7:100127.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998 Jun; 46(12):1569-85.
- Vasconcelos Neto JA, Vasconcelos CTM, Karbage SAL, Farias HDCAR, Machado SGM, Saboia DM. Quality of Life in Women with Defecatory Dysfunctions: Systematic Review of Questionnaires Validated in the Portuguese Language. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019 Mar; 41(3):191-198
- Wang X, Guo G, Zhou L, Zheng J, Liang X, Li Z et al. Health-related quality of life in pregnant women living with HIV: a comparison of EQ-5D and SF-12. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Aug 30; 15(1):158.
- Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996 Mar;34(3):220-33.
- Zhakupbayeva BT, Nugmanova ZS, Tracy M, Birkhead GS, Akhmetova GM, DeHovitz J. Factors influencing the quality of life in persons living with human immunodeficiency virus infection in Almaty, Kazakhstan. *Int J STD AIDS*. 2019 Nov; 30(13):1318-1328.

Zhang X, Yu Y, Yang H, Xu H, Vermund SH, Liu K. Surveillance of Maternal Syphilis in China: Pregnancy Outcomes and Determinants of Congenital Syphilis. *Med Sci Monit.* 2018 Oct 29;24:7727-7735

2.4 ARTIGO: SOROPOSITIVIDADE PARA SÍFILIS: PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Syphilis seropositivity: perceptions and feelings of pregnant women treated in Primary Health Care

Seropositividad a la sífilis: percepciones y sentimientos de las embarazadas atendidas en Centros de Atención Primaria

Artigo não submetido

Carolina Matteussi Lino. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6686-3296>.

Sayuri Tanaka Maeda. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo. São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6571-6523>.

Maria da Luz Rosário Sousa. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0346-5060>.

Marília Jesus Batista. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0379-3742>.

Resumo

Objetivo: Analisar os significados da soropositividade para sífilis na gestação, bem como do processo diagnóstico e transformações decorrentes dele. **Métodos:** Estudo qualitativo, apoiado na técnica de análise de conteúdo de Bardin e fundamentado na teoria da semiótica. **Resultados:** Participaram 48 gestantes que realizavam o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Emergiram quatro categorias: conhecimento prévio e fontes de informação; soropositividade e revelação do diagnóstico; contextualização do diagnóstico a partir das vivências e; pós-diagnóstico: adesão da gestante e parceiro ao tratamento. **Conclusão:** Os achados sugerem a necessidade da retomada da integralidade e integração dos trabalhos profissionais no acompanhamento pré-natal. Os sentimentos revelados dão abertura incontestável para a implementação de cuidados oportunos face à morbidade por sífilis na gestação.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa, Gravidez, Infecções por Treponema, Cuidado Pré-Natal, Saúde Materno-Infantil

Abstract

Objective: To analyze the meanings of seropositivity for syphilis during pregnancy, as well as the diagnostic process and the transformations that result from it. **Methods:** This was a qualitative study, based on Bardin's content analysis technique and semiotic theory. **Results:** 48 pregnant women who were attending prenatal care in Primary Health Care took part. Four categories

emerged: previous knowledge and sources of information; seropositivity and disclosure of the diagnosis; contextualization of the diagnosis based on experiences and; post-diagnosis: adherence to treatment by the pregnant woman and her partner. **Conclusion:** The findings suggest the need to re-establish the integrality and integration of professional work in prenatal care. The feelings revealed provide an undeniable opening for the implementation of timely care in the face of syphilis morbidity during pregnancy.

Key-words: Qualitative Research, Pregnancy, Treponemal Infections, Prenatal Care, Maternal and Child Health.

Resumen

Objetivo: Analizar los significados de la seropositividad para sífilis durante el embarazo, así como el proceso diagnóstico y las transformaciones que de él se derivan. **Método:** Estudio cualitativo basado en la técnica de análisis de contenido de Bardin y en la teoría semiótica. **Resultados:** Participaron 48 gestantes que acudían al control prenatal en el Centro de Atención Primaria de Salud. Surgieron cuatro categorías: conocimiento previo y fuentes de información; seropositividad y revelación del diagnóstico; contextualización del diagnóstico a partir de experiencias y; post-diagnóstico: adherencia al tratamiento por parte de la gestante y su pareja. **Conclusión:** Los hallazgos sugieren la necesidad de restablecer la integralidad e integración del trabajo profesional en la atención prenatal. Los sentimientos revelados proporcionan una apertura innegable para la implementación de una atención oportuna frente a la morbilidad por sífilis durante el embarazo.

Palabras clave: Investigación Cualitativa, Embarazo, Infecciones por Treponema, Atención Prenatal, Salud Materno-Infantil.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, 12 milhões de pessoas em todo o mundo são infectadas por sífilis, sendo dois milhões de gestantes¹. Estes dados corroboram com estudo realizado no período de 2008 a 2012, que identificou um aumento do número de países com casos soropositivos para sífilis¹. Estimou-se que, neste período, 927.936 gestantes apresentaram infecção ativa por sífilis, que resultou em mais de 350.000 (66,5%) desfechos adversos, como óbitos fetais ou neonatais, prematuridade, baixo peso ao nascer e infecção congênita². Além disso, os gastos anuais com estes eventos somam a quantia de U\$\$ 309 milhões/ano³.

Dentre as mulheres soropositivas para sífilis, 80% encontram-se em idade reprodutiva, aumentando conseqüentemente os riscos de transmissão vertical^{4,5}. A descoberta de uma doença durante esse período muitas vezes envolve preocupações e sofrimento relacionados ao conceito e, quando se trata de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), esses sentimentos tornam-se mais intensos e envolvem outras questões, como aspectos familiares, sociais e em seus relacionamentos⁴⁻⁶.

A descoberta e tratamento de uma IST, envolve questões complexas como gênero, sexualidade, cultura e comportamento da população, principalmente para as mulheres, que muitas vezes apresentam comportamento passivo e dependente em relação ao seu parceiro^{7,8}. Pesquisa sobre aspectos psicológicos da gestação e maternidade diante do diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), identificou a presença de vulnerabilidade sociocultural, relacionada ao fato das mulheres delegarem aos seus companheiros a responsabilidade de prática sexual segura, a exposição a comportamentos de risco devido à confiança no parceiro ou à dificuldade de negociar a prática sexual segura⁵. Estes aspectos não são exclusivos do HIV, ou seja, podem estender-se também a sífilis.

A presença de uma IST pode trazer conflitos, incluindo questões de infidelidade conjugal, preconceito e discriminação familiar e, também, estigma por parte dos serviços de saúde e sociedade^{7,8}. No que diz respeito aos conflitos conjugais, encontra-se a questão da compreensão do companheiro e sua resposta diante da descoberta, que muitas vezes não acontece de forma natural e pode resultar em violência doméstica, tornando-se um aspecto que pode impactar no momento da comunicação do resultado⁷⁻⁹.

A descoberta da sífilis na gestação também traz implicações sociais impostas aos aspectos reprodutivos, sobrecarregando psicologicamente as mulheres, uma vez que estas são estigmatizadas como inconsequentes diante do risco de transmissão vertical, inclusive por parte dos profissionais de saúde responsáveis por seu acompanhamento⁶. Além disso, a possibilidade de transmissão da doença para o filho bem como os eventos adversos relacionados – abortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e necessidade de hospitalização – pode trazer também um sentimento de culpa¹⁰, sofrimento, dor e angústia⁹.

Mesmo diante dos investimentos e melhora no acesso ao acompanhamento pré-natal, da ampliação e descentralização do diagnóstico e do tratamento acessível, eficaz e de baixo custo, estes não foram o suficiente para conter ou eliminar os casos de sífilis, incluindo em gestantes e a congênita¹¹. Embora a sífilis seja uma infecção passível de cura e que possui um tratamento acessível, ainda há uma escassez de estudos que abordem questões que além dos protocolos e rotinas e perpassem os significados e subjetividades desse diagnóstico para as gestantes^{7,8}.

Desta forma, o conhecimento das experiências e emoções frente ao diagnóstico positivo para sífilis durante a gestação, podem contribuir para a realização de um atendimento humanizado,

facilitando a relação profissional-paciente e, conseqüentemente, pode auxiliar na adesão ao tratamento e redução da transmissão vertical.

Diante desse cenário, esta pesquisa partiu da premissa de que a sífilis é uma infecção que traz consigo preconceito e diversos estigmas, fazendo com que seu diagnóstico – inclusive na gestação - possua representações e experiências negativas que impactam na adesão e tratamento. Logo, este estudo teve por objetivo analisar os significados da soropositividade para sífilis a partir da percepção das gestantes, possibilitando a compreensão do processo diagnóstico e transformações decorrentes dele.

Caminho metodológico

Este estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, na modalidade clínico-qualitativo faz parte de um projeto de pesquisa de caso-controle para fatores associados à sífilis na gestação. Para a elaboração desse estudo, foram adotados os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹².

O uso da teoria da semiótica como referencial teórico-metodológico tem por finalidade entender como as pessoas interpretam, compreendem e atribuem significado e emoções à alguma situação, algo ou alguém^{13,14}.

A pesquisa foi realizada em 16 unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) de dois municípios de médio porte do Estado de São Paulo. Ambos os municípios foram selecionados por conveniência, pela facilidade de acesso às unidades de saúde.

A população compreendeu 48 gestantes que frequentavam as unidades de saúde para o acompanhamento pré-natal. Foram incluídas mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação atual, confirmado por meio de testes sorológicos treponêmico e não treponêmico. Foram excluídas mulheres que não possuíam o diagnóstico de sífilis na gestação atual, confirmado pelos testes sorológicos.

O recrutamento das participantes foi realizado de forma aleatória, com abordagem pessoal realizada pela pesquisadora na própria unidade de saúde, de forma individual, em local reservado e nos dias em que as participantes compareceram para consultas pré-natal ou outras atividades, tais como grupo de gestantes, vacinação e consultas odontológicas.

Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento composto por questões relativas ao diagnóstico (idade gestacional no diagnóstico, presença de sintomas, status do tratamento da

gestante e do parceiro), seguido por um roteiro-guia semiestruturado, com questões abertas que possibilitavam uma profundidade nas respostas. Dentre as questões pertinentes ao tema encontrava-se: “Você já tinha ouvido falar sobre a sífilis?”; “O que já tinha ouvido falar?”; “O que significou para você receber a notícia?”; “Conte um pouco como trabalhou essa notícia, com quem compartilhou” e “Conte um pouco como trabalhou essa notícia com seu parceiro”. Foi realizado um estudo piloto com cinco gestantes, entretanto, como as adaptações do instrumento foram mínimas, estas participantes foram adicionadas ao estudo.

As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2020 e dezembro de 2022, pela pesquisadora principal, em um local privativo da unidade de saúde e sem interferências, sendo os áudios gravados mediante autorização das participantes. O tempo das entrevistas não foi previamente estabelecido, entretanto, a duração média foi de 30 minutos. Para o tamanho amostral, adotou-se a técnica de exaustão, ou seja, o encerramento da coleta de dados foi realizado quando o tamanho amostral mínimo calculado para o estudo de caso-controle foi atingido.

De forma a registrar informações complementares às entrevistas, tais como linguagens não verbais ou reações não captadas nas falas, um diário de campo foi elaborado e as anotações eram realizadas ao final de cada entrevista. Tais informações foram acrescentadas às transcrições das entrevistas

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, no dia posterior à sua realização. Devido à impossibilidade de contactar novamente as entrevistadas para leitura e validação das entrevistas por questões de sigilo, ao longo do estudo, esta validação foi realizada por meio de reuniões para discussão dos achados entre a equipe de pesquisa. Em seguida, foi realizada análise de conteúdo de Bardin¹⁶, por meio das etapas de pré-análise, exploração do material (codificação e categorização), tratamento dos resultados e interpretação. Na etapa de codificação da exploração do material, a unidade de registro selecionada foi o tema e a unidade de contexto foi o referencial teórico, ao passo que na etapa de categorização, esta foi baseada na semântica, ou seja, as categorias foram criadas de acordo com seu significado. Optou-se por utilizar o *software* Atlas.ti versão 23, para auxiliar na organização e análise dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e todas as participantes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se maiores de idade) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (se menores de idade). Destaca-se que, para

garantir o sigilo, as participantes foram identificadas pela letra E (de entrevistada), seguida por um número sequencial, conforme ordem das entrevistas.

Resultados

A idade das gestantes variou de 14 a 42 anos (média de 25 anos). Das 48 entrevistadas, a maioria teve o diagnóstico no primeiro trimestre gestacional e haviam finalizado o tratamento no momento da entrevista. As informações sobre as participantes estão dispostas na Tabela 1.

Tabela 1. Características das gestantes soropositivas para sífilis atendidas em unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, São Paulo, 2023

(Continua)

Nome fictício	Idade	Cor da pele	Escolaridade	Programa de transferência de renda	Município	Unidade de saúde	Trimestre do diagnóstico
E1	19 anos	Parda	Ensino médio completo	Sim	A	UBS	2º trimestre
E2	21 anos	Branca	Fundamental incompleto	Sim	A	USF	1º trimestre
E3	25 anos	Parda	Ensino médio completo	Não	A	USF	2º trimestre
E4	18 anos	Branca	Fundamental incompleto	Não	A	USF	1º trimestre
E5	23 anos	Preta	Ensino médio completo	Sim	A	USF	1º trimestre
E6	27 anos	Parda	Fundamental completo	Não	A	USF	1º trimestre
E7	40 anos	Branca	Fundamental incompleto	Não	A	USF	1º trimestre
E8	21 anos	Parda	Ensino médio completo	Não	A	USF	1º trimestre
E9	20 anos	Parda	Ensino médio completo	Sim	A	UBS	2º trimestre
E10	37 anos	Branca	Ensino médio completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E11	26 anos	Parda	Fundamental completo	Sim	B	USF	2º trimestre
E12	26 anos	Preta	Ensino médio completo	Não	A	USF	2º trimestre
E13	22 anos	Branca	Ensino médio completo	Sim	A	USF	1º trimestre
E14	35 anos	Branca	Ensino médio completo	Não	A	UBS	2º trimestre
E15	19 anos	Parda	Ensino médio completo	Não	A	UBS	2º trimestre
E16	20 anos	Branca	Fundamental completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E17	24 anos	Branca	Ensino médio completo	Não	B	UBS	2º trimestre
E18	35 anos	Preta	Ensino médio completo	Não	B	USF	2º trimestre
E19	18 anos	Parda	Fundamental completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E20	24 anos	Preta	Ensino médio completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E21	21 anos	Parda	Fundamental completo	Não	A	USF	2º trimestre
E22	31 anos	Branca	Superior completo	Sim	A	UBS	1º trimestre
E23	24 anos	Parda	Ensino médio completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E24	40 anos	Branca	Fundamental incompleto	Sim	A	USF	1º trimestre
E25	23 anos	Branca	Ensino médio completo	Não	B	UBS	2º trimestre
E26	22 anos	Parda	Fundamental completo	Não	B	UBS	2º trimestre
E27	24 anos	Preta	Ensino médio completo	Não	B	UBS	1º trimestre

Tabela 1. Características das gestantes soropositivas para sífilis atendidas em unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, São Paulo, 2023

							(Conclusão)
Nome fictício	Idade	Cor da pele	Escolaridade	Programa de transferência de renda	Município	Unidade de saúde	Trimestre do diagnóstico
E28	26 anos	Parda	Fundamental completo	Sim	A	UBS	1º trimestre
E20	26 anos	Parda	Ensino médio completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E30	34 anos	Parda	Ensino médio completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E31	28 anos	Parda	Fundamental incompleto	Não	A	UBS	1º trimestre
E32	16 anos	Parda	Fundamental completo	Não	A	USF	1º trimestre
E33	23 anos	Preta	Ensino médio completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E34	26 anos	Branca	Ensino médio completo	Não	A	USF	1º trimestre
E35	15 anos	Preta	Fundamental incompleto	Não	A	USF	1º trimestre
E36	20 anos	Parda	Fundamental incompleto	Sim	A	USF	1º trimestre
E37	35 anos	Parda	Fundamental completo	Sim	A	UBS	2º trimestre
E38	24 anos	Preta	Fundamental incompleto	Não	A	USF	1º trimestre
E39	21 anos	Branca	Ensino médio completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E40	20 anos	Parda	Fundamental completo	Não	A	USF	2º trimestre
E41	22 anos	Parda	Ensino médio completo	Não	A	USF	1º trimestre
E42	22 anos	Branca	Fundamental incompleto	Sim	A	USF	1º trimestre
E43	22 anos	Branca	Ensino médio completo	Não	A	UBS	1º trimestre
E44	26 anos	Parda	Fundamental completo	Não	A	UBS	2º trimestre
E45	20 anos	Parda	Fundamental incompleto	Sim	A	USF	1º trimestre
E46	24 anos	Branca	Fundamental completo	Sim	A	USF	2º trimestre
E47	32 anos	Branca	Fundamental incompleto	Sim	A	USF	1º trimestre
E48	18 anos	Parda	Fundamental completo	Não	A	USF	1º trimestre

UBS: Unidade Básica de Saúde; USF = Unidade de Saúde da Família

Apenas uma gestante estava com o tratamento em andamento no momento da coleta de dados, uma vez que havia perdido a data da última dose (terceira semana) e, desta forma, precisou iniciar um novo esquema de tratamento.

A partir da análise das entrevistas, emergiram quatro categorias e dez subcategorias, elencadas na Tabela 2:

Tabela 2. Categorias e subcategorias obtidas a partir da análise de conteúdo das entrevistas, São Paulo, 2023.

Categoria	Subcategoria
Conhecimento prévio e fontes de informação	Escassez de conhecimento Obtido pelo diagnóstico de pessoas próximas Obtido a partir de pesquisa
Soropositividade e revelação do diagnóstico	Compartilhando o diagnóstico para a família Compartilhando o diagnóstico para o parceiro ou pai do bebê
Contextualização do diagnóstico a partir das vivências	Sentimentos despertados pelo diagnóstico Significados e percepções quanto à gestação Significados e percepções quanto ao parceiro: dúvidas e impacto no relacionamento
Pós-diagnóstico: adesão da gestante e parceiro ao tratamento	Motivação da gestante para o tratamento Tratamento do parceiro: adesão, barreiras e desafios

Conhecimento prévio e fontes de informação

Até o momento do diagnóstico positivo, o conhecimento prévio da sífilis revelou-se escasso, mesmo entre as gestantes que já haviam ouvido falar da infecção. Ademais, duas participantes relataram saber o nome “sífilis”, mas não do que se tratava:

(...) Já sim, só o nome [risos]. Eu não tinha muita noção assim do que era. Eu sabia que existia, porque em todo lugar assim, posto, fala né, mas eu não tinha noção do que que era né, que é uma bactéria que fica ali no sangue né? (...) (E23)

(...) Só que era uma doença que dava para ser curada, mas nunca, tipo, fui a fundo (...) (E39)

(...) Não, nunca... Nem sei de que forma que é isso daí, a ‘sífilis’(...) (E7)

Dentre as gestantes que afirmaram saber do que se tratava, esse conhecimento foi adquirido devido ao diagnóstico de uma pessoa próxima – amigo ou familiar, porém, este conhecimento restringiu-se ao fato de ser uma IST e não à possibilidade de transmissão durante a gestação.

(...) Já sim, porque uma amiga minha já teve. Olha, o que eu sabia antes do diagnóstico foi que era uma doença sexualmente transmissível, que o tratamento era bem dolorido [risos] e, basicamente era isso. E os sintomas, que ela tinha me falado, que apresentou nela, essas coisas. Mas só isso (...) (E1)

(...) É uma doença que é transmitida no sexo né, que às vezes dá algumas manchas no corpo, algumas feridas, em outros casos nasce até ‘burruga’ nas partes genitais. Eu sei mesmo porque meu pai já teve né (...) (E4)

Observa-se ainda que, em algumas situações, os discursos fazem referência a um conhecimento adquirido pela própria gestante, a partir de buscas e pesquisas sobre assunto após a confirmação do diagnóstico:

(...) Depois que eu fui pesquisar pra saber o que era. Eu tava com o celular, daí eu peguei o celular e fui ver o que era né (...) (E31)

(...) Daí nós dois [referindo-se ao parceiro] estudou junto, procurou saber o que poderia acontecer com o bebê e tudo mais (...) (E20)

(...) Eu fui pesquisar na internet, aí eu vi alguns casos que os bebês morrem (...) (E18)

Soropositividade e revelação do diagnóstico

Ao fazerem referência ao compartilhamento do diagnóstico positivo, os discursos relevam a preferência de algumas gestantes por manter o resultado apenas entre ela e o parceiro, ao passo que outras compartilharam a soropositividade com alguém de confiança. De acordo com a percepção das participantes, houve apoio por parte da família, entretanto, a presença de sentimentos como preocupação e desaprovação também foram identificadas:

(...) Eu fiquei um pouco envergonhada, só falei para meu parceiro só (...) (E12)

(...) Conversei com a minha mãe, contei tudo a situação para ela, ela ficou assim, super abalada. Ela ficou muito mais preocupada do que eu, na verdade. Eu acho que ela, por ser um pouco mais experiente, tinha um pouco mais de noção (...) (E6)

(...) A minha mãe foi mais fácil, porque ela já teve IST e ela trata até hoje, ela tem HIV, mas o meu pai não aceitou [referindo-se ao diagnóstico da sífilis] (...) (E46)

(...) Sim, eu falei pra minha cunhada. A minha cunhada pesquisou pra ver o que que era tudo certinho (...) ela ficou bem preocupada, ficou preocupada também com quem eu tive relação tal. (...) (E19)

(...) Contei [referindo-se aos familiares], eles falaram 'é, agora aprende né, a se cuidar'(...) (E47)

Em contrapartida ao apoio familiar evidenciado anteriormente, as repercussões do diagnóstico positivo no relacionamento conjugal pode impactar na forma de comunicar a soropositividade ao parceiro. Observa-se que algumas entrevistadas demonstraram insegurança em suas falas, devido ao medo de estigma relacionado à ausência de autocuidado e a ser uma IST.

Ressalta-se que duas participantes relataram não ter compartilhado o diagnóstico com o parceiro, por não saber como trazer tal informação:

(...) Esse meu companheiro agora não sabe né, que eu tive isso daí. A gente não tem nem cara pra falar né, eu não sei nem como falar com ele (...) (E9)

(...) contei só para minha mãe, não contei para meu marido (...) (E46)

(...) Fiquei com medo da reação dele, pelo fato de repente ele falar assim 'nossa, você foi uma irresponsável, porque você não me falou', daí foi onde eu expliquei para ele que eu não sabia (...) (E6)

(...) Ah, não sei, ele ficou tipo, estranho, porque ele disse que nunca teve essas coisas (...) (E34)

Alguns discursos destacaram ainda o sentimento de surpresa diante da reação à notícia e consequente apoio por parte do companheiro diante do diagnóstico positivo de sua parceira:

(...) Ele super apoiou, super entendeu, a reação dele não foi assim, um espanto né? Ele perguntou, mas eu acredito que ele pesquisou também sobre, tratou bem sobre essa situação (...) (E41)

(...) A reação dele foi bem natural, ele reagiu até bem, ele se preocupou com a minha saúde, se tinha algum o risco de morte, alguma coisa assim, ele se preocupou (...) (E5)

Contextualização do diagnóstico a partir das vivências

No que compete aos sentimentos despertados, o conteúdo das falas expressaram medo, susto, vergonha e preocupação, referindo-se ao desconhecimento da infecção.

(...) Ah, eu me senti um nada né, porque eu falei caramba, eu num sei nem o que que é, e tô com alguma coisa carregando dentro de mim e eu pensei assim, que é uma doença, tô doente, eu não sinto nada, o que que é isso... E fiquei assim, boiando (...) (E18)

(...) Falaram para mim que a sífilis é um bicho, daí eu fiquei com medo (...) (E48)

(...) Ai, eu fiquei muito abalada porque, né, eu não sabia nem o que era isso, daí já 'se assustei' né (...) (E2)

(...) a gente fica meio sem jeito, fica 'nossa, mas porque? Como?' querendo saber o que que é na verdade né, como é essa doença, se muita gente já teve ou não, a gente fica curioso (...) (E37)

Uma das entrevistadas referiu não ter se importando muito com o diagnóstico, uma vez que não sabia do que se tratava, entretanto, ao ser esclarecida, esses sentimentos também afloraram:

(...) No momento eu não me importei tanto porque eu não sabia o que era. Aí depois eu fui, ela foi explicando o que era e eu fui pensando, mais em relação ao meu esposo (...) (E5)

Quanto aos significados e percepções relacionadas à gestação, algumas entrevistadas não demonstraram preocupação com a própria saúde após a detecção da sífilis. Entretanto, no que se refere à saúde da criança, estas ficaram temerosas. Foi observado preocupação quanto à transmissão vertical para o bebê e a ocorrência de abortos ou alterações físicas e mentais na criança devido a esta transmissão:

(...) A minha preocupação maior era saber se o neném podia nascer com alguma deficiência, aham, tanto física quanto mental (...) (E6)

(...) Foi horrível. O medo né, o medo de perder, ter aborto também né, de perder o bebê, prejudicar o bebê, de se agravar né (...) (E30)

(...) Fiquei assustada, é fiquei com medo por conta que, tipo, não fiquei nem por mim né, não vou mentir, por mim não porque eu não tenho medo dessas coisas, eu sempre quero cuidar, mas eu fiquei da criança porque tava no comecinho (...) (E38)

Com base nos relatos, percebe-se que as vivência da soropositividade fazem referência às dúvidas quanto à fonte de infecção que, em alguma situações, impactaram no relacionamento conjugal. O conteúdo das falas externa pontos delicados que envolveram estas relações, tais como confiança no parceiro e traição:

(...) Nunca, jamais apareceu isso na minha vida. Eu não tinha relação com ninguém, então, pegou mais dele mesmo (...) (E24)

(...) Sempre fui cuidadosa, pra mim ter relação com alguém assim sem camisinha, eu tenho que tá com essa pessoa assim, por um bom tempo. Só que então é aquilo, a gente acaba confiando (...) (E12)

(...) Constrange muito né, por causa que isso é uma doença 'transmitível' né, tipo, e o pai da minha filha tinha me traído já aí foi nisso que eu descobri a gravidez e descobri que estava com a doença né (...) (E9)

(...) Na hora assim, é como se o mundo tivesse desabado, mas daí a gente acaba se recuperando, a gente acaba pensando e eu falei 'não, o negócio não foi comigo, não foi eu que procurei, mas eu vou procurar fazer o meu melhor de hoje em diante', tanto é que me afastei (...) (E10)

Pós-diagnóstico: adesão da gestante e parceiro ao tratamento

Com exceção de uma gestante, no momento da entrevista as participantes haviam finalizado o esquema terapêutico prescrito. Nesse cenário, os discursos demonstraram que uma das motivações para o tratamento foi a própria saúde, o autocuidado e, também, a preocupação em não transmitir a sífilis para outras pessoas:

(...) Tem que tratar né, pra minha saúde, é um bem pra mim (...) (E47)

(...) Eu queria me cuidar, me cuidar e não prejudicar outras pessoas (...) (E3)

(...) Eu queria cuidar de mim, imagina ficar com uma doença dessa? Ninguém merece! Tem que se cuidar, não pode deixar (...) (E31)

As entrevistas ainda demonstram que a preocupação com a gestação e o bebê, oriunda da soropositividade, não limitou-se às vivências e sentimentos desse diagnóstico; esses sentimentos acabaram tornando-se uma motivação para o autocuidado e busca pelo tratamento, em prol de uma gestação segura.

(...) Minha preocupação é meu filho né, pra não pegar nele. Daí eu segui tudo certinho (...), no mesmo dia que eu peguei o exame, ele já passou as injeção pra mim tomar e eu já tomei. Toda a semana eu vinha tomar (...) (E4)

(...) Às vezes dá vontade de desistir, porque você faz o tratamento e ele não resulta em nada, então assim, o fato de saber que tem uma vida dentro de você, isso faz você ficar preocupado com outras coisas, a sua vida é a que menos importa, o que importa agora é a vida do nenê (...) (E6)

(...) Ai, porque eu fiquei em choque, que eu não sabia se poderia prejudicar o meu bebê, porque se fosse só eu era uma coisa, mas agora eu tô grávida (...) (E39)

A adesão do parceiro ao tratamento é primordial para evitar a reinfecção da gestante e, neste estudo, alguns relatos demonstram esta adesão, tendo como motivação a saúde da criança. Um discurso chama a atenção pelo fato de a entrevistada compartilhar o sentimento de medo da recusa do tratamento por parte do parceiro, uma vez que ela foi informada que isso poderia acontecer:

(...) Ele reagiu normalmente, ele já se tratou, falou 'vamo se tratar' e agiu normalmente (...) (E27)

(...) Eu falei assim 'ó fio, só que vai precisar você fazer exame por conta que não sabe se foi da relação (...)' Daí ele 'oxi, nossa, aceito sim toda a hora por conta do meu filho,

por você eu aceito fazer'. Aí eu falei 'ainda bem', me tranquilizou. O meu medo era também ele não aceitar né, porque ela [referindo-se à profissional da unidade de saúde] também falou pra mim que tem homem que não aceita (...) (E38)

Em algumas situações o término do relacionamento e a falta de contato da gestante com o pai da criança podem ser um desafio para o tratamento do parceiro sexual. O conteúdo das entrevistas demonstraram a presença dessa barreira, uma vez que em um caso o ex-parceiro foi comunicado pela participante, porém até o momento da entrevista, ele não havia realizado a sorologia.

(...) Porque eu ainda não tinha ainda voltado com ele quando eu comecei a fazer os exames, daí eu tinha pegado a sífilis, então eles queriam o exame da pessoa que tava com a sífilis (...) (E4)

(...) Porque quando eu descobri que estava grávida eu já não estava mais com ele. Eu passei pra ele todos os papel pra ele fazer e ele não fez nenhum e eu tô pegando no pé dele para ele fazer, mas ainda não (...) (E8)

(...) Eu não peguei dele, peguei de outra pessoa. Daí como eu não tenho mais contato com ele, então eu não sei se ele sabe se tem, se ele se tratou, não sei. Não é o pai do bebê, o pai do bebê é o meu marido (...) (E46)

(...) Ele não fez [referindo-se ao pai do bebê]. Quem estava comigo quando eu descobri a gravidez fez (...). O pai eu não tenho relação, não tenho contato (...) (E47)

Um aspecto que chamou a atenção em alguns discursos foi a questão da ausência de tratamento do parceiro por medo de frequentar a unidade de saúde, por alergia à penicilina e, também, por medo de agulha:

(...) Ele está esperando pra ter que passar com um especialista porque ele teve alergia a penicilina (...) (E5)

(...) Ele tem medo de agulha. Ninguém consegue fazer, ninguém consegue convencer a cabeça dele (...) (E24)

(...) Não, que ele não veio fazer o exame e não, não tratou (...). Ele morre de, é difícil ele vir no posto (...) (E37)

Discussão

Os resultados demonstraram a existência de uma escassez de conhecimento das participantes quanto à sífilis, sendo este adquirido mediante o diagnóstico de pessoas próximas e

da própria gestante e, ainda assim, limitando-se à questão de ser uma IST. Estudos conduzidos com mães que tiveram filhos com diagnóstico de sífilis congênita também identificaram um baixo conhecimento das participantes sobre a infecção, sendo esse voltado à via sexual e desconhecimento da transmissão vertical^{16,17}.

Haja vista o cenário no qual esta pesquisa foi conduzida – Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família - estes dados reforçam a importância da APS e da retomada de princípios educacionais voltados à prevenção e promoção à saúde da população, não se limitando apenas ao diagnóstico e medicalização, mas favorecendo a compreensão do real motivo do acompanhamento pré-natal e rotinas instituídas. Destaca-se que uma das características da atenção prestada pelos serviços de saúde deve ser a qualidade e humanização e, desta forma, tais ações educacionais requerem um trabalho realizado de forma democrática, a partir de conteúdos obtidos por meio das necessidades e realidades de cada local ou sujeito¹⁸.

As abordagens educativas na APS voltadas às questões mais sensíveis, como no caso das IST, demandam que os profissionais de saúde estejam despidos de preconceitos e julgamentos, bem como envolvem o preparo e disponibilidade da equipe para lidar com temas sensíveis que, conseqüentemente, demandam uma escuta qualificada e conhecimento técnico¹⁹. No cotidiano das unidades de saúde, as ações de educação em saúde geralmente voltam-se para a transmissão de informações na própria unidade, principalmente durante as consultas de acompanhamento pré-natal, no caso das gestantes. Pesquisa realizada para avaliar ações de educação sexual e reprodutiva na APS²⁰ evidenciou que tais atividades eram realizadas de forma pontual na comunidade, por meio de campanhas voltadas à transmissão de informações (educação bancária, segundo Freire²³) e, em sua maioria das vezes, às funções reprodutivas e ao corpo. No que tange às IST, a pesquisa evidenciou que tais ações eram comumente realizadas nas unidades de saúde, sendo as mulheres o principal público-alvo²⁰.

A educação em saúde enquanto processo pedagógico, ainda encontra alguns obstáculos como, por exemplo, o predomínio do modelo curativista, foco no atendimento clínico e falta de capacitação dos profissionais para ações de promoção de saúde que estimulem um pensamento crítico e reflexivo^{21,22} e, conseqüentemente, a capacidade de tomada de decisões em saúde da população. Reforçando a sua importância e, em alusão ao conceito de educação fundamentado por Paulo Freire²³, as informações em saúde devem ser apresentadas de forma horizontalizada, havendo

maior troca de experiências e colocando o sujeito – no caso, as gestantes – como protagonistas do aprendizado, de forma que este possa ter autonomia para o autocuidado.

A escassez de conhecimento a respeito da sífilis, associada aos sentimentos vivenciados diante do diagnóstico de uma IST também refletiram no compartilhamento do resultado da soropositividade com sua rede social, uma vez que algumas participantes não chegaram a abordar a questão com o parceiro ou familiares. Após o diagnóstico de uma IST, os sentimentos vivenciados pelas mulheres são o medo relacionado à exclusão social e segregação da família, seguido por uma mudança na autopercepção de sua imagem, juízos de valor e culpa^{7,8}. Investigação conduzida com mães de bebês com sífilis congênita⁸ identificou que a omissão foi uma estratégia desenvolvida como forma de abster-se de julgamentos, preconceitos e exclusão consequentes da soropositividade de uma IST. Por este motivo, faz-se necessário que a equipe multiprofissional da APS identifique e acolha tais sentimentos e sofrimentos, favorecendo o enfrentamento da doença.

Houve uma preocupação legítima por parte das gestantes – tanto em relação ao conceito quanto do parceiro – após o diagnóstico da sífilis. Na perspectiva da semiótica¹³, o significado atribuído pelas participantes remete à uma experiência marcada por sentimentos como preocupação, medo e vergonha. A possibilidade de transmissão da sífilis para o filho, bem como os eventos adversos relacionados à soropositividade pode trazer um sentimento de culpa às mães¹⁰. Isto posto, os signos presentes nas falas demonstraram que, mesmo não compreendendo completamente a respeito da infecção, a percepção e sentimentos envolvidos foram ressignificados e serviram de motivação para o autocuidado e tratamento sífilis em prol da saúde da criança, corroborando com o encontrado em estudo conduzido com mães de crianças com sífilis congênita em acompanhamento ambulatorial de um município de São Paulo⁸.

Nesse contexto, o acompanhamento pré-natal é um espaço rico para o esclarecimento de dúvidas e discussão de sentimentos e inqueitações e, a comunicação clara entre gestante e profissionais de saúde, possibilita um vínculo mais efetivo¹⁶. Além disso, os profissionais de saúde tem um papel de orientar, esclarecer, mediar e assistir às necessidades das gestantes, tendo em vista que ainda há um grande número de pessoas que, por condições sociais ou do próprio serviço de saúde, ainda não possuem acesso adequado à informação^{16,24}.

Outro aspecto a ser enfatizado a partir de nosso estudo é a questão da adesão ao tratamento por parte do parceiro. Alguns discursos demonstraram que houve adesão por parte de alguns, entretanto, nos deparamos ainda com as dificuldades de acesso ao pai do bebê quando a gestante

não possui mais um relacionamento íntimo com ele. Vale ressaltar que, no âmbito da APS, ainda há uma deficiência de abordagem quando o assunto é o diagnóstico de uma IST e o tratamento do parceiro sexual, ainda mais no acompanhamento pré-natal¹⁶.

Destaca-se, ainda, que os discursos ilustram parceiros que não realizaram o tratamento por alergia à penicilina ou por medo de injeção. De acordo com o Ministério da Saúde²⁵, a penicilina é o único fármaco recomendado como tratamento adequado para as gestantes, contudo, quando se trata do parceiro, há outros esquemas terapêuticos, inclusive com medicações orais. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde envolvidos a identificação dessas barreiras e oferta de outros meios de tratamento do parceiro, garantindo a adesão e reduzindo as chances de reinfecção da gestante.

Este estudo teve como limitação a possibilidade de viés de informação, referente a dificuldade de obtenção de respostas de algumas gestantes, por distanciamento ou por não lembrarem alguns fatos com clareza. Vale ressaltar que buscou-se reduzir esse viés a partir da realização de perguntas abertas, que possibilitaram uma expressão das ideias das participantes. Além disso, destaca-se que a realização das entrevistas por uma única pesquisadora, em local reservado e privativo possibilitou que as participantes se sentissem mais confortáveis para expressar seus sentimentos e percepções.

Mesmo diante destas possíveis limitações, destaca-se a importância desses resultados para a compreensão dos aspectos subjetivos relacionados ao diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante, uma vez que a prevenção e controle da sífilis congênita acontece no cenário da APS. Conhecer as vivências diante da descoberta de uma IST é complexo e envolve a capacidade de abster-se de estigmas, bem como compreender aspectos íntimos e individuais de forma que intervenções possam ser realizadas⁷. Embora este estudo esteja voltado à soropositividade para sífilis, os achados demonstram a necessidade de um trabalho integral do pré-natal, de forma que os cuidados passem as rotinas, capacitando e transformando o autocuidado dessas mulheres.

Conclusão

Evidenciou-se desconhecimento sobre a infecção por sífilis no momento da constatação do diagnóstico e preocupações legítimas por parte das gestantes, tanto com conceito quanto com o parceiro. Os achados aqui apresentados sugerem a necessidade da retomada da integralidade e integração dos trabalhos profissionais no acompanhamento pré-natal. Os sentimentos revelados dão abertura incontestável para a implementação de cuidados oportunos face à morbidade por sífilis

na gestação. Vale resgatar o sentido do acolhimento e da escuta qualificada, promovidos pelos serviços, como momentos estratégicos para a construção de itinerários possíveis na partilha de responsabilidade no que se refere ao processo gestacional.

Referências

1. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, Silva TPRD. Trend in cases of gestational and congenital syphilis in Minas Gerais, Brazil, 2009-2019: an ecological study. *Epidemiol Serv Saude*. 2021; 30(4):e2021128.
2. Wijesooriya NS, Rochat RW, Kamb ML, Turlapati P, Temmerman M, Broutet N, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Health*. 2016; 4(8):e525-33.
3. Cerqueira LRP, Monteiro DLM, Taquette SR, Rodrigues NCP, Trajano AJB, Rodrigues NCP, et al. The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*. 2017; 59(e78):1-7.
4. Vidal IR, Mascarenhas FAN. Sífilis na gestação e sífilis congênita: relato de caso e revisão da literatura sobre suas possíveis causas e estratégias de enfrentamento no Brasil. *Brazilian Journal of Development*. 2020; 6(10): 81136-81149.
5. Vieira Belusso J, Becker MW, Bottan G, Schwambach KH. Sífilis gestacional em diferentes níveis de atenção à saúde: um estudo transversal. *Rev. epidemiol. controle infecç.* 2023; 13(1):1-7.
6. Gonçalves TR, Piccinini CA. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. *Psicologia USP*. 2007; 18(3):113-142.
7. Silva JN, Cabral JF, Nascimento VF, Lucietto GC, Oliveira CBC, Silva RA. Impactos do diagnóstico da infecção sexualmente transmissível na vida da mulher. *Enfermagem em Foco*. 2018; 9(2):23-27
8. Vicente JB, Sanguino GZ, Riccioppo MRPL, Santos MRD, Furtado MCDC. Sífilis gestacional e congênita: experiência de mulheres na ótica do Interacionismo Simbólico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022; 76(1):e20220210.
9. Fernandes LPMR, Souza CL, Oliveira MV. Oportunidades perdidas no tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis: uma revisão sistemática. *Rev. bras. saúde mater. infant.* 2021; 21(2): 361-368.
10. Souza BC, Santana LS. As consequências da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*. 2013; 1(3): 59–67.
11. Vasconcelos MIO, Oliveira KMC, Magalhães AHR, Guimarães RX, Linhares MSC, Queiroz MVO, et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2016; 29: 85-92.

12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57.
13. Santaella L, Noth W. *Introdução à semiótica*. 1a ed. São Paulo: Paulus Editora; 2017.
14. Queiroz Z. Níveis hierárquicos da linguagem: a semiótica como pesquisa de método. *Estudos semióticos*. 2020; 16(3): 148-165.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Souza MHT, Beck EQ. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno. *Rev. enferm. UFSM*. 2019; 9(56):1-13.
17. Borges AS, Jeremias GC, Pereira RMS, Oliveira CFP, Canavez MF, Bittencourt MES, et al. Percepção de puérperas frente à sífilis em gestantes e sífilis congênita. *Seven Editora*. 2023; 304-312.
18. Fagundes DQ, Oliveira AE. Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de Paulo Freire. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(1):223-243.
19. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Revista Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200806
20. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR, Castanheira ERL. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. *Rev. saúde pública*. 2017; 51: 1-12.
21. Silva EP, Lima RT; Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(9): 2935-2948.
22. Schwab FCBS, Ferreira L, Martinelli KG, Esposti CDD, Pacheco KTDS, Oliveira AE, et al. Fatores associados à atividade educativa em saúde bucal na assistência pré-natal. *Cien Saude Colet*. 2021; 26(3): 1115-1126.
23. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
24. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery*. 2021; 25(1):e20200098.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico Sífilis – 2023*. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

3. DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, o aumento da incidência dos casos de sífilis, bem como as dificuldades e desafios em seu enfrentamento, vem sendo frequentemente discutidos entre profissionais e serviços de saúde de todos os níveis de atenção. Tal discussão se intensifica quando envolve o binômio materno-fetal, devido à morbimortalidade consequente de um tratamento tardio ou não realizado. Mesmo diante dos esforços para a redução da incidência da infecção materna por sífilis, anualmente, esta é responsável por 460.000 abortos e natimortos e por 270.000 nascimentos prematuros e de crianças com baixo peso (Uku et al., 2021; Eppes et al., 2022), onerando os sistemas de saúde e impactando na vida das mulheres, da criança e sua família.

Diante desse contexto, esse estudo buscou integrar as informações a respeito dos fatores associados à sífilis em gestantes, seu impacto na qualidade de vida e a percepção deste público quanto à infecção e o diagnóstico positivo, possibilitando a compreensão da soropositividade em múltiplos aspectos. Diante do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e, também, responsável pelo acolhimento e ações de prevenção, reabilitação e promoção à saúde, destaca-se a importância desse cenário escolhido para o desenvolvimento da pesquisa, de forma que os dados e experiências aqui demonstrados possam nortear a compreensão das informações subjetivas e aquém das notificações compulsórias.

O histórico de consumo de substâncias ilícitas e o diagnóstico anterior de IST – que incluíram casos de sífilis - foram identificados como fatores associados a infecção durante a gestação. Embora alguns estudos também apresentem questões sociodemográficas e econômicas, como nível de escolaridade, renda e cor de pele (Garbin et al., 2018; Motta et al., 2018) como fatores associados, após os ajustes dos dados, não houve associação estatisticamente significativa entre essas variáveis e o desfecho. Em contrapartida, é importante destacar que algumas participantes eram expostas à uma vulnerabilidade social, decorrente de sua dinâmica territorial e do contexto social nos quais elas se encontravam inseridas, principalmente por uma dependência financeira da renda familiar ou de programas de transferência de renda.

Houve um predomínio de participantes soropositivas diagnosticadas ainda no primeiro trimestre gestacional, demonstrando que os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento pré-natal seguem o preconizado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 2022). Posto que o

diagnóstico e o tratamento tardio aumentam as chances da transmissão vertical e são considerados fatores de risco para a sífilis congênita (Torres et al., 2022; Santana et al., 2023), o rastreamento ainda primeiro trimestre gestacional vai além dos protocolos e assegura um tratamento e seguimento em tempo hábil, reduzindo as chances de efeitos adversos relacionados à sífilis, além de ser um marcador de qualidade da assistência pré-natal (Cerqueira et al., 2021). Cabe reforçar que a qualidade do pré-natal não limita-se apenas à redução das taxas de transmissão vertical, ou seja, um pré-natal de qualidade envolve também a participação, diagnóstico e tratamento do parceiro, o acompanhamento sorológico e, principalmente, o acolhimento, aconselhamento e intervenções educacionais em busca da autonomia e autocuidado (Macêdo et al., 2020).

A presença de gestantes com histórico de diagnóstico anterior de IST evidenciada entre as participantes e, principalmente, de quadros de reinfecções demonstra, não apenas um déficit de autocuidado, mas também a presença de uma fragilidade e lacunas assistenciais na saúde reprodutiva e sexual. Alguns autores identificam que a anamnese inadequada, o não cumprimento dos protocolos e rotinas de exame pré-natal, a interpretação incorreta das sorologias, além de informações fornecidas de forma inadequada pela equipe responsável pela assistência (Motta et al., 2018; Vargas et al., 2018) podem ser fatores associados a infecção materna por sífilis. Ademais, o contexto social no qual a gestante encontra-se inserida, bem como a escolaridade e maior vulnerabilidade social podem impactar no acesso à informações de qualidade, colaborando para a falta de conhecimento sobre a sífilis (Medeiros et al., 2022). Deste modo, reforça-se a importância do planejamento e a realização de práticas educativas em saúde, de forma a garantir um espaço de diálogo e, principalmente, promover autonomia das gestantes e seus parceiros (Paiva et al., 2018) de forma que estes possam ser responsáveis por sua saúde. Vale ressaltar que tais ações precisam ser construídas por meio de uma comunicação clara, objetiva e com linguagem acessível às percepções e realidades (Silva et al., 2023) para que as informações sejam oferecidas, aprendidas e ressignificadas.

Ademais, é oportuno observar a importância das políticas públicas direcionadas para a saúde da mulher em suas diferentes etapas da vida. A ampliação, efetividade e fortalecimento da Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM) por meio de eixos de saúde são primordiais e possibilitam que ações sejam pactuadas e realizadas em todos os níveis de atenção, de forma horizontal e de acordo com a realidade de cada município ou região (Brasil, 2011). Embora os dados aqui apresentados sejam pertencentes à dois municípios de grande porte que

apresentam uma Rede de Atenção à Saúde estruturada, a presença de diagnósticos realizados no segundo trimestre gestacional e a presença de IST anteriores reforçam a necessidade de uma atenção à saúde da mulher aquém da maternidade e pré-natal, ou seja, voltada para educação sexual – a partir da adolescência -, para o planejamento familiar e para o contexto em que ela encontra-se inserida.

No que concerne aos impactos da soropositividade para sífilis na qualidade de vida, os achados deste estudo evidenciaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos grupos com e sem o diagnóstico e que a presença da infecção no período gestacional não refletiu em impactos no componente físico, sendo as variáveis idade gestacional, faixa etária e rede de apoio associadas à melhores níveis de qualidade de vida. Acerca do componente mental, é importante destacar que, embora as participantes do grupo caso (com sífilis) tenham apresentado uma melhor qualidade de vida, contrapondo o encontrado em alguns estudos (Albuquerque et al., 2015; Tavares et al., 2022; Zhang et al., 2022), isto pode ter sido resultante de um fator de confusão, uma vez que grande parte das participantes apresentaram uma percepção de rede de suporte social.

Vale ressaltar também que, dentre gestantes com diagnóstico de infecção por sífilis, apenas 10% relataram terem percebido algum sinal ou sintoma relacionados à infecção. A presença de sintomas de rápido início e fim (como o cancro duro), que podem ser confundidos com outras patologias, bem como de períodos assintomáticos (Trinh et al., 2019) podem fazer com que a infecção passe despercebida no cotidiano das gestantes ou que seu diagnóstico seja realizado mediante os exames sorológicos solicitados na rotina pré-natal, como observado neste estudo. Ademais, a presença de alterações, sinais e sintomas decorrentes do período gestacional ligada ao desconhecimento das participantes a respeito da infecção por sífilis podem contribuir para que a percepção dos impactos da gravidez seja maior do que da soropositividade, demandando novos estudos, bem como a possibilidade da elaboração de um instrumento voltado especificamente para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde desse público.

Considerando a subjetividade e multidimensionalidade envolvidas na qualidade de vida, observou-se a partir dos discursos, a presença de limitações físicas para a realização de algumas tarefas cotidianas – seja por restrições médicas ou decorrentes da própria idade gestacional -, a percepção de queda de vitalidade e cansaço decorrentes dos sintomas da gravidez e dinâmica familiar, bem como a importância, tanto para o aspecto físico como para o mental, de contar com uma rede de suporte social para auxílio nesse momento. Tais informações tornam-se ferramentas

importantes para que os profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal conheçam tais questões e encontrem formas de trabalhá-las durante as consultas de acompanhamento, buscando a qualidade de vida deste público.

Em se tratando ainda de subjetividades, a etapa qualitativa desta investigação, buscou um aprofundamento sobre as percepções das gestantes em face ao diagnóstico positivo. Houve uma escassez de conhecimento sobre a infecção por sífilis e transmissão vertical, contudo, as narrativas evidenciaram a preocupação das entrevistadas em ter “algo ruim” dentro delas. Tais preocupações estenderam-se à criança, seu parceiro e rede de apoio social, resultando em sentimentos como medo, angústia e vergonha bem como em uma seletividade das pessoas com quem o diagnóstico foi compartilhado. De acordo com alguns estudos sobre a teoria das emoções de Vigotski (Machado et al., 2011; Toassa, 2019), as emoções são multicausais, imprevisíveis e próprias de relações sociais e, a forma como são vivenciadas são influenciadas pelo contexto social como gênero e classe social. Em se tratando de sentimentos decorrentes de IST, essas emoções podem sofrer ainda impactos relacionados ao desconhecimento, medo de violência por parte do parceiro e estigmas, inclusive pelos profissionais responsáveis pelo cuidado do binômio materno-fetal.

Considerando tais questões e, também que alguns estudos que abordam as percepções maternas quanto ao diagnóstico de sífilis foram realizados em maternidade e, em alguns casos, com mães de crianças soropositivas para sífilis congênita (Albuquerque et al., 2015; Tavares et al., 2022), a realização de um estudo voltado para o período gestacional e no cenário da APS, demonstra a importância de um olhar humanizado e do uso da tecnologia leve durante os acompanhamentos pré-natal, de forma que tais anseios e percepções sejam acolhidos, ressignificados e para que estratégias e planos de cuidado possam ser adotados, visando uma atenção integral da gestante, criança e parceria sexual.

4. CONCLUSÃO

A partir de uma metodologia quali quantitativa, este estudo possibilitou identificar, no cenário da APS, os fatores associados à infecção por sífilis em gestantes, à qualidade de vida desta população, bem como as vivências e percepções diante do diagnóstico.

No estudo de caso-controle, o histórico de consumo de substâncias ilícitas e a presença de IST anteriores foram identificados como fatores associados à infecção por sífilis na gestação. No que diz respeito à qualidade de vida, os resultados permitiram verificar que não houve impacto decorrente da soropositividade para sífilis, mas sim, relacionados à aspectos sociodemográficos, de condições de saúde e de suporte social. Os resultados do estudo qualitativo evidenciaram a escassez de conhecimento quanto à infecção, mesmo após o diagnóstico e tratamento, bem como preocupações legítimas por parte das gestantes, tanto com o bebê quanto com o parceiro. Além disso, evidenciou-se que tais sentimentos de preocupação com a saúde, principalmente da criança, motivaram as participantes a seguirem o esquema terapêutico proposto pelos profissionais de saúde.

Tais achados, em conjunto, reforçam a importância do planejamento e reorganização de ações que possibilitem que o acolhimento, a identificação dos fatores de risco e informações de natureza mais subjetiva sejam percebidas e acompanhadas durante o pré-natal. Ações de planejamento familiar e de saúde sexual e reprodutiva da população também são necessárias para a prevenção de novos casos de sífilis e tratamento dos casos diagnosticados, das gestantes e suas parcerias sexuais. Destaca-se ainda que este estudo abre espaço para que mais pesquisas sejam realizadas neste cenário, visando um maior conhecimento de tais subjetividades e buscando um cuidado integral, humano e sem estigmas.

REFERÊNCIAS ¹

Aho J, Lybeck C, Tetteh A, Issa C, Kouyoumdjian F, Wong J, et al. Rising syphilis rates in Canada, 2011-2020. *Can Commun Dis Rep.* 2022;48(23):52-60. doi: 10.14745/ccdr.v48i23a01

Albuquerque CDM, de Oliveira ICL, Nobre CS, do Couto CS, Frota MA. A compreensão da qualidade de vida atrelada à sífilis congênita. *Rev. APS.* 2015; 18(3).

Almeida ER, Pereira FWA, Silva M. Prêmio APS Forte no Sistema Único de Saúde-Brasil: principais resultados e lições aprendidas. *Saúde em debate* 2022; 46(8): 106-117

Amorim TS, Backes MTS, Carvalho KMD, Santos EKAD, Dorosz PAE, Backes DS. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery* 2022; 26, e20210300.

Andrade ANLB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Late diagnosis of congenital syphilis: a recurring reality in women and children health care in Brazil. *Rev Paul Pediatr.* 2018; 36(3):376–81. doi: 10.1590/1984-0462/2018;36;3;00011

Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro, LM, et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):278-85.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2018; 2018. 49 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2023; 2023. 56p.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Campanha Nacional de Combate às Sífilis Adquirida e Congênita em 2021. 2021a. Disponível em:

<

Brasil. Ministério da Saúde. Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em:

¹ De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors – Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_certificacao_eliminao_trasmissoao_vertical_hiv_sifilis.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_certificacao Eliminacao_trasmissoao_vertical_hiv_sifilis.pdf)>. Acesso: 7 jan. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes; 2011, 82p.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); 2022. 211p.

Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

Acesso em: 29 fev. 2024.

Cerqueira BGT, Silva EP, Gama ZAS. Melhoria da qualidade do cuidado à sífilis gestacional no município do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica*. 2021;55:34. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002534>

Couto CE, Castanheira ERL, Sanine PR, Mendonça CS, Nunes LO, Zarili TFT, et al. Sífilis congênita: desempenho de serviços da atenção primária paulista, 2017. *Rev Saude Publica*. 2023;57:78. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004965>

Choudhri Y, Miller J, Sandhu J, Leon A, Aho J. Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010–2015. *Can Commun Dis Rep*. 2018; 44(2):43-8. doi: 10.14745/ccdr.v44i02a02

Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCDN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(spe1):e2020597. doi: 10.1590/S1679-4974202100005.esp1.

Eppes CS, Stafford I, Rac M. Syphilis in pregnancy: an ongoing public health threat. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;227(6):822-838. doi: 10.1016/j.ajog.2022.07.041

European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis and congenital syphilis in Europe – A review of epidemiological trends (2007–2018) and options for response. Stockholm: ECDC; 2019. 96p.

Favero MLDC, Ribas KAW, Dalla Costa MC, Bonafe SM. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Arq. ciênc. saúde.* 2019; 26(1): 2-8. doi: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137

Garbin AJI, Martins RJ, Belila NDM, Exaltação SM, Garbin CAS. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2019; 52:e20180226. doi: 10.1590/0037-8682-0226-2018

Lee K, You S, Li Y, Chesson H, Gift TL, Berruti AA, et al. Estimation of the Lifetime Quality-Adjusted Life Years (QALYs) Lost Due to Syphilis Acquired in the United States in 2018. *Clin Infect Dis.* 2023;76(3):e810-e819. doi: 10.1093/cid/ciac427

Lino CM, Sousa MDLR, Batista MJ. Epidemiological profile, spatial distribution, and syphilis time series: a cross-sectional study in a Brazilian municipality. *J Infect Dev Ctries.* 2021 Oct 31;15(10):1462-1470. doi: 10.3855/jidc.13780.

Lorenzini E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. *Rev Cuid.* 2017; 8(2): 1549-1560. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>

Luppi CG, Gomes SEC, Silva RJCD, Ueno AM, Santos AMKD, Tayra Â, et al. Factors associated with HIV co-infection in cases of acquired syphilis reported in a Reference Center for Sexually Transmitted Diseases and AIDS in the municipality of São Paulo, Brazil, 2014. *Epidemiol Serv Saude.* 2018;27(1):e20171678. doi: 10.5123/s1679-49742018000100008.

Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saude Publica.* 2017;51:78. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066.

Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saúde Colet,* 2020;28(4):518-528. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>

Machado LV, Facci MGD, Barroco SMS. Teoria das emoções em Vigotski. *Psicologia em Estudo,* 2011; 16(4):647-657

- Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery* 2021;25(1):e20200098. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098
- Medeiros JAR, Yamamura M, da Silva ZP, Domingues CSB, Waldman EA, Chiaravalloti-Neto F. Spatiotemporal dynamics of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the state of São Paulo, Brazil. *Sci Rep.* 2022;12(1):585. doi: 10.1038/s41598-021-04530-y.
- Miranda AE, Gaspar PC, Lannoy LH, Guarabyra ASD, Souto RMCV, Pereira GF et al. Certificação subnacional da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis: relato da experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2023; 32(3):e2023439
- Motta IA, Delfino IRS, Santos LV, Morita MO, Gonçalves R, Gomes D, et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?. *Rev. méd. Minas Gerais.* 2018; 28(Supl 6): S280610. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180102>
- Moura JRA, Bezerra RA, Oriá MOB, Vieira NFC, Fialho AVM, Pinheiro AKB. Epidemiology of gestational syphilis in a Brazilian state: analysis in the light of the social-ecological theory. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20200271. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0271
- Oliveira Junior EB, Pinheiro VS, Oliveira W, Barreto JG. Incidência da sífilis: um estudo de caso do município de Guaçuí, Espírito Santo, Brasil. *Acta Biomed. Bras.* 2017; 8(1):1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.18571/acbm.117>
- Paiva CCN, Cardoso R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2020; 24(1):1-11. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0142
- Pedrosa LDCO. Sífilis congênita: fatores de risco em gestantes admitidas nas maternidades de Maceió/AL e região metropolitana e avaliação dos critérios diagnósticos adotados no Brasil [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
- Pitilin EB, Gasparini VA, Silva DTR, Souza JB, Haag FB. Hospitalizations due to Congenital Syphilis in Neonates: Associated Factors from the Prenatal Care Process. *Aquichan.*, 2020; 20(40): e2048. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.4.8>

- Ramos-Jr AN. Persistence of syphilis as a challenge for the Brazilian public health: the solution is to strengthen SUS in defense of democracy and life. *Cad Saude Publica*. 2022;38(5):PT069022. doi: 10.1590/0102-311XPT069022.
- Ramos RSPS, Carneiro GR, Oliveira ALS, Cunha TN, Ramos VP. Incidência de sífilis congênita segundo as desigualdades na condição de vida no município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2021; 21(3):795-804. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000300004>
- Rigo FL, Romanelli RMC, Oliveira IP, Anchieta LM. Assistência e fatores educacionais associados a sífilis congênita em uma maternidade referência: um estudo caso-controle. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2021; 21(1):139-149. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000100007>
- Santana NCS, Lino CM, Tenório ACS, Batista MJ. Fatores associados à transmissão vertical de sífilis em um município do Estado de São Paulo. *Rev. epidemiol. controle infecç*. 2023; 13(2):1-9. <https://doi.org/10.17058/reci.v13i2.18097>
- Santos NCCDB, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRGDO, Collet N, Reichert APDS. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(1):e00014216
- Seidl EM, Zannon CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):580-8. doi: 10.1590/s0102-311x2004000200027.
- Silva JN, Cabral JF, Nascimento VF, Lucietto GC, Oliveira CBC, Silva RA. Impactos do diagnóstico da infecção sexualmente transmissível na vida da mulher. *Enferm. Foco*. 2018;9(2):23-27. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1058>
- Silva CC, Savian CM, Prevedello BP, Zamberlan C, Dalpian DM, Santos BZ. Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25 (3): 827-835 . doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01192018>
- Silva TO, Pereira RMS, Martins EL, Silva SCDSB. Sífilis na gestação: Obstáculos e estratégias vivenciados por enfermeiras durante a pandemia de Covid-19. *Rev. Contexto Saúde*. 2023;23(47):e13682-e13682. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13682>

Slutsker JS, Hennessy RR, Schillinger JA. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases - New York City, 2010-2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(39):1088-1093. doi: 10.15585/mmwr.mm6739a3

Souza AP, Rezende K, Marin MJ, Tonhom S. Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. *Rev baiana enferm.* 2020;34:e34935

Souza BC. Manifestações clínicas orais da sífilis. *RFO, Passo Fundo.* 2017; 22(1): 82-85. doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v22i1.6981>

Tavares CSS, Oliveira SJGS, Gois-Santos VT, Vaez AC, Menezes MO, Santos Jr HP, et al. Quality of life, depressive symptoms, anxiety, and sexual function in mothers of neonates with congenital syphilis in the Northeast Brazil: A cohort study. *Lancet Reg Health Am.* 2021;7:100127. doi: 10.1016/j.lana.2021.100127.

Toassa G. Muito além dos padrões: as emoções como objeto interdisciplinar. In: Alves MA, editores. *Cognição, emoções e ação [online]*. São Paulo: Cultura Acadêmica; UNICAMP; Centro de Logica, Epistemologia e Historia da Ciencia; 2019. p. 335-357

Torres PMA, Reis ARP, Santos AST, Negrinho NBS, Meneguetti MG, Gir E. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(6):e20210965. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0965pt>

Trinh T, Leal AF, Mello MB, Taylor MM, Barrow R, Wi TE, et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. *Sex Reprod Health Matters.* 2019;27(1):69-82. doi: 10.1080/26410397.2019.1691897..

Tsai S, Sun MY, Kuller JA, Rhee EHJ, Dotters-Katz S. Syphilis in Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2019;74(9):557-564. doi: 10.1097/OGX.0000000000000713

Uku A, Albujaşim Z, Dwivedi T, Ladipo Z, Konje JC. Syphilis in pregnancy: The impact of "the Great Imitator". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;259:207-210. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.01.010.

Vargas L, Amaral S, Arriaga M, Sarno M, Brites C. High prevalence of syphilis in parturient women and congenital syphilis cases in public maternities in Salvador-Bahia, Brazil. *BJOG.* 2018;125(10):1212-1214. doi: 10.1111/1471-0528

Vasconcelos MIO, Oliveira KMC, Magalhães AHR, Guimarães RX, Linhares MSC, Queiroz MVO et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da Atenção Básica para o tratamento simultâneo do casal. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(Supl):85–92. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p85>

Vicente JB, Sanguino GZ, Riccioppo MRPL, Santos MRD, Furtado MCC. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. *Rev Bras Enferm*. 2022; 76(1):e20220210. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0210.

Zhang X, Yu Y, Yang H, Xu H, Vermund SH, Liu K. Surveillance of maternal syphilis in China: pregnancy outcomes and determinants of congenital syphilis. *Med Sci Monit*. 2018;24:7727-7735. doi: 10.12659/MSM.910216.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, obstétricos e de comportamentos em saúde

Questionário nº _____ Data: ____/____/____ () A () B

Unidade de saúde () USF () UBS Código unidade: _____

DADOS SOCIODEMOGRAFICOS	
1. Data de nascimento	____/____/____ 2. Idade
3. Qual seu estado civil?	() Solteira ¹ () Casada ² () União estável ³ () Divorciada ⁴ () Viúva ⁵
4. Qual sua cor de pele?	() Branca ¹ () Preta ² () Parda ³ () Amarela ⁴ () Indígena ⁵
5. A casa que você mora é	() Própria quitada ¹ () Financiada ² () Alugada ³ () Empréstada ⁴
6. Qual a sua religião	() Não tem ⁰ () Católica ¹ () Evangélica ² () Outra ³ Qual?
7. Qual sua escolaridade? <i>(Considerando a última série concluída)</i>	() Analfabeta ¹ () Fundamental incompleto ² () Fundamental ³ () Ensino médio ⁴ () Ensino superior ⁵ () Pós-graduação ⁶
8. Você trabalha?	() Não ¹ () Sim ² Ocupação:
9. Recebe algum auxílio?	() Não ¹ () Sim ² Qual?
10. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa?	Quem?
11. Qual a sua renda? <i>(Em salários mínimos)</i>	() Não possui ⁰ () Até 1 ¹ () De 1 a 2 ² () De 2 a 3 ³ () 3 ou mais ⁴ <i>(Até R\$ 1045,00) (R\$ 1046,00 a 2090,00) (R\$ 2091,00 a 3135,00) (Mais de R\$ 3136,00)</i>
12. Qual a renda total da sua casa? <i>(Em salários mínimos)</i>	() Não sabe ⁰ () Até 1 ¹ () De 1 a 2 ² () De 2 a 3 ³ () 3 SM ou mais ⁴ <i>(Até R\$ 1045,00) (R\$ 1046,0 a 2090,00) (R\$ 2091,00 a 3135,00) (acima de R\$ 3136,00)</i>

DADOS SAÚDE MATERNA	
13. Você possui algumas dessas doenças?	() Não ⁰ () Hipertensão ¹ () Diabetes ² () Cardíacas ³ () Anemia ⁴ () Outras ⁵
14. Você toma algum remédio (contínuo)?	() Não ¹ () Sim ² Qual?
15. Você fuma?	() Não ¹ () Sim ² (responder questões 16 e 17) () Já fumou ³ (responder questões 18 e 19)
16. Há quanto tempo	17. Nº cigarros/dia
18. Há quanto tempo parou?	19. Alguém na casa fuma (quem)?
20. O que te motivou a parar?	
21. Você bebe?	() Não ¹ () Sim ² (responder questões 21) () Já bebeu ³ (responder questões 22 e 23)
22. Com que frequência	
23. Há quanto tempo parou?	24. Alguém na casa bebe (quem)?
25. O que te motivou a parar?	
26. Você usa drogas ilícitas?	() Não ¹ () Sim ² (responder questões 25 e 26) () Já usou ³ (responder questões 26, 27 e 28)
27. Há quanto tempo	28. Tipo
29. Há quanto tempo parou?	30. Alguém na casa usa (quem)?
31. O que te motivou a parar?	

SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL	
32. Idade da primeira relação sexual	33. Nº parceiros sexuais último ano
34. Gestação G ____ P ____ C ____ A ____	35. Idade gestacional
36. Última consulta pré-natal ____/____/____	() Faltou na última consulta (responder questão 34 e 35)
37. Por que faltou na última consulta?	
38. O que você sentiu não vindo à última consulta?	
39. Ficou com medo de vir ao PN por causa da pandemia?	
40. Antes dessa gravidez, você usava algum MAC?	() Não ¹ () Sim ² Qual?
41. Com que frequência você costuma usar camisinha nas relações sexuais?	() Sempre ¹ () Às vezes ² () Raramente ³ () Não uso ⁴ Motivo para não usar:
42. Já teve alguma IST antes?	() Não ¹ () Sim ² (responder questões 40) 43. Qual
44. Você tratou?	() Não ¹ () Sim ² () Não aplicável ³ Motivo:
45. O seu parceiro tratou?	() Não ¹ () Sim ² () Não aplicável ³ Motivo:
46. Realizou exames rotina PN?	() Não ¹ () Sim ² Motivo:
47. Tem apoio/incentivo para vir ao PN?	() Não ¹ () Sim ² 48. Quem?
49. Seu parceiro realizou exames rotina PN?	() Não ¹ () Sim ² Motivo:
50. Consulta no dentista durante PN?	() Não ¹ (responder questões 48) () Sim ² 51. Última consulta: ____/____/____
52. Motivo da procura	() Dor ¹ () Rotina ² () Acompanhamento pelo PN ³ () Outro ⁴

Apêndice 2 – Instrumento para avaliação da qualidade de vida (12-Item Short-Form Health Survey – SF-12)

Queremos saber sua opinião sobre sua saúde, como você se sente e como é capaz de fazer suas atividades diárias. Por favor, tente responder da melhor maneira possível:

Como você está se sentindo hoje? _____

- 1) Em geral, você diria que a sua saúde é:
- () Excelente¹
 () Muito boa²
 () Boa³
 () Ruim⁴
 () Muito ruim⁵
- As perguntas 2 e 3 são sobre coisas que você geralmente faz no seu dia-a-dia com base na sua as (dia típico/comum):**
- 2) Com base na sua saúde **AGORA**, você tem dificuldades para fazer atividades, como mover uma mesa/cadeira, passar aspirador/varrer a casa, andar de bicicleta?
- () Sim, muita dificuldade¹
 () Sim, pouca dificuldade²
 () Não, nenhuma dificuldade³
- 3) Com base na sua saúde **AGORA**, você tem dificuldades para subir três ou mais degraus de escada?
- () Sim, muita dificuldade¹
 () Sim, pouca dificuldade²
 () Não, nenhuma dificuldade³
- 4) Durante as 4 últimas semanas, você realizou menos tarefas do que gostaria **por causa da sua saúde física**?
- () Sim¹ () Não²
- 5) Durante as 4 últimas semanas, você sentiu dificuldade no seu trabalho ou em outras atividades **por causa da sua saúde física**?
- () Sim¹ () Não²
- 6) Durante as 4 últimas semanas, você fez menos tarefas do que gostaria por **causa de problemas emocionais**?
- () Sim¹ () Não²
- 7) Durante as 4 últimas semanas, você deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades com o cuidado que você geralmente toma, **por causa de problemas emocionais**?
- () Sim¹ () Não²
- 8) Durante as últimas 4 semanas, alguma dor interferiu/atrapalhou seu trabalho normal (dentro ou fora de casa)?
- () Não interferiu¹
 () Interferiu um pouco²
 () Moderadamente³
 () Bastante⁴
 () Extremamente⁵
- 9) Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo você tem se sentido calma e tranquila?
- () O tempo todo¹
 () A maior parte do tempo²
 () Boa parte do tempo³
 () Alguma parte do tempo⁴
 () Pequena parte do tempo⁵
 () Nem um pouco⁶
- 10) Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo você tem se sentido com muita energia?
- () O tempo todo¹
 () A maior parte do tempo²
 () Boa parte do tempo³
 () Alguma parte do tempo⁴
 () Pequena parte do tempo⁵
 () Nem um pouco⁶
- 11) Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo você tem se sentido desanimada e deprimida?
- () O tempo todo¹
 () A maior parte do tempo²
 () Boa parte do tempo³
 () Pequena parte do tempo⁴
 () Nem um pouco⁵
- 12) Durante as 4 últimas semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (sair, visitar amigos/familiares)?
- () O tempo todo¹
 () A maior parte do tempo²
 () Boa parte do tempo³
 () Pequena parte do tempo⁴
 () Nem um pouco⁵

SCORE:

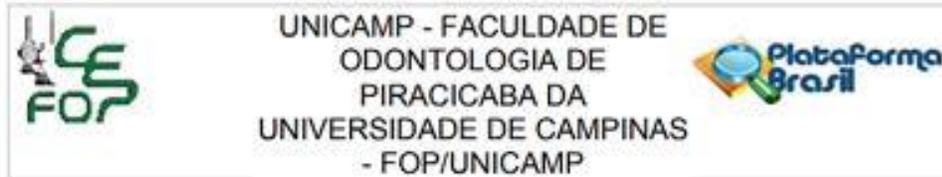
Apêndice 3 – Roteiro semiestruturado para entrevista com gestantes soropositivas para sífilis

DIAGNÓSTICO NA GESTAÇÃO	
<i>(Apenas para mulheres com teste rápido/VDRL positivo)</i>	
1. Data do diagnóstico (exame)	___/___/___
2. Titulação	_____ : _____
3. Teve algum sintoma	() Não ¹ () Sim ² Qual?
4. Você já foi diagnosticada antes com sífilis durante a gestação?	() Não ¹ () Sim ² Quando?
5. Tratamento da gestante	() Em andamento ¹ () Finalizado ² () Incompleto ³ () Não realizado ⁴
6. Motivo de não tratar:	
7. Início do tratamento: ___/___/___	8. Término do tratamento: ___/___/___
9. Tratamento prescrito para a gestante (total)	() Pen 1.200.000 UI ¹ () Pen 2.400.000 UI ² () Pen 7.200.000 UI ³ () Outro ⁴
10. Dose	() Única ¹ () Semanal ² 11. Nº semanas
12. Tratamento anotado no cartão?	() Não ¹ () Sim ²
13. Tratamento do parceiro	() Em andamento ¹ () Finalizado ² () Incompleto ³ () Não realizado ⁴
14. Motivo de não tratar:	
15. Início do tratamento: ___/___/___	16. Término do tratamento: ___/___/___
17. Tratamento prescrito para o parceiro (total)	() Pen 1.200.000 UI ¹ () Pen 2.400.000 UI ² () Pen 7.200.000 UI ³ () Outro ⁴
18. Dose	() Única ¹ () Semanal ² 19. Nº semanas

ENTREVISTA	
1. Você já tinha ouvido falar sobre a sífilis? O que já tinha ouvido falar?	
2. Como você foi informada sobre o resultado? Com quem você estava?	
3. O que significou para você receber a notícia?	
4. Conte um pouco como trabalhou essa notícia, com quem compartilhou.	
5. Na sua família, como foi a notícia (ou você não teve a oportunidade de compartilhar)?	
6. Conte um pouco como trabalhou essa notícia com seu parceiro. Você conseguiu compartilhar e conversar? Como ele reagiu?	
7. Pode me contar como foi tratar/cuidar da sífilis para você?	
8. E seu parceiro, aceitou receber o tratamento?	
9. Se você recebesse hoje o resultado e a notícia de que está com sífilis, como gostaria que isso fosse falado/passado para você? O que gostaria de saber?	
10. Pode relatar momentos não agradáveis ou o que não lhe agradou no atendimento do serviço de saúde (desde a informação de que estava com sífilis)?	
11. Poderia relatar uma experiência ou acontecimento bom ou que lhe agradou no serviço de saúde (desde a informação de que estava com sífilis)?	

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍFILIS EM GESTANTES: FATORES ASSOCIADOS E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Pesquisador: Carolina Matteussi Lino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28763320.3.0000.5418

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.919.933

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil

A LISTA DE PESQUISADORES citada na capa do projeto de pesquisa inclui CAROLINA MATTEUSSI LINO (Enfermeira, Doutoranda no PPG em Odontologia, área de Saúde coletiva, da FOP/UNICAMP, Pesquisadora responsável), MARÍLIA JESUS BATISTA DE BRITO MOTA (Cirurgiã dentista, Docente da Faculdade de Medicina de Jundiaí, Pesquisadora colaboradora do Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil da FOP/UNICAMP, Pesquisadora participante), SAYURI TANAKA MAEDA (Enfermeira, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP), Pesquisadora participante), o que é confirmado na declaração dos pesquisadores e na PB.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PIRACICABA, 17 de Março de 2020

Assinado por:
jacks jorge junior
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Limeira 901 Caixa Postal 52
 Bairro: Areião CEP: 13.414-903
 UF: SP Município: PIRACICABA
 Telefone: (19)2106-5349 Fax: (19)2106-5349 E-mail: cep@fop.unicamp.br

Anexo 2 – Recomendação para publicação na Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil

19-Dec-2023

Dear Ms. Lino:

Manuscript ID RBSMI-2023-0276 entitled "Fatores de risco para infecção por sífilis na gravidez: um estudo de caso-controle com gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde" which you submitted to the Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, has been reviewed. The comments of the reviewer(s) are included at the bottom of this letter.

The reviewer(s) have recommended publication, but also suggest some revisions to your manuscript. Therefore, I invite you to respond to the reviewer(s)' comments and revise your manuscript.

To revise your manuscript, log into <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo> and enter your Author Center, where you will find your manuscript title listed under "Manuscripts with Decisions." Under "Actions," click on "Create a Revision." Your manuscript number has been appended to denote a revision.

You may also click the below link to start the revision process (or continue the process if you have already started your revision) for your manuscript. If you use the below link you will not be required to login to ScholarOne Manuscripts.

*** PLEASE NOTE: This is a two-step process. After clicking on the link, you will be directed to a webpage to confirm. ***

https://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo?URL_MASK=&7d65b65ee5843099d7ec52c10aaafbf

You will be unable to make your revisions on the originally submitted version of the manuscript. Instead, revise your manuscript using a word processing program and save it on your computer. Please also highlight the changes to your manuscript within the document by using the track changes mode in MS Word or by using bold or colored text.

Once the revised manuscript is prepared, you can upload it and submit it through your Author Center.

When submitting your revised manuscript, you will be able to respond to the comments made by the reviewer(s) in the space provided. You can use this space to document any changes you make to the original manuscript. In order to expedite the processing of the revised manuscript, please be as specific as possible in your response to the reviewer(s).

IMPORTANT: Your original files are available to you when you upload your revised manuscript. Please delete any redundant files before completing the submission.

Because we are trying to facilitate timely publication of manuscripts submitted to the Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, your revised manuscript should be submitted by 18-Feb-2024. If it is not possible for you to submit your revision by this date, we may have to consider your paper as a new submission.

Once again, thank you for submitting your manuscript to the Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil and I look forward to receiving your revision.

Sincerely,

Dr. Alex Sandro Souza
Editor-in-Chief, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
alexrolland@uol.com.br

Anexo 3 – Submissão do artigo à Revista Brasileira de Epidemiologia

Confirmação da submissão

[Imprimir](#)

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Revista Brasileira de Epidemiologia

ID do manuscrito

RBEPID-2024-0221

Título

Fatores associados à sífilis na gestação: estudo de caso-controle

Autores

Matteussi Lino, Carolina

Maeda, Sayuri

Sousa, Maria da Luz

Batista, Marília

Data da submissão

22-abr-2024

Anexo 4 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio

Carolina Lino

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

2% ÍNDICE DE SEMELHANÇA	3% FONTES DA INTERNET	2% PUBLICAÇÕES	0% DOCUMENTOS DOS ALUNOS
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------

FONTES PRIMÁRIAS

1	repositorio.unicamp.br Fonte da Internet	1%
2	saudedafamiliaufc.com.br Fonte da Internet	1%
3	sigaa.ufrn.br Fonte da Internet	1%

Excluir citações Em
Excluir bibliografia Em

Excluir correspondências < 1%