

UNIVERSIDADE ABERTA



**INTER-RELAÇÃO ENTRE SÍFILIS EM GESTANTES E PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO NO BRASIL NO PERÍODO 2010 A 2020.**

Lutigardes Bastos Santana

**Mestrado em Estudos sobre as Mulheres: Género, Cidadania e
Desenvolvimento**

Orientação: Professora Dra. Bárbara Backström

Co-orientadora: Professora Dra. Lílian Muneiro

2022

Agradecimentos

Concluir o Mestrado em Estudo sobre Mulheres: Gênero, Cidadania e Desenvolvimento significa um momento de superação de muitos desafios que enfrentei durante o curso, e principalmente no momento da escrita de minha dissertação.

Passei por momentos muito difíceis nesse período, mas graças ao apoio da minha família e dos meus amigos estou bem, e hoje me sinto feliz, pois descobri em mim uma força, que eu não sabia que era capaz, além de tornar minha fé em Deus mais sólida, porque recebi mais uma graça de Deus em minha vida.

Quero fazer um agradecimento especial à minha orientadora e à minha co-orientadora, por tanto cuidado, paciência, compreensão, carinho e incentivo para que eu concluísse meu mestrado.

“Uma mulher negra diz que ela é uma mulher negra.
Uma mulher branca diz que ela é uma mulher.
Um homem branco diz que é uma pessoa.”
(Grada Kilomba).

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que lutam, sofrem e superam situações difíceis nesse mundo tão desigual. Mulheres que com toda dificuldade que lhes são impostas conseguem ser fortes, batalhadoras e mães tão amorosas e dedicadas.



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE STATEMENT OF INTEGRITY

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente dissertação/tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer outra forma de falsificação de resultados. Mais declaro que tomei conhecimento integral do Regulamento Disciplinar da Universidade Aberta, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 215, de 6 de novembro de 2013.

I hereby declare having conducted my thesis with integrity. I confirm that I have not used plagiarism or any form of falsification of results in the process of the thesis elaboration. I further declare that I have fully acknowledged Disciplinary Regulations of the Universidade Aberta (regulation published in the official journal Diário da República, 2.ª série, N.º 215, de 6 de novembro de 2013).

Universidade Aberta, 11 de novembro de 2022.

Lutigardes Bastos Santana

Lutigardes Bastos Santana

Resumo

Inter-relação entre sífilis em gestantes e perfil sociodemográfico no Brasil no período 2010 a 2020.

A sífilis é uma doença secular e estigmatizada, pois é uma doença sexualmente transmissível com um passado repleto de estereótipos. Partindo para uma perspectiva crítica a respeito da sífilis em gestantes (SG), destaca-se que, historicamente, é possível observar um domínio do poder por parte dos homens nas esferas sociais, políticas, profissionais e sexuais, acarretando em diferentes formas de opressão sobre as mulheres. Diante da relevância do tema para o cenário atual, esse trabalho visa compreender a respeito da inter-relação entre SG e perfil sociodemográfico no Brasil no período de 2010 a 2020. Para isso, foi realizada revisão de literatura e análise descritiva do banco de dados de SG do Brasil, correlacionando essas informações com o perfil sociodemográfico das gestantes. Verificou-se um aumento do número de casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita. A literatura demonstra que muitas mulheres têm receio de revelar o diagnóstico ao parceiro, pois sentem-se culpadas, ou por medo de perder o parceiro ou sofrer acusação de traição. Constatou-se que o desconhecimento sobre o agravo é responsável por interferir no comportamento da gestante e do parceiro durante o diagnóstico. Essa dissertação contribuirá para qualificar os serviços nas ações de enfrentamento à sífilis e para o desenvolvimento de campanhas educativas e publicitárias voltadas para o enfrentamento da sífilis. Autores como: Abuali & Domachowske (2019); dos Santos (2017); Silva (2016) e Vidal & Mascarenhas (2020), foram usados com o propósito de dar maior embasamento ao trabalho.

Palavras chave: Sífilis, Sífilis em gestante, Sífilis congênita, Desigualdade na saúde, Perfil sociodemográfico no Brasil.

Abstract

Interrelationship between syphilis in pregnant women and sociodemographic profile in Brazil from 2010 to 2020.

Syphilis is a secular and stigmatized disease, as it is a sexually transmitted disease with a past full of stereotypes. Starting from a critical perspective on syphilis in pregnant women (SG), it is highlighted that, historically, it is possible to observe a domain of power by men in the social, political, professional and sexual spheres, resulting in different forms of oppression over women. the women. Given the relevance of the topic to the current scenario, this work aims to understand the interrelation between SG and sociodemographic profile in Brazil from 2010 to 2020. For this, a literature review and descriptive analysis of the database of SG do Brasil, correlating this information with the sociodemographic profile of pregnant women. There was an increase in the number of syphilis cases in pregnant women and congenital syphilis. The literature shows that many women are afraid to reveal the diagnosis to their partner, because they feel guilty, or for fear of losing their partner or being accused of cheating. It appears that the lack of knowledge about the condition is responsible for interfering with the behavior of the pregnant woman and her partner during the diagnosis. This dissertation will contribute to qualify the services in the actions of fighting syphilis and for the development of educational and advertising campaigns aimed at fighting syphilis. Authors such as: Abuali & Domachowske (2019); dos Santos (2017); Silva (2016) and Vidal & Mascarenhas (2020), were used with the purpose of providing a greater basis for the work.

Keywords: Syphilis, Syphilis in pregnant women, Congenital syphilis, Inequality in health, Sociodemographic profile in Brazil.

Resumen

Interrelación entre sífilis en gestantes y perfil sociodemográfico en Brasil de 2010 a 2020.

La sífilis es una enfermedad secular y estigmatizada, ya que es una enfermedad de transmisión sexual con un pasado lleno de estereotipos. Partiendo para una perspectiva crítica a respeito da sífilis em gestantes (SG), destaca-se que, historicamente, é possível observar um domínio do poder por parte dos homens nas esferas sociais, políticas, profissionais e sexuais, acarretando em diferentes formas de opressão sobre las mujeres. Dada la relevancia del tema para el escenario actual, este trabajo tiene como objetivo comprender la interrelación entre SG y el perfil sociodemográfico en Brasil de 2010 a 2020. Para ello, una revisión de la literatura y análisis descriptivo de la base de datos de SG do Brasil, correlacionando información con el perfil sociodemográfico de las gestantes. Hubo un aumento en el número de casos de sífilis en mujeres embarazadas y sífilis congénita. La literatura muestra que muchas mujeres tienen miedo de revelar el diagnóstico a su pareja, porque se sienten culpables, o por miedo a perder a su pareja o de engaño. Parece que la falta de conocimiento sobre la condición es responsable de interferir en el comportamiento de la mujer embarazada y su pareja durante el diagnóstico. Esta disertación contribuirá a calificar los servicios en las acciones de lucha contra la sífilis y para el desarrollo de campañas educativas y publicitarias dirigidas a la lucha contra la sífilis. Autores como: Abuali & Domachowske (2019); Dos Santos (2017); Silva (2016) y Vidal & Mascarenhas (2020), fueron utilizados con el propósito de brindar una mayor base para el trabajo.

Palabras clave: Sífilis, Sífilis en gestantes, Sífilis congénita, Desigualdad en salud, Perfil sociodemográfico en Brasil.

Índice

1	Introdução	11
2	Enquadramento Teórico	13
2.1	Sífilis	13
2.2	Infecções Perinatais e Congênitas	16
2.2.1	Sífilis Congênita (SC).....	17
2.3	Sífilis em Gestantes (SG).....	18
2.4	Mulheres e a Luta pela Igualdade	20
2.5	Sexualidade como Tabu e Vulnerabilidade das Mulheres às ISTs	23
2.6	Interseccionalidade e Violência contra a Mulher	27
2.7	Sífilis em Gestante no Brasil	29
3.	Questões de Partida.....	34
4.	Hipótese.....	34
5.	Objetivos.....	34
5.1	Objetivo Geral.....	34
5.2	Objetivos Específicos.....	34
5.3	Justificativa	35
6.	Metodologia.....	35
6.1	Enquadramento Metodológico.....	35
6.2	Tipo de Pesquisa	36
6.3	A definição dos participantes	37
6.4	Coleta de Dados.....	38
6.5	Tratamento e Análise dos Dados.....	38
7	Análise dos Resultados e Discussão	39
7.1	Análise Descritiva do Banco de Dados de Sífilis em Gestantes Sífilis.....	39
7.1	Congênita no Brasil, no período de 2010 a 2020.....	39
7.2	Organização da Rede de Atenção à Saúde para Enfrentamento da Sífilis no Brasil	54
7.3	Ações de Enfrentamento à Sífilis na Atenção Primária à Saúde e Maternidades	58
7.4	Atenção à Sífilis na Maternidade.....	61
7.5	Orientações para Instituição dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical com Base na Organização da Rede de Atenção.....	63
8.	Limitações do Estudo	64
9.	Considerações Finais	65
10.	Conclusão.....	68
	Referências Bibliográficas.....	70

Anexo I	85
Anexo II	87

Índice de figuras

Figura 1 Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.....	41
Figura 2 Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2020.	42
Figura 3 Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.	43
Figura 4 Figura 2 Distribuição Percentual de casos de Sífilis em Gestantes por Escolaridade da mãe, Brasil, 2005 a 2020.....	44
Figura 5 Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2021.	45
Figura 6 Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2020.	46
Figura 7 percentual de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021.	47
Figura 8 Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) e taxa de detecção das sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) segundo regiões de saúde do Brasil, 2020.	48
Figura 9 Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2020.	49
Figura 10 Figura 11 Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2020.	51
Figura 11 Fluxo de notificação a partir da classificação do RN ao nascimento.....	62

Índice de quadros

Quadro 1: Sintomas da sífilis.....	18
------------------------------------	----

Quadro 2: Ficha sífilis em gestantes.....	38
Quadro 3: Ficha para notificação de sífilis congênita.....	39

Índice de abreviaturas e siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CRF-PR	Conselho Regional de Farmácia – Paraná
HIV	vírus da imunodeficiência humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
SBI	Sociedade Brasileira de Infectologia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

1 Introdução

As inquietações que conduziram à proposta desse estudo surgiram a partir da do Mestrado Estudo sobre Mulheres - Gênero, Cidadania e Desenvolvimento, aliada à proposta do Projeto “Sífilis não” que tinha o objetivo de apoiar estados e municípios no desenvolvimento de ações que reduzissem a grave situação de sífilis no Brasil.

As desigualdades econômicas e sociais sempre despertaram na mestranda o interesse em estudar para entender o processo histórico, responsável pela evolução da sociedade, e a grande discrepância entre a concentração de renda e saberes entre as diversas classe sociais. O Mestrado, por sua vez, contribuiu e aumentou sua curiosidade para o entendimento e aprofundamento sobre a história das mulheres no mundo, pois sempre acreditou que é preciso entender a história para compreender os processos de vida das pessoas.

Em muitos momentos, o estudo sobre mulheres remetia a realidade da mestranda cuja avó, nascida no interior da Bahia, em 1927, sempre foi muito católica e teve uma criação na qual as mulheres precisavam ser prendadas para casar, cuidar da família e do marido. As mulheres naquela época eram muito reprimidas em seus desejos de vida, sexuais, amorosos, escolhas profissionais dentre outros. A Igreja exerceu uma influência muito forte na vida das mulheres que tinha o casamento e a família como prioridade e não achavam natural o divórcio.

O mestrado possibilitou a compreensão da influência histórica no comportamento das mulheres até os dias atuais, aumentando o interesse em entender e aprofundar questões sobre a sífilis com enfoque especial para as mulheres e principalmente as gestantes diagnosticadas com sífilis. Dessa forma, o presente trabalho tem como tema a inter-relação entre sífilis em gestantes e o perfil sociodemográfico no Brasil, no período de 2010 a 2020. Sendo assim, espera-se que seja possível contextualizar o surgimento da sífilis no Brasil e no mundo, bem como verificar a diferença entre perfil demográfico das gestantes nas cinco regiões do país. Além disso, acredita-se que será possível identificar se o nível de escolaridade e a faixa etária das gestantes têm impacto na incidência de sífilis congênita. Para que isso seja possível, é necessário compreender a história das mulheres no mundo, visando correlacionar os processos de saúde doença e o perfil sociodemográfico da população gestante.

Assim, o presente trabalho, será organizado em uma estrutura que contemple um referencial teórico sobre infecções congênitas e perinatais e sífilis, incluindo a sífilis congênita. Além disso, será investigado sobre como o cenário atual lida com a sífilis, ampliando esse prisma para a luta das mulheres pela igualdade de gênero, a sexualidade como tabu e a vulnerabilidade das mulheres às infecções sexualmente transmissíveis (IST). Em consonância a isso, será discutido o papel da vulnerabilidade social na prevalência da sífilis e como essa doença se manifesta nas gestantes no Brasil. Feito isso, nos resultados, será realizada uma análise descritiva do banco de dados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil, no período de 2010 a 2020.

Dando continuidade à estrutura do trabalho, ressalta-se que será discutido a organização da rede de atenção à saúde (RAS) para enfrentamento à sífilis no Brasil, incluindo as ações desenvolvidas na atenção primária à saúde e em maternidades, possibilitando orientações para as instituições dos comitês de investigação da transmissão vertical e para melhorias na organização da RAS.

Para contextualizar a realidade das mulheres no passado, é válido mencionar que essas precisavam ser eficientes para casar e assim cuidar dos filhos, da casa e do marido. Até meados do século XX as mulheres eram reprimidas em seus desejos de vida, incluindo sexuais, amorosos, profissionais, dentre outros (Xavier, 2021). Verifica-se, ainda, que a Igreja foi responsável por exercer significativa influência na vida das mulheres, visto que a sociedade religiosa alegava que os comportamentos das mulheres deviam estar relacionados apenas ao casamento e à família, e qualquer vivência que se afastasse desses padrões era considerado como antinatural (Silva, Sei & Vieira, 2021).

Além da influência histórica no comportamento das mulheres, é possível verificar que há outras variáveis que afetam o comportamento desse gênero. De acordo com a interseccionalidade, as mulheres apresentam diferenças que afetam a forma com que são vistas pela sociedade. Dentre tais diferenças, pode-se citar a criação recebida, a classe social à qual pertencem, a raça e a localidade em que residem (Cruz, 2018). Destaca-se, ainda, que existe muito tabu com relação à sexualidade. Para lidar com esse impasse, Barboza e Junior (2017) apontam a necessidade das mulheres dialogarem sobre seus desejos de vida, sexuais e sobre

sua autonomia, contudo, essa não é a realidade que se percebe no dia a dia das mulheres no Brasil.

Verifica-se que até os dias atuais as mulheres não têm direitos iguais aos homens, além de serem vítimas de machismo, discriminação e preconceitos que foram instituídos a partir do pensamento de que a mulher nasceu apenas para servir ao marido e procriar. A história ainda mostra que as mulheres não podiam expressar seus desejos nas relações sexuais, pois existia uma compreensão de que deveriam somente satisfazer ao marido e se abster do prazer (Lima, 2021). Acredita-se que toda essa imposição social ocasionou um silenciamento das mulheres quando o assunto é sexo, de modo que doenças como a sífilis ficaram invisibilizadas na sociedade.

De acordo com dados do Ministério da Saúde no Brasil, aproximadamente, um milhão de pessoas contraem sífilis, isso representa 1% da população brasileira. Quando se fala em gestantes o cenário é ainda mais preocupante, os dados retratam que entre 2010 e 2020 cerca de 400 mil grávidas são portadoras da infecção (Brasil, 2021b).

A sífilis em gestante é considerada um problema de saúde pública, sendo necessário compreender a dimensão dessa doença a nível social, visto que conhecer o contexto histórico e o contexto atual dessas gestantes é importante para compreender os processos de saúde-doença e sexualidade que envolvem esse gênero. A partir dos resultados do presente trabalho, espera-se que seja possível fomentar novas práticas de cuidado no âmbito da saúde, de modo que os profissionais atuem com prevenção, orientação, aconselhamento e promoção à saúde, considerando os fenômenos sociais envolvidos no acometimento das pessoas com sífilis.

2 Enquadramento Teórico

2.1 Sífilis

A sífilis é uma enfermidade infecciosa que apresenta uma manifestação clínica abrangente, acometendo inúmeros órgãos e sistemas. A doença surgiu em

meados do século XV na Europa. Naquele período se propagou de forma muito rápida pelo continente, chegando a ser apontada como uma das principais doenças daquele século, e por acometer a pele e mucosas de forma mais significativa, durante um bom tempo essa doença foi relacionada a dermatologia ((Gurgel, 2014)

No início do século XX (1905) o agente etiológico da sífilis, denominado *Treponema pallidum*, sendo Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann os autores da descoberta na Alemanha. Em 1907 foi criado o primeiro exame que poderia detectar o agente infeccioso. Nos anos seguintes, com inúmeros estudos e avanços como foi o caso da descoberta da penicilina (1928), ocorreu uma redução de casos, identificada na década de 40 (Santos, 2017).

Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS):

Foram quase 500 anos de história e pesquisas científicas até a descoberta da penicilina e, com ela, a cura para a doença. Embora pareça uma doença do passado, a sífilis está mais presente do que nunca. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que são registrados mais de 7 milhões de novos casos da doença em todo o mundo (CONASEMS, 2021, p. 2).

A sífilis, apesar da evolução no diagnóstico e tratamento, continua sendo um problema de saúde coletiva que demanda cuidado e atenção, devido à sua alta transmissão e índices de mortalidade. No Brasil, nos últimos anos, a incidência da sífilis congênita, em gestante e adquirida tem apresentado um aumento acelerado. Segundo Brasil (2021b), houve aumento da taxa de sífilis congênita de 1,4 para 7,7 e sífilis em gestantes de 3,5 para 21,6 casos por mil nascidos vivos, respectivamente, quando comparados os anos de 2010 e 2020.

Existem diversas formas de transmissão da sífilis, merecem destaque a sexual e a transplacentária (Silva, 2016). As três fases que representam a evolução da sífilis chamadas primária, secundária, latente ou tardia e terciária, assim como os seus sintomas clínicos, estão apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 – Sintomas da sífilis primária, secundária, latente ou tardia e terciária

Sífilis primária	<ul style="list-style-type: none"> • Ferida, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele), que aparece entre 10 e 90 dias após o contágio. Essa lesão é rica em bactérias e é chamada de “cancro duro”. • Normalmente, ela não dói, não coça, não arde e não tem pus, podendo estar acompanhada de ínguas (caroços) na virilha. • Essa ferida desaparece sozinha, independentemente de tratamento.
Sífilis secundária	<ul style="list-style-type: none"> • Os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial. • Podem surgir manchas no corpo, que geralmente não coçam, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Essas lesões são ricas em bactérias. • Pode ocorrer febre, mal-estar, dor de cabeças, ínguas pelo corpo. • As manchas desaparecem em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura.
Sífilis latente fase - assintomática	<ul style="list-style-type: none"> • Não aparecem sinais ou sintomas; • A duração dessa fase é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.
Sífilis terciária	<ul style="list-style-type: none"> • Pode surgir entre 1 e 40 anos após o início da infecção. • Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte.

Fonte: Brasil (2022)

Nota-se que a sífilis acomete os indivíduos de diferentes formas e com o passar do tempo apresenta fases diversas, questões essas que fazem com que a

mesma seja vista como uma condição crônica enfrentada pela população.

Segundo Gandra (2021) com dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia SBD

Entre janeiro de 2018 e junho de 2020, o Brasil acumulou mais de 360 mil casos de sífilis. Segundo a SBD, tal quadro pode não retratar a realidade do país, uma vez que a pandemia de covid-19 tem impacto negativo na realização de consultas e exames de prevenção para esta e outras doenças. Com isso, diz a SBD, milhares de pacientes não procuraram os serviços de saúde ao manifestar sinais e sintomas de sífilis. De acordo com a entidade, o quadro de subnotificação compromete as estratégias de enfrentamento desse problema de saúde pública (Gandra, 2021, p. 2).

Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), o cenário preocupante relacionado ao alto número de casos de sífilis não está somente associado a pandemia da covid-19, se deve também à pouca procura dos pacientes para diagnóstico precoce. Na década de 80 o vírus que mais causava preocupação na população (transmitido sexualmente) era o vírus do HIV. Com o passar do tempo, houve muitos avanços com relação ao tratamento das pessoas que vivem com HIV, tornando-os indetectáveis e o receio que a população tinha de adquirir o vírus foi deixando de existir, assim como foi negligenciado o uso do preservativo por grande parte da população. Com isso, houve aumento da exposição às demais IST, gerando uma situação de alerta para a saúde pública (SBI, 2022).

2.2 Infecções Perinatais e Congênitas

No período da gestação (e pós) tanto o feto como o recém-nascido ficam vulneráveis a diferentes infecções provocadas por diversos microorganismos, tais como: bactérias, fungos, protozoários e vírus. Essas doenças tem o potencial de acometer até 15% dos fetos e recém-nascidos, sendo que em geral essas patologias estão relacionadas a morbidade e mortalidade infantil, como também a aborto e partos prematuros (Lima, 2018).

Castro, Carellos, Campo, Pinto, Anchieta e Andrade (2014) ressaltam que em geral as infecções tendem ser mais incisivas no período pré-natal, intitulada

infecções congênitas. Vale ressaltar ainda que as mesmas também são frequentes no período perinatal e pós-natal, chamadas infecções perinatais. As mães são responsáveis pela maioria das infecções congênitas, em especial através da via hematogênica transplacentária. No entanto, aspectos como o tempo de gestação, particularidades do agente, defesa placentária e fatores de imunidade materna podem estabelecer se o feto tem potencial, ou não, de ser afetado assim como as consequências que irão resultar desse contágio.

No tocante a infecções perinatais Carvalho (2020) ressalta que:

Podem ser adquiridas a partir do período peri-parto até três semanas após o parto. A transmissão pode ocorrer durante o trabalho de parto, por transfusão materno-fetal, pela ascensão de microorganismos na cavidade amniótica, pela aspiração do líquido amniótico contaminado ou ainda pelo contato de pele ou mucosas do recém-nascido com secreções maternas contaminadas. No período pós-natal o contágio pode ocorrer pelo aleitamento materno ou através dos tratos respiratório e gastrointestinal maternos, que são responsáveis pela transmissão de vírus, principalmente (Carvalho, 2020, p. 15).

Na década de 70, Nahmias agrupou as infecções congênitas como também perinatais e as intitulou como “STORCH”, esse termo foi usado para facilitar o entendimento em relação aos principais patógenos com prevalência pré e perinatais identificados até o momento, como por exemplo: Citomegalovirus (CMV), Toxoplasma, vírus da rubéola, além do vírus da herpes simples, sífilis e varicela. No entanto, diferentes infecções, que por um longo período não havia estudos sobre as mesmas, ou apresentava uma baixa prevalência, obtiveram uma maior atenção, levando em conta incidências em recém-nascidos, sendo incorporadas ao O (outros): vírus da hepatite B e C, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e Zica vírus (Abuali & Domachowske, 2019).

2.2.1 Sífilis Congênita (SC)

Para Domingues e Leal (2016) a sífilis congênita é resultante da transmissão do *Treponema pallidum* da mãe para o feto via transplacentária.

Além de ser uma doença evitável, a sífilis congênita tem diagnóstico e tratamento de baixo custo e bem estabelecido (Brasil,2022).

Para Carvalho (2020)

A sífilis congênita pode se manifestar de forma assintomática em até 50% as crianças ao nascimento, podendo ser classificada em precoce ou tardia [...]. A sífilis congênita precoce se manifesta até o 2º ano de vida e é caracterizada por: lesões ósseas como periostite, hepatomegalia podendo ou não ser acompanhada de esplenomegalia, lesões cutâneas, alterações pulmonares, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada, além de estar relacionada à prematuridade e ao baixo peso ao nascer [...]. A Sífilis Congênita Tardia surge após o 2º ano de vida e tem como principais características alterações ósseas e articulares como a tibia em “Lâmina de Sabre”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (Carvalho, 2020, p. 17).

Vale ressaltar que aproximadamente 80% das mulheres infectadas pertencem a uma faixa etária reprodutiva, isso representa um aumento do risco no que tange a transmissão vertical da doença (Vidal & Mascarenhas, 2020).

No Brasil foram identificados aproximadamente 200 mil casos de sífilis congênita, em dez anos, que representa elevação do número de casos e grave situação de saúde pública.

2.3 Sífilis em Gestantes (SG)

A sífilis em gestante, ponto central do estudo, necessita de atenção, pois tem alta prevalência que aumenta o risco de transmissão vertical, trazendo consequências tanto para a mãe como para o bebê (Marques, Marques, Arcanjo & Parente, 2018).

A mulher, ao receber o diagnóstico, além dos incômodos relacionados aos riscos, sintomas e reações que a grávida pode sofrer, vivencia também o estigma em torno da doença. Assim, as dinâmicas entre os indivíduos, principalmente as de natureza econômica, de gênero ou étnicas, precisam ser investigadas e melhor compreendidas, pela sua interferência no controle e combate da doença.

Conforme Pinto, Basso, Barros e Gutierrez (2008), as relações sociais de

gênero entre homens e mulheres no modelo familiar moderno são fortemente influenciadas pelo paradigma da domesticidade feminina, consolidado pelo desenvolvimento urbano e pela industrialização. Este modelo traz a domesticidade e maternidade como parte da identidade feminina, que busca um ideal que sobrecarrega e responsabiliza a mulher pela dinâmica da esfera privada.

Essa discussão tem interface com o disposto por OSTOS (2012), que trata sobre a ocupação feminina nos espaços da esfera pública no Brasil das décadas de 1930 e 1940, quando se levantou fortemente o debate sobre a emancipação feminina e o Estado interveio reiterando a função da mulher como alicerce do lar, na configuração da sociedade.

Todo esse contexto demonstra o quanto a influência do patriarcalismo interfere na emancipação das mulheres enquanto pessoas independentes e em condições iguais às dos homens. Segundo Aguiar (2007), as hierarquias sociais se constroem através de classe, gênero e raça. Assim, além do poder do capital e do favorecimento maior por parte das classes dominantes em detrimento das classes sociais mais baixas, há também a questão da construção sociocultural que naturaliza o papel da mulher em determinadas atividades tidas como atribuições femininas, o que corrobora na subordinação das mesmas aos homens. Acrescenta-se ainda a questão de raça no caso de mulheres negras, que configuram boa parte das mulheres de classes mais baixas. Assim, mulheres pobres, principalmente negras, se encontram na base da pirâmide social, sendo os principais alvos de discriminação e as menos favorecidas dentro da sociedade.

Além desses fatores há a questão do tabu acerca da educação sexual e da discussão sobre o tema abertamente, mesmo dentro do âmbito familiar. Isso faz com que as mulheres não discorram sobre o tema com parceiros ou demais familiares, sendo também fruto da cultura e estrutura social baseada no modelo patriarcal; o que faz com que o tema seja visto como “vulgar” e “proibido”.

As questões apontadas repercutem na saúde sexual das mulheres e, no caso do diagnóstico de sífilis, gera desconforto e receio em notificar os parceiros, por medo de serem acusadas de traição ou responsabilizadas de alguma forma. Estas situações costumam ser recorrentes e dificultam a adesão das mulheres e seus parceiros ao tratamento correto.

Assim, faz-se necessário entender os fatores sociodemográficos e culturais e fatores históricos que podem interferir no diagnóstico, tratamento e aumento de riscos de adquirir sífilis em determinados grupos, em especial mulheres em situação de vulnerabilidade social.

2.4 Mulheres e a Luta pela Igualdade

Historicamente, há um domínio do poder por parte dos homens nas esferas política, profissional, social e afetivo-sexual, o que acarreta diferentes formas de opressão sobre as mulheres. Este poder é resultado de uma construção histórica pautada por diversos processos que moldam os papéis de homens e mulheres dentro da sociedade, e se interligam a outras dimensões, como luta de classe e sexualidade, que acentuam ainda mais essa opressão (Santos., & Oliveira, 2010).

A cultura ocidental, predominantemente cristã, contribui para o machismo e segregação política e social das mulheres, com preceitos, submissão feminina e restrição da mulher em espaços domésticos, excluindo-as do mercado de trabalho e dos espaços de decisões (Rosa, 2020).

Desde cedo meninas e meninos recebem diferentes estímulos, sendo as meninas com coisas voltadas ao cuidado e ao lar, e os meninos com brinquedos direcionados à aventura, construção e desenvolvimento intelectual, e ao longo do crescimento são alimentados com expectativas distintas e específicas entre os dois, como se a definição biológica do sexo ditasse as características de cada um, o que acaba por moldar a diferença social dos sexos (Vianna, 2014).

Importante entender o papel do patriarcado na sociedade, que é a base da estrutura opressora que garante poder e exploração dentro da configuração atual da sociedade. A construção social é pautada nos direitos iguais para todos, porém é clara a diferenciação de tratamentos e velhas desigualdades entre homens e mulheres, apesar de um avanço nas leis de combate a discriminações. (Barbosa, 2016).

Um olhar para a história das mulheres nos mostra que as lutas feministas eclodiram no Brasil na década de 1970, durante a militância política contra a ditadura militar e eram caracterizadas principalmente por mulheres de classe média e intelectualizadas que levavam o tema para a área acadêmica. O movimento

feminista surgiu por meio de uma minoria de mulheres brancas, de classes média e alta e com formação universitária, e não pela maioria silenciosa e silenciada de mulheres marginalizadas, impotentes e que sofriam maior opressão (Gomes, 2017).

Deste modo, os problemas abordados e mais combatidos diziam respeito a dificuldades específicas de uma pequena parcela de mulheres, enquanto a maioria sofria com impasses que estavam para além da luta de gênero, como a busca pelo sustento e a discriminação racial (Barbosa, 2016). Nesse contexto, não se pode considerar o movimento feminista como unificado, uma vez que ele por muitas vezes deixa de fora as desigualdades sociais e demonstra que as oportunidades e experiências variam conforme a pessoa.

Assim, não há como isolar a luta feminista das questões relacionadas a classe, cor e opção sexual, uma vez que estas intensificam a opressão e a torna mais complexa. A luta dos movimentos feministas segue avançando, em busca da igualdade de gênero e respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, porém, há um longo caminho a percorrer, pois ainda predomina na sociedade a cultura machista da mulher como submissa, o que ocorre também nas questões sexuais e raciais, e traz a responsabilização das mulheres em relação às questões sexuais e reprodutivas aumentando a sua vulnerabilidade (Bonneti., & Souza, 2011).

Além da luta das mulheres contra o patriarcado, há dentro do movimento a luta de camadas marginalizadas, como negras e mulheres de classe baixa. Numa sociedade em que cor e condição social financeira contam muito, não seria diferente no movimento, onde se observam muitas mulheres fazendo defesa de aspectos que dizem respeito exclusivamente ao feminismo branco (Rodrigues, 2019).

Enquanto a luta pelos direitos das mulheres não avançar para todas as camadas de mulheres, ainda haverá muitos problemas relacionado à desigualdade entre homens e mulheres. Não por acaso, são as mulheres negras e pobres as que mais sofrem com desigualdade social, racial e sexual (Bonneti., & Souza, 2011).

Com o avanço das ideias neoliberais, pautadas pelo interesse na manutenção e ampliação de desigualdades e na diminuição da esfera pública e conseqüentemente a menor intervenção do Estado dentro da esfera privada, deve-se atentar para a diminuição do amparo do poder público aos mais necessitados. Isso afeta negativamente os movimentos sociais, dentre eles o feminista, e reprime

os avanços da igualdade (Berner., & Melino, 2016).

Todo esse contexto demonstra interferência na emancipação das mulheres, enquanto pessoas independentes e em condições iguais às dos homens. A dinâmica social atual é marcada por três grandes movimentos sociais de maior relevância: (a) movimentos contra a violência; (b) movimentos feministas e (c) movimento dos direitos transgêneros. De maneira natural, essa dinâmica deve se refletir nos campos da ciência, da medicina e da saúde global, pois forçam a sociedade a lidar com questões de vulnerabilidade e diferentes realidades de poder oriunda das desequilibradas relações de gênero (Ballestrin, 2020).

As questões como gênero, saúde e sociedade têm normas restritivas que afetam toda uma população. Sua integração age como determinante de saúde para mulheres, homens e pessoas diversificadas em termos de gênero, e as desigualdades de gênero conduzem os grandes excessos de mortalidade a nível global (Couto, Junior & Maia, 2016). Segundo os autores, isso ocorre porque a desigualdade de gênero é transformada em risco para a saúde através dos seguintes valores discriminatórios: normas; crenças; práticas; exposições diferenciais; suscetibilidades a doenças; preconceitos nos sistemas de saúde e enviesamentos na investigação em saúde.

Narvaz e Koller (2006) enfatizam que ao longo dos anos a opressão de etnia, classe e gênero são perpetuadas em sociedades diversas, sustentando a discriminação de raça, classe e grupos minoritários. As autoras definem o feminismo como uma filosofia na qual homens e mulheres têm experiências de vida diferentes, demandando que sejam tratados como equivalentes e não como iguais.

A discriminação de gênero em qualquer um destes níveis afeta negativamente a saúde e a sociedade. Dessa forma, a igualdade de gênero continua a ser uma questão complexa em matéria de saúde e desenvolvimento social, de modo que a prática a define apenas como um termo amplamente utilizado e muitas vezes mal compreendido, confundido com o conceito de sexo, ou usado para referir apenas às mulheres, excluindo categoricamente pessoas transgênero e não-gênero-binário (Couto et al., 2016).

Em meio a esse contexto Tonani (2011) ressalta que houve nas últimas décadas o surgimento de novos formatos familiares que promoveram uma grande

transformação em relação ao papel do homem, assim como o da mulher na sociedade. Atualmente não só os homens são os provedores da família, ou seja, o indivíduo que irá sair para trabalhar e trazer o sustento, mas as mulheres também, e essa nova configuração de mundo quebrou diversos paradigmas que até recentemente não via na mulher esse potencial. Com esse novo formato, “os lares passaram a ser chefiados por mulheres, casais começaram a dividir compromissos e responsabilidades e, como resultado, a mulher se tornou cada vez mais participativa econômica e socialmente” (Silva., & Berrá, 2018, p. 169).

Ainda assim, a literatura demonstra que apesar das mulheres adquirirem alguns direitos e espaços no mercado de trabalho, é evidente que elas ainda não são valorizadas como os homens. As mulheres trabalham em condições de desigualdade, muitas vezes exercendo a mesma função e recebendo remunerações diferentes. Outro ponto que vale a pena salientar é o fato de o maior cargo de muitas empresas estarem sempre ocupados por homens, ao invés de mulheres. Correlacionando com a área da saúde, é observado que nessa área existe uma predominância de mulheres nas diversas áreas técnicas, mas os cargos mais altos das gestões estaduais e nacional geralmente tem como representantes médicos homens.

Outro ponto que representou a desigualdade entre homens e mulheres e teve grande destaque no início do século XX foi a questão do direito a voto para as mulheres. No Brasil esse direito foi assegurado em 1933, no início da Era Vargas, mas esse voto era restrito a mulheres casadas, autorizadas pelos maridos, e viúvas detentoras de bens. Assim, mais uma vez, as mulheres negras, pobres continuavam a margem da sociedade, pois não estavam incluídas no direito ao voto (Silva & Berrá, 2018).

2.5 Sexualidade como Tabu e Vulnerabilidade das Mulheres às ISTs

A palavra tabu tem origem na língua da polinésia (Tapu), onde seu significado está atribuído a diferentes termos dentre eles: especial, sagrado, proibido, como também perigoso ou pouco limpo. De maneira geral os tabus são criados pela própria sociedade por meio de padrões pré-estabelecidos e

tradicionais advindos de um contexto histórico, e depende da cultura de uma nação que pode apresentar diferenças (Amendoeira, 2021).

O tabu alimenta debates de assuntos polêmicos, em geral evitados pela sociedade, passando por tradições, religião, formas de viver, opção sexual, entre outros. Contudo, alguns valores e pensamentos não debatidos por ser um tabu podem mudar de acordo com a época e também a geração (Ribeiro., & Miranda, 2019).

Levando em conta esse contexto a sexualidade feminina no passado era vista apenas para reprodução e casamento. Rubin (2018) fala sobre a sexualidade humana, que está para além das características anatômicas e fisiológicas, num contexto biopsicossocial. Além do sexo como meio de reprodução, há fortes influências de elementos externos sociais e emocionais que embutiram nas crenças da sociedade que o sexo não poderia ser uma fonte de prazer para as mulheres, e essa crença foi sendo transmitida de geração a geração, tornando as mulheres completamente reprimidas quando se tratava de seu prazer sexual.

A repressão sexual é considerada até os dias atuais como um forte instrumento do exercício de poder dos homens sobre as mulheres, e a propagação da ideia de que a sexualidade é algo imoral e promíscuo, corrobora com o fortalecimento dos tabus existentes na sociedade (Witcel, 2020).

O entendimento da sexualidade como tabu resulta na falta de diálogo aberto sobre o tema, e também dificulta a adesão das mulheres às estratégias de controle e prevenção das doenças. Essa visão da sexualidade, dentro do contexto social da mulher, faz com elas se exponham mais à contaminação, muitas vezes com receio ou constrangimento para dialogar com o parceiro sobre o uso de preservativos e práticas sexuais seguras.

No caso de casais, esse uso é ainda menor, pois se a mulher solicitar o uso do preservativo pelo parceiro traz a ideia de que ela não confia nele, e essa atitude é considerada ofensiva para a masculinidade do homem (Souza, 2021). As mulheres vivem em condições de vulnerabilidade em virtude da submissão ao parceiro, e estes se expõem mais, por acreditarem serem fortes, imunes às doenças e terem a infidelidade como fato natural (Biroli., & Miguel, 2015).

Um grande aliado no combate às doenças e infecções sexualmente

transmissíveis é a educação sexual, que é culturalmente visto como algo ruim e incentivador do início precoce da vida sexual dos jovens.

Para Barbosa et al.(2020)

A educação sexual é essencial para que o adolescente perceba que dispõe de apoio dos adultos de referência (família, professores ou profissionais de saúde) para trocar informações corretas sobre o assunto e possam ter uma sexualidade saudável e livre de dúvidas e medos. O adolescente ao perceber que sua vida sexual está se iniciando tem a necessidade de desenvolver segurança para uma sexualidade saudável (Barbosa et al., 2020, p.2).

Figueiró (2020) aponta para a relação entre repressão sexual e relações de poder como instrumento necessário para manutenção do poder dentro da ordem social burguesa. Os temas relacionados à sexualidade são considerados tabus e conseqüentemente são pouco debatidos. Apesar de crescente, essas questões são pouco abordadas, e ainda são marcados pela repressão de uma sociedade patriarcal, estando a sexualidade relacionada a mais que o simples prazer, mas atrelada a uma tentativa de controle por parte de uma minoria detentora de poder.

Há também certo tabu quanto ao uso de preservativos. Por muitos anos associados à prostituição, ainda causam resistência, principalmente por parte dos homens, o que se intensifica em relacionamentos monogâmicos e estáveis, que passam a exigir uma confiança por parte dos envolvidos. Por questões socioculturais já explanadas, há uma crença masculina de imunidade a doenças e à normalização da sua infidelidade. Do outro lado, a mulher, vulnerável e submissa, cede, o que aumenta a propagação das doenças sexualmente transmissíveis (Cavalcante et al., 2012).

Garcia e Souza (2010) também discorrem sobre o recorrente não uso de preservativos pelos homens, em um estudo sobre HIV. Os principais motivos apontados pelos autores são a descrença quanto aos riscos de contaminação por meio de relações sexuais desprotegidas, incômodo no uso do preservativo e questões relacionadas à masculinidade. Quanto às parceiras, a principal preocupação, que as faz ceder às relações sexuais desprotegidas é a dependência emocional ao parceiro, que traz insegurança e medo de perde-lo caso os contrarie.

Ambos relatam também a diminuição do prazer com o uso dos preservativos, o que, aliado aos outros fatores, faz com que o número de casais que se relacionam sexualmente de maneira desprotegida seja alto (Cabral, 2022).

A resistência quanto ao uso de preservativos é menor entre as mulheres, porém a prática da relação sexual é em sua maioria determinada pelo parceiro de sexo masculino que dita frequência e ritmo. A rejeição ao uso de preservativos, muitas vezes não é contestada pela mulher, por medo de perder o parceiro, de sofrer violência, e de serem questionadas por eles sobre desconfiança e infidelidade. Estas questões se agravam quando se tratam de pessoas com menor escolaridade e renda (Costa, Demarch, Azulay, Perissé & Nery, 2010).

Nesse contexto, a formação e constituição da rede sexual de cada paciente são fundamentais para a propagação de infecções sexualmente transmitidas (IST). Assim, o contexto social se torna uma influência importante no comportamento das mulheres, incluindo seus comportamentos sexuais e a formação das redes de seus parceiros (Crooks, Frazier & Wise, 2020).

Esta influência é particularmente relevante para a transmissão de IST, que são inerentemente sociais e, portanto, deve ser conferida e abordada sem estigmas ou preconceitos. Sabe-se que acessar a rede sexual de um paciente (seja homem ou mulher) é uma estratégia de baixa adesão clínica, justamente pela construção social de padrões e convenções impostas (Crooks et al., 2020).

Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde pública se dediquem com mais atenção ao papel de redes sexuais na epidemiologia das IST, sabendo que o grau de conectividade das redes sexuais também afeta a probabilidade de transmissão através de redes em toda a população (Pinto et al., 2008).

A infecção é muito menos susceptível de se propagar numa população composta por indivíduos em tríades sem ligação – cada indivíduo com dois parceiros - do que numa população composta por indivíduos com dois parceiros dentro de uma rede completamente ligada. Os grandes exemplos dessa realidade são os fatos que um indivíduo suscetível, que tenha um parceiro numa rede de alto risco e um parceiro numa rede de baixo risco, terá provavelmente um maior impacto na introdução da infecção à população de baixo risco, do que um indivíduo que

tenha numerosos parceiros que estão todos em baixo risco de infecção (Crooks et al., 2020).

2.6 Interseccionalidade e Violência contra a Mulher

Os autores concordam que a violência contra a mulher se caracteriza como uma violência de gênero (Fontana & Santos, 2001)

A Organização das Nações Unidas define a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada" (ONU, 2000).

A violência contra as mulheres vem crescendo com o passar dos anos e se apresenta de várias formas: violência física; sexual e emocional. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA] (2019), uma mulher é assassinada a cada duas horas no Brasil e 68% das vítimas são negras.

A histórias de mulheres que são infelizes nos relacionamentos, traumatizadas por uma relação anterior e não conseguem refazer suas vidas após sair de um relacionamento abusivo, crianças que são abusadas por familiares próximos, são relatos frequentes nos livros, consultórios de psicologia, noticiários dentre outros meios. Na área da saúde, dia a dia histórias sobre violência obstétrica, mortes maternas e infantis por causas evitáveis, mulheres que usam medicamentos para abortarem em casa, pois o aborto ainda não é legalizado no Brasil.

Essa realidade traz a reflexão sobre como os fatores históricos, econômicos e raciais interferem na conformação social colocando as mulheres negras no lugar de inferioridade dentro da sociedade. É importante também analisar como essa mesma história correlaciona a branquitude como uma posição social de privilégio. Entender a influência do período colonial na história de vulnerabilidade das mulheres negras e sobre a dinâmica da sociedade até os dias atuais ajudam a refletir sobre o que tem sido feito para modificar essa condição de desigualdade no Brasil (Carula, 2012).

O Brasil foi o último país do ocidente a declarar abolida a escravidão, sendo o maior importador de escravos no mundo. Nessa época as mulheres negras, escravas, eram totalmente desrespeitadas, desde o momento em que seus corpos eram colocados à venda no mercado de escravos, pois os senhores analisavam a mulher, associando os quadris largos ao objetivo que eles desejavam que seria utilizar essas mulheres como reprodutoras, para aumentar o número de escravos sob o domínio deles. Além disso, essas mulheres, assim como os homens, eram transportadas nos navios negreiros em condições desumanas, insalubres e mais uma vez tratadas como objetos e não como seres humanos, demonstrando o quanto a supremacia branca e a história são cruéis com a população negra (Carula, 2012).

No Brasil, essas escravas eram colocadas em criatórios que eram espaços destinados ao estupro dessas mulheres para que elas gestassem um filho após o outro para aumentar o “rebanho” de escravos dos senhores. Em toda sua história as mulheres negras são violentadas por causa de seu gênero e sua raça, mostrando o quanto essas duas variáveis são fatores que geram desigualdade no Brasil. Quando se trata de violência contra as mulheres (violência obstétrica, mortalidade materna, violência sexual, feminicídio, violência doméstica e familiar) percebe-se que mulheres negras são as maiores vítimas (Loner, Gill & Scheer, 2012).

A histórias das mulheres negras, desde a época das amas de leite, passando pelas mulatas do carnaval e empregadas domésticas, evidenciam o quanto o racismo e o sexismo se interseccionam para causar vulnerabilidade contra corpos negros femininos (Gonzales, 1984).

Quando se trata da população negra, em todos os estados do Brasil, pessoas negras vivem menos que pessoas brancas, ou seja, a raça é um fator determinante do nascimento até a morte.

A intensa concentração de um viés racial entre as mortes violentas ocorridas no Brasil não constituiu uma novidade ou mesmo um fenômeno recente. Pelo menos desde a década de 1980, quando as taxas de homicídios começam a crescer

no país, vê-se também crescer os homicídios entre a população negra, especialmente na sua parcela mais jovem.

Em 2019, os negros (soma dos pretos e pardos da classificação do IBGE) representaram 77% das vítimas de homicídios, com uma taxa de homicídios por 100 mil habitantes de 29,2 (IPEA,2019).

Esse contexto mostra o quanto os fatores raça, gênero e classe social se interseccionam para gerar situação de vulnerabilidade entre as pessoas. A interseccionalidade é definida como sendo uma categoria teórica que focaliza múltiplos sistemas de opressão, visando o entendimento de forma mais completa do fenômeno de empoderamento/desempoderamento, ou de produção de igualdade e desigualdade (Crenshaw, 2002). Coolins e Bilge (2016) corrobora com esse pensamento pois afirma que o uso da interseccionalidade como uma ferramenta analítica permite compreender a complexidade da realidade quando se trata de desigualdade social e organização de poder em uma sociedade. O lugar reservado para a mulher negra, na sociedade do século XXI, tem muita correlação com esse lugar historicamente estabelecido

2.7 Sífilis em Gestante no Brasil

Na gestação, a sífilis pode causar abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. Quando as mulheres com sífilis ficam gestantes, existe um risco de que 40% das gestações resultem em aborto espontâneo (Macêdo et al.,2020).

Apesar da descoberta da cura no final dos anos 1930, a sífilis ainda representa um sério problema de saúde pública mundial, em virtude do elevado número de ocorrências, principalmente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Mesmo em países desenvolvidos, a doença tem mantido valores de prevalência acima do esperado, principalmente na última década. Importante ressaltar que a OPAS e OMS preconizam que as taxas aceitáveis de sífilis congênita correspondem a 0,5/1000 nascidos vivos (Brasil, 2022).

Segundo Boletim Epidemiológico 2021, o Brasil taxa de sífilis em gestantes de 21,6/1000 nascidos vivos, e taxa de 7,7 de sífilis congênita por nascidos vivos.

A maioria dos casos registrados no Brasil são consequências de fragilidade na assistência ao pré-natal, pois o diagnóstico e o tratamento das gestante estão disponíveis nas unidades básicas de saúde (Brasil, 2021b; Figueiredo, Figueiredo, Tavares & Viana, 2020).

É fundamental que os municípios organizem seus sistemas de saúde pensando desde a prevenção, diagnóstico, atéo tratamento e acompanhamento dos pacientes, ou seja, pensando na integralidade do cuidado, e, portanto, na organização do sistema em rede (Brasil, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção na Rede, e funciona como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, pois é a principal porta de entrada da rede, por estar mais próximo da população e tem a responsabilidade deacompanhar o caminhar do paciente dentro da rede orientando e cuidando para que ele tenha atendimento de forma integral (Brasil, 2017).

A política nacional de resposta à sífilis está consubstanciada nas diretrizes e normas técnicas que embasam as ações de vigilância, prevenção e controle das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais e, formalmente, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), por intermédio do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Doenças Sexualmente Transmissíveis, é a instância responsável por sua implementação em conjunto com outras ações programáticas desenvolvidas pelos estados e os municípios, em conformidades com as orientações do SUS (Brasil, 2015).

O primeiro instrumento normativo do Ministério da Saúde foi a publicação, em1986, da Portaria nº 542, publicada no DOU de 22 de dezembro de 1986, que tratou da definição de caso de sífilis congênita para efeito de vigilância epidemiológica. Em 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 33/SVS, de 14 de julho de 2005, que torna a sífilis na gestação de notificação compulsória na rede de serviços de saúde (Brasil, 1986 & Brasil, 2005).

A partir de 1998, passou a ser obrigatória, através da Portaria Ministerial nº 1882, de18 de dezembro de 1997, a alimentação regular, de forma descentralizada, da base de dados nacional do Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN), pelos municípios, estados e Distrito Federal (Brasil, 1997). Os agravos de notificação compulsória a serem lançados no SINAN estão relacionados na Portaria

nº 5, de 21 de fevereiro de 2006 (Substituída pela Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, porém cada estado ou município pode acrescentar outros agravos conforme o perfil epidemiológico local, visando manter os princípios da vigilância epidemiológica (Brasil, 2010).

Existe uma ficha de notificação específica para casos de sífilis em gestante (ANEXO I), disponível no SINAN, composta por 44 (quarenta e quatro campos) que trazem dados sociodemográficos sobre a gestante, além de informações sobre o momento e local do diagnóstico da sífilis, data da notificação, tratamento, tratamento do parceiro, dentre outros (Brasil, 2017).

Além disso, a ficha traz na sua parte superior a definição de caso de sífilis em gestante conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro 2 – Definição de casos para notificação de casos de sífilis em gestantes

Situação 1	Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio.
Situação 2	Mulher sintomática ^b a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação.
Situação 3	Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou opuerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Fonte: (Brasil, 2017, p. 2).

Além da ficha para notificação da sífilis em gestante, existe também uma ficha para notificação de sífilis congênita (Anexo II) com 66 campos e que contem, também na sua parte superior, a definição de caso de sífilis congênita, apresentada no quadro a seguir.

Quadro 3 – Definição de caso para notificação de casos de sífilis congênita

<p>Situação 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada • Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3). • Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios será consideradas como tratadas de forma não adequada. • Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.
<p>Situação 2</p>	<p>Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestação clínica, liquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; • Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; • Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta⁹; • Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; • Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. <p>Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.</p> <p>Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.</p>

Situação 3	<ul style="list-style-type: none"> • Evidência microbiológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. • Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).
---------------	--

Fonte: (Brasil, 2017, p. 3).

A definição de caso é importante para orientar os profissionais de saúde dos municípios e estados sobre as situações que são consideradas casos de sífilis e que devem, obrigatoriamente, serem notificados para gerar as informações e definir qual melhor decisão deve ser tomada pela gestão.

O diagnóstico da sífilis em gestante pode ser realizado através da realização dos testes treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, EQL, Elisa, testes rápidos) e não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST) (Brasil, 2022).

Nas unidades que dispõem de teste rápido para o diagnóstico de sífilis, o mesmo deverá ser realizado imediatamente após o diagnóstico da gestação. Nas unidades que não dispõem de teste rápido, a coleta da amostra sanguínea deverá ser encaminhada para o laboratório de referência (Vidal & Mascarenhas, 2020).

Além disso, o PCDT/IST 2022 recomenda que as unidades devem dispor da penicilina benzatina para iniciar o tratamento da gestante, mediante teste rápido reagente, e também recomenda coleta de sangue para realização do teste não treponêmico para seguimento da gestante (Brasil, 2022).

A literatura demonstra que quando o tratamento não é realizado de forma adequada, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, e 20% dos recém-nascidos que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (Santos & Morrioni, 2021).

Nesse contexto, o monitoramento da gestante com sífilis é de fundamental importância. Os profissionais da saúde que estão na linha de frente desempenham um papel muito importante, pois é por meio deles que dados são recolhidos, buscando entender o estágio da doença, onde os mesmos podem fazer uma orientação sobre o tipo de tratamento a ser seguido, bem como para o parceiro da paciente. Essa participação profissional colabora de forma significativa para o controle e tratamento da sífilis no Brasil (Oliveira, 2021).

3. Questões de Partida

- ✓ As gestantes são captadas no primeiro trimestre da gestação?
- ✓ As gestantes foram tratadas durante o pré-natal?
- ✓ Qual o perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis no Brasil?
- ✓ Qual o sentimento das mulheres gestantes ao receberem um diagnóstico de sífilis?
- ✓ Quais as repercussões da revelação desse diagnóstico ao parceiro sexual?
- ✓ A gestantes se sentem acolhidas nos serviços de saúde?

4. Hipótese

A condição sócio econômica das mulheres, influenciada por fatores históricos, dificultam acesso a informações, diagnóstico e tratamento da gestantes com sífilis e a colocam em condições de vulnerabilidade em relação ao parceiro

5. Objetivos

5.1 Objetivo Geral

Elaborar uma análise descritiva do banco de dados de sífilis em gestante no Brasil, correlacionando os dados de sífilis congênita e sífilis em gestantes com o perfil sócio demográfico das gestantes, no período de 2010 a 2020, visando identificar fatores para qualificação da assistência dessas pacientes.

5.2 Objetivos Específicos

- Verificar se a prevalência da sífilis está associada à raça da gestante;
- Entender como o patriarcado influencia o comportamento sexual das mulheres;
- Verificar se existe diferença entre perfil demográfico das gestantes nas cinco regiões do país;
- Identificar se o nível de escolaridade e idade das gestantes tem impacto na

incidência de sífilis congênita.

5.3 Justificativa

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que acomete milhares de pessoas em todo o mundo, e por não apresentar sintomas na maioria das fases, exige atenção especial, principalmente entre as mulheres, pois nelas a lesão da fase primária surge em locais de difícil visibilidade. Durante a gestação essa condição gera ainda maior preocupação pelo fato da mãe ser uma possível transmissora da bactéria para o feto (Carvalho, 2020).

O fato de não apresentar sintomas dificulta o diagnóstico, pois as mulheres não procuram o serviço de saúde. Além disso, as mulheres ainda enfrentam inúmeros preconceitos, pois essa doença traz uma trajetória histórica marcada por uma grande discriminação, considerando que a sífilis veio num contexto de uma sociedade machista que imputava às mulheres, valores de pureza e castidade, como ideais. Assim, a doença era vista como destruidora de famílias, em que os homens a adquiriam de prostitutas (Mello, 2016).

Esse trabalho irá mensurar os dados sociodemográficos no Brasil, referente aos casos de sífilis em gestantes. Entender como a história das mulheres, marcada pela desigualdade de classe, gênero e raça interfere no comportamento dessas mulheres e no aumento dos casos de sífilis é de fundamental importância para a elaboração de políticas públicas para o enfrentamento dessa doença.

6. Metodologia

6.1 Enquadramento Metodológico

Segundo Gil (2008), o método científico pode ser entendido como o caminho para se chegar à verdade em ciência ou como o conjunto de procedimentos que ordenam o pensamento e esclarecem acerca dos meios adequados para se chegar ao conhecimento. Nessa mesma linha Fachin (2010, p. 27), ressalta que o método

“é a escolha de procedimentos sistemáticos para descrição e explicação do estudo”.

6.2 Tipo de Pesquisa

Após a definição dos objetivos e questões de partida do estudo, optou-se pela realização de uma pesquisa descritiva de abordagem quanti-qualitativa, utilizando fonte de dados secundários que possibilitou a correlação entre os casos de sífilis congênita e sífilis em gestantes com o perfil sócio demográfico das gestantes no Brasil, no período de 2010 a 2020, visando identificar fatores para qualificação da assistência dessas pacientes.

No Brasil, a sífilis é uma doença de notificação compulsória, ou seja, é de comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal. A notificação é realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – *SINAN*, baseada em uma ficha de notificação, de forma descentralizada, pois todos os estados e municípios do Brasil, têm acesso a esse sistema, que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2017).

A alimentação desse sistema gera um banco de dados que possibilita diversas análises, pois fornece desde informações pessoais, sociodemográficas até detalhamento sobre aspectos clínicos, epidemiológicos e tratamento dos pacientes. Nesse banco de dados cada linha refere aos dados de um paciente, enquanto as colunas trazem os dados de cada campo da ficha de notificação. O ministério da Saúde publiciza esses dados de forma não nominal preservando dessa forma o anonimato dos indivíduos.

Assim, para a realização deste estudo, foi elaborada uma análise descritiva dessas fontes de dados secundários que são os bancos de dados de sífilis em gestante e sífilis congênita notificados no Brasil, no período de 2010 a 2020, possibilitando dessa forma uma abordagem quali-quantitativa.

Knechtel (2014) define pesquisa quali-quantitativa como: “interpretar as informações quantitativas por meio de símbolos numéricos e os dados qualitativos

mediante a observação, a interação participativa do discurso dos sujeitos (semântica)”.

Já em relação a abordagem quantitativa Campos (2008) entende que é aquela que usa a quantificação no tratamento dos dados e informações estatísticas, avaliando os resultados, ou seja, convertendo em dados estatísticos o que foi analisado.

Diante desse contexto, tendo como base a importância de ambos enfoques, os resultados alcançados irão oferecer sustentabilidade a pesquisa, sobretudo na forma como o poder público lida com a sífilis no cenário atual, ampliando esse prisma para a luta das mulheres pela igualdade de gênero, a sexualidade como tabu e a vulnerabilidade das mulheres às IST.

No que refere à pesquisa descritiva, segundo Vergara (2000):

Expõe características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação e a forma de investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado (VERGARA, 2000, p. 47).

Conforme Gil (2008) o objetivo da pesquisa descritiva consiste em relatar as características de uma população, um fato ou experiência ou e estabelecer relações entre variáveis. Assim, acredita-se que será possível compreender de maneira mais assertiva a respeito da sífilis bem como seu impacto para as mulheres gestantes.

6.3 A definição dos participantes

Foram estudadas as 400 mil gestantes do Brasil que foram notificadas com sífilis, no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2010 a 2020. Não foi realizado cálculo amostral, pois foram estudadas todas as gestantes notificadas com sífilis constantes no banco.

6.4 Coleta de Dados

Inicialmente, foram feitas buscas em diferentes portais eletrônicos por trabalhos recentes entre (2010 e 2022) em relação ao tema. Com isso, utilizou-se dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), que contempla as revistas da base *Scielo* e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), via PubMed.

Buscando promover maior entendimento da pesquisa envolvendo Interrelação entre sífilis em gestantes e perfil sociodemográfico no Brasil, no período de 2010 a 2020, usou-se palavras chaves, tais como: Sífilis. Sífilis em gestante. Sífilis congênita. Desigualdade na saúde. perfil sociodemográfico no Brasil.

Para o levantamento de dados, no que tange o estudo em questão, foi feito através de avaliação de dados secundários coletados do banco de dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de sífilis em gestante no Brasil, no período de 2010 a 2020, visando identificar diferentes perfis sócio demográficos das gestantes com sífilis no Brasil, nas cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Além disso, foi avaliado se a gestante foi diagnosticada durante o pré-natal e se ela foi tratada adequadamente.

Entender essas questões é de extrema relevância para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas para a qualificação da assistência às gestantes durante o pré-natal, evitando desfechos como a sífilis congênita.

6.5 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos. Após a análise, os dados foram tabulados e as informações analisadas à luz das teorias relacionadas ao tema: Interrelação entre sífilis em gestantes e perfil sociodemográfico no Brasil, no período de 2010 a 2020. Dessa forma, foi possível promover um maior entendimento, por meio de análises e comparações envolvendo inúmeros trabalhos encontrados, através da leitura.

Os casos de sífilis em gestantes notificados no SINAN foram incluídos numa planilha do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc.), para Windows, versão 20.0, Chicago, IL, USA, para a análise estatística, sendo realizada uma análise descritiva para as variáveis qualitativas e quantitativas. As diferenças estatísticas do número de casos anual entre os tipos de sífilis (gestacional e congênita), quando contínuas, foram obtidos por teste t independente e Kruskal Wallis seguida por Student Newman-Keuls. Além disso, foram utilizados os testes de Qui-quadrado ou exato de Fisher. Este último utilizado quando a frequência esperada for inferior a 5. Neste sentido, foram calculados os Odds Ratio com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), sendo considerado 5% o nível de significância final.

7 Análise dos Resultados e Discussão

7.1 Análise Descritiva do Banco de Dados de Sífilis em Gestantese Sífilis Congênita no Brasil, no período de 2010 a 2020

A sífilis em gestante pode ser tratada e curada, evitando que ocorra a transmissão vertical. Ainda assim, no Brasil, nos últimos anos a incidência de sífilis em gestante, congênita e adquirida apresentou aumento expressivo. Enquanto existir sífilis na população em geral, de forma crescente a probabilidade de a gestante ter sífilis aumenta e conseqüente a de sífilis congênita também. Por isso, é de extrema importância que as mulheres sejam diagnosticadas e tratadas precocemente. Além disso, é necessário que as gestantes conheçam a doença e suas conseqüências, e principalmente as formas de transmissão e prevenção.

A avaliação do banco de dados das notificações de casos de sífilis em gestantes e congênitas, no período de 2010 a 2020, ao qual esse trabalho se propõe, possibilita o conhecimento da situação epidemiológica da sífilis em gestantes e congênita no Brasil, correlacionando os dados com o perfil sócio demográfico das gestantes, visando identificar fatores para qualificação da

assistência a essas pacientes.

A vigilância da sífilis em gestante tem como objetivo conhecer o estado sorológico dessa população, para início oportuno da terapêutica materna. A notificação e vigilância da sífilis na gestação são feitas no SINAN e são imprescindíveis para fornecer informações que orientarão os gestores dos estados, municípios e Ministério da Saúde na elaboração de estratégias para enfrentamento da epidemia de sífilis, e, portanto, são essenciais para nortear a tomada de decisão para melhoria da situação da sífilis no Brasil. Os dados ficam disponíveis no site do ministério da saúde, e nos boletins epidemiológicos para consulta pública.

A análise do banco de dados do SINAN mostra que os números de casos de sífilis em gestante, congênita e adquirida tem aumentado nos últimos anos, gerando uma situação de alerta para a saúde pública, pois a sífilis quando não tratada acomete praticamente todos os órgãos e sistemas

A figura 1 mostra a situação epidemiológica da sífilis no Brasil, no período de 2010 a 2020. Na análise dos dados da sífilis adquirida percebe-se um aumento das notificações a partir do ano de 2010, que coincide com o momento que passou a ser de notificação compulsória. O aumento crescente da identificação da sífilis adquirida demonstra um trabalho importante da vigilância epidemiológica junto às unidades assistenciais para ficarem atentas ao diagnóstico e notificação de todos os casos. A disponibilização do teste rápido de sífilis nas unidades básicas de saúde amplia o acesso ao diagnóstico, desde que a equipe esteja atenta e organizada para introduzir em seu processo de trabalho a oferta do teste para os indivíduos que buscam o serviço.

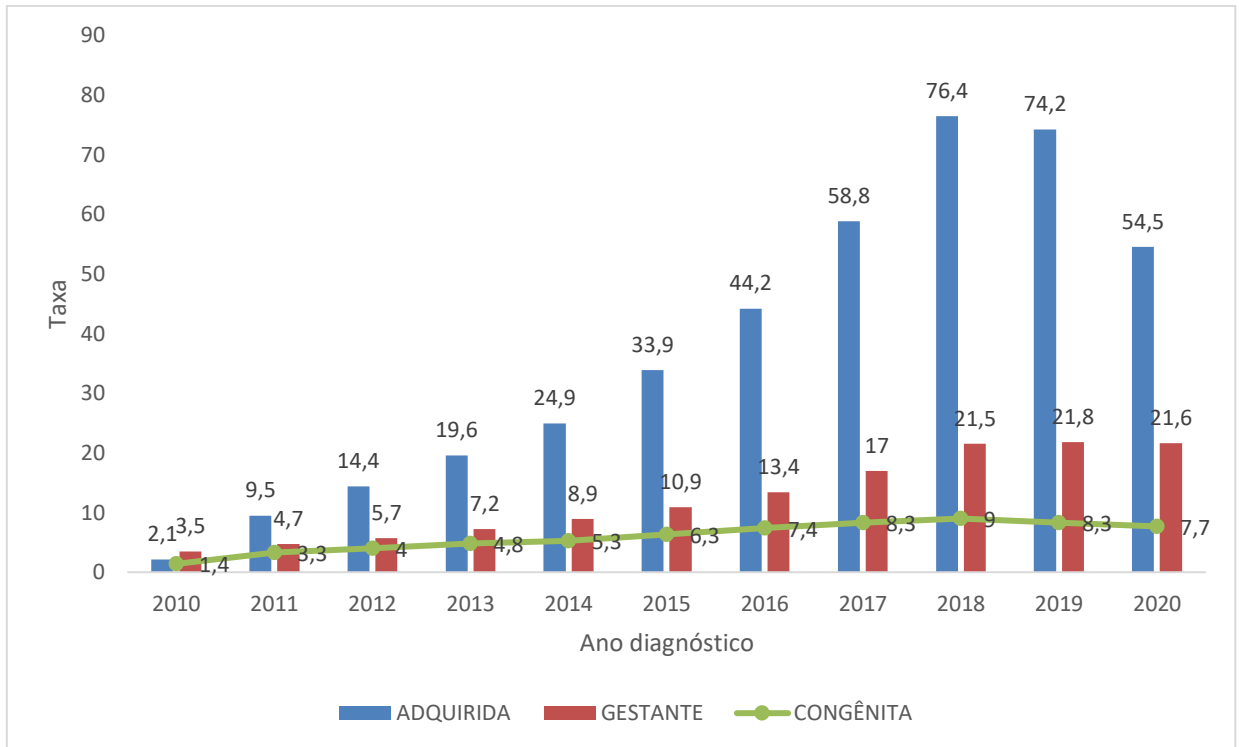


Figura 1 Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.

Fonte: MS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação, (2021)

Quando se observa a sífilis em gestante, nota-se um aumento extremamente acelerado, principalmente a partir de 2012, que pode ser associado ao início da implantação do programa da rede cegonha, que visava aprimorar as ações da saúde materna e infantil, e também previa e disponibilização do teste rápido no pré-natal em todas as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012).

Segundo Vasconcelos et al (2016) apesar do diagnóstico da sífilis em gestantes ter aumentado, a maioria dos casos são detectados tardiamente tendo como consequência o aumento dos casos de sífilis congênita. É importante diagnosticar e tratar oportunamente a gestante para que a sífilis congênita seja eliminada (Tiago, 2017). A OPAS e OMS preconizam como as taxas aceitáveis de sífilis congênita 0,5/1000 nascidos vivos, e o Brasil encontra-se com a taxa de 7,7 para cada 1000 nascidos vivos (Figura1), em 2020 bem distante do que é recomendado pelos organismos internacionais, evidenciando falha na assistência a gestante durante o pré-natal e um grave problema de saúde pública.

É importante tratar a população geral, pois enquanto existir sífilis adquirida, a probabilidade de sífilis em gestante e congênita continuará existindo. Não é possível eliminar a sífilis congênita trabalhando apenas pensando no diagnóstico e tratamento de gestantes com sífilis.

A figura 2 demonstra a taxa de detecção de sífilis em gestantes no Brasil, no período de 2011 a 2020, mostrando aumento da detecção da taxa até o ano de 2018. A partir desse ano a taxa de detecção apresenta uma desaceleração do crescimento, que merece um olhar cuidadoso, pois não é possível afirmar, a partir desse dado, que a sífilis em gestante está diminuindo, e sim que pode estar havendo fragilidade no diagnóstico e notificação desses casos. Isso demonstra a importância do monitoramento e avaliação das informações pelos profissionais de saúde dos diversos pontos de atenção de forma rotineira (DIAS et al, 2019).

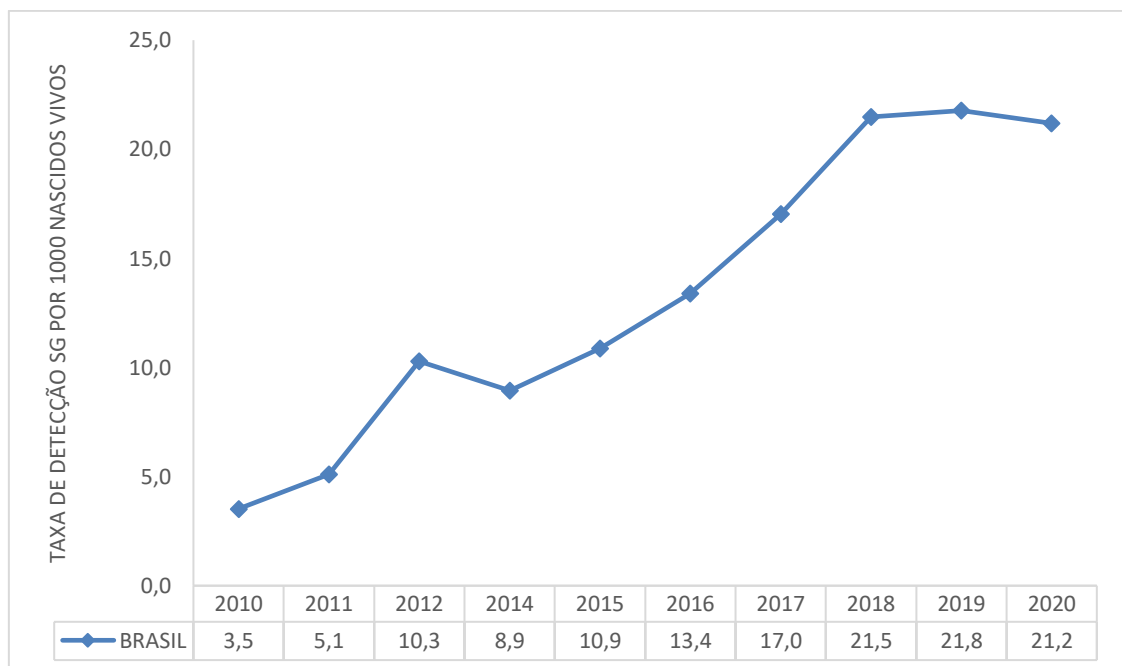


Figura 2 Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2020.

Fonte: MS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação, (2021)

Quando desagrega o dado por região de saúde, conforme figura 3, percebe-se maior detecção de gestantes na região Sudeste na maioria dos anos da série histórica, e a partir de 2018, uma estabilização, ou um decréscimo da taxa de detecção nas demais regiões. Observa-se também que entre os anos de 2012 e 2014 houve um decréscimo nos dados, coincidindo com o período em que houve desabastecimento de penicilina, por escassez do insumo em todo o mundo. Apesar da penicilina ser o medicamento para o tratamento, percebe-se pelo dado que sua falta interferiu também no diagnóstico.

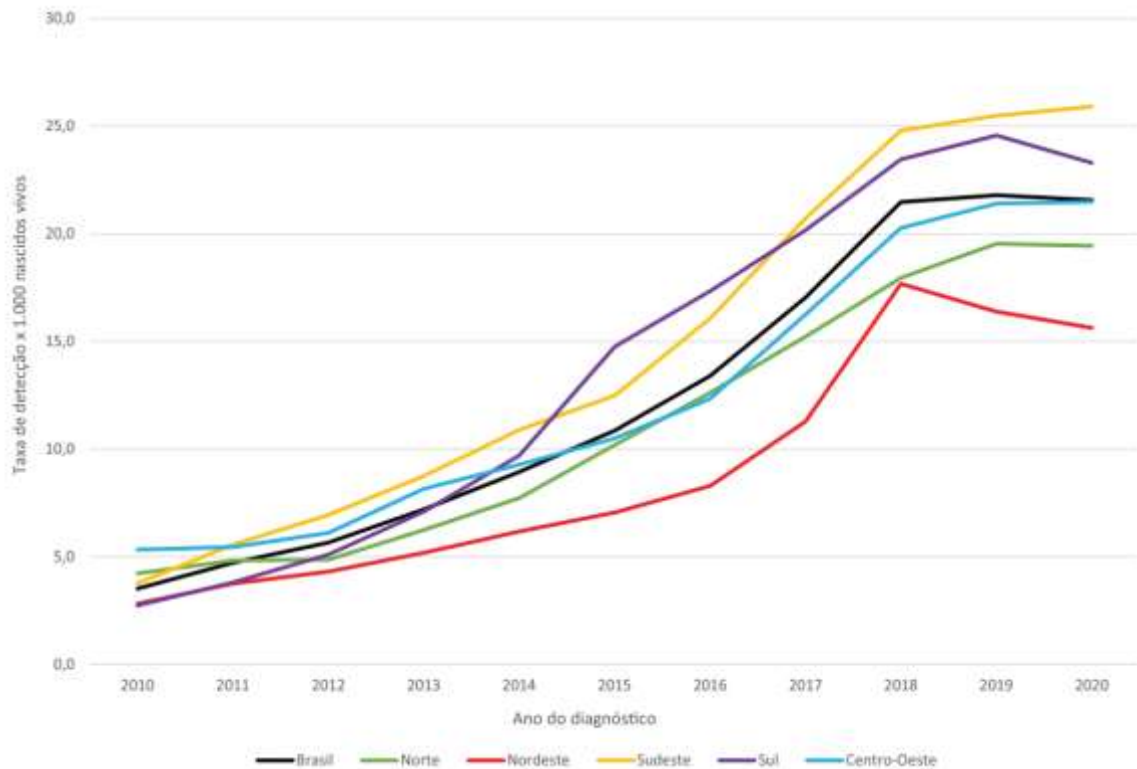


Figura 3 Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.

Fonte: MS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação, (2021)

Observando o perfil de escolaridade dessas gestantes com sífilis, em 2020, 27% dos casos não tinham informado a escolaridade. Entre os casos informados, 3% tinham 1ª a 4ª série incompleta, 16% - 1ª a 5ª série incompleta, 23% possuíam o ensino médio completo, 10% possuíam o fundamental completo e 0,6% eram

analfabetos. E por fim, 2% apresentavam superior incompleto e 1% superior completo (figura 4).

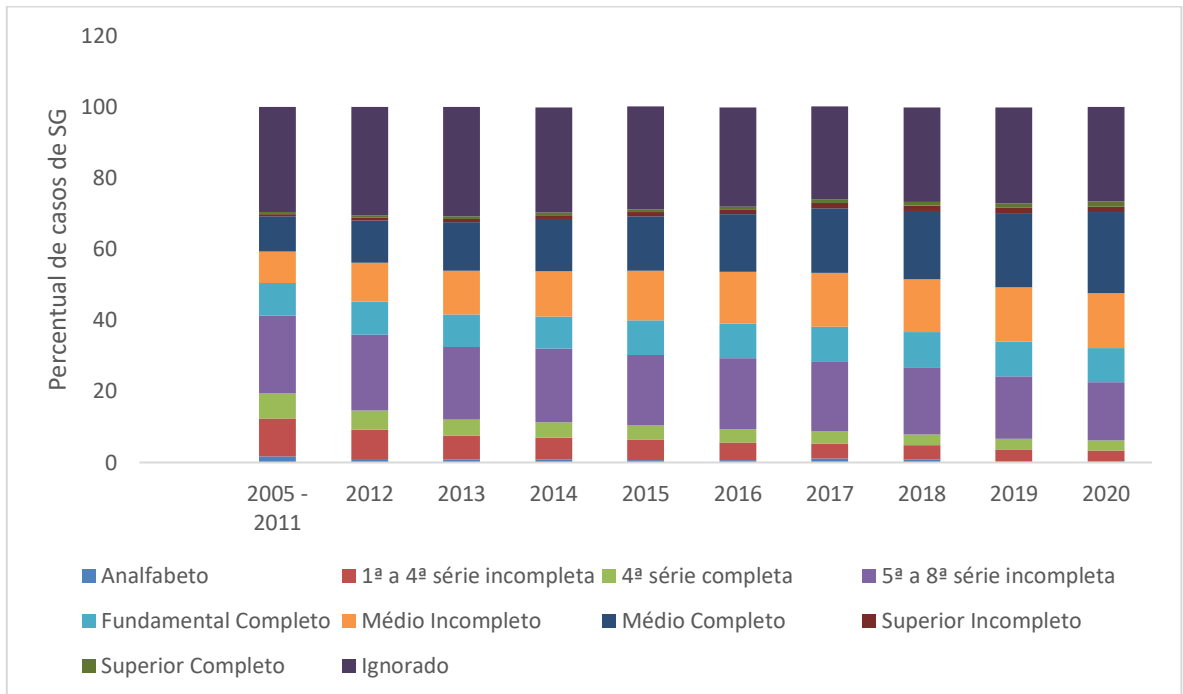


Figura 4 Figura 2 Distribuição Percentual de casos de Sífilis em Gestantes por Escolaridade da mãe, Brasil, 2005 a 2020.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2021)

O critério raça/cor (figura 5) demonstra que em 2020, 52,3% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 27,5% brancas e 12,3% pretas. Houve aprimoramento no preenchimento dessa variável, cuja proporção de “ignorados” passou de 9,5% em 2012 para 6,4% em 2020, as ainda está distante do ideal (Brasil, 2021).

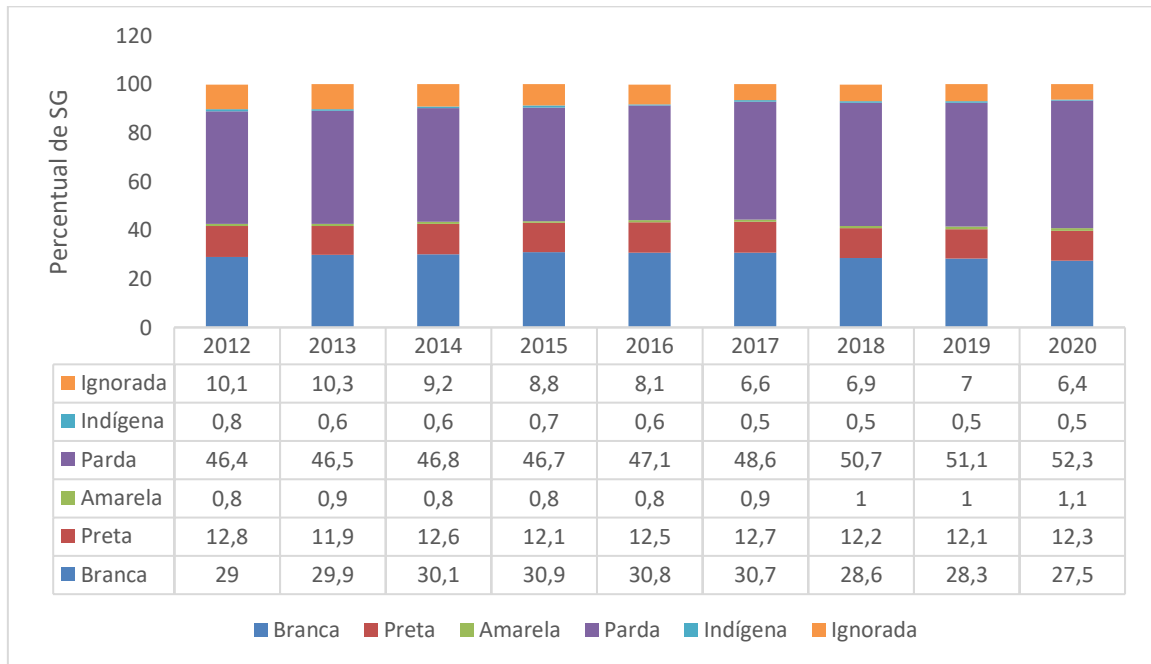


Figura 5 Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2021.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2021)

Souza e Benito (2016), corroboram com esses dados, enfatizando que a maior incidência de sífilis em gestantes acontece entre as mulheres com baixo nível de escolaridade. Viellas et al. (2014) em conjunto com outros autores ratificam os dados apresentados referentes à escolaridade e populações mais atingidas, quando afirma que as dificuldades das barreiras de acesso oportuno ao pré-natal são maiores para as populações mais vulneráveis e de menor escolaridade (Domingues et al., 2013 & Melo et al., 2011).

A figura 6 mostra que entre 2010 e 2020, a maior parte dos casos ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 15 a 19 anos. Considerando o ano de 2020, observou-se que 56% das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 23% na de 15 a 19 anos e 17% na de 30 a 39 anos.

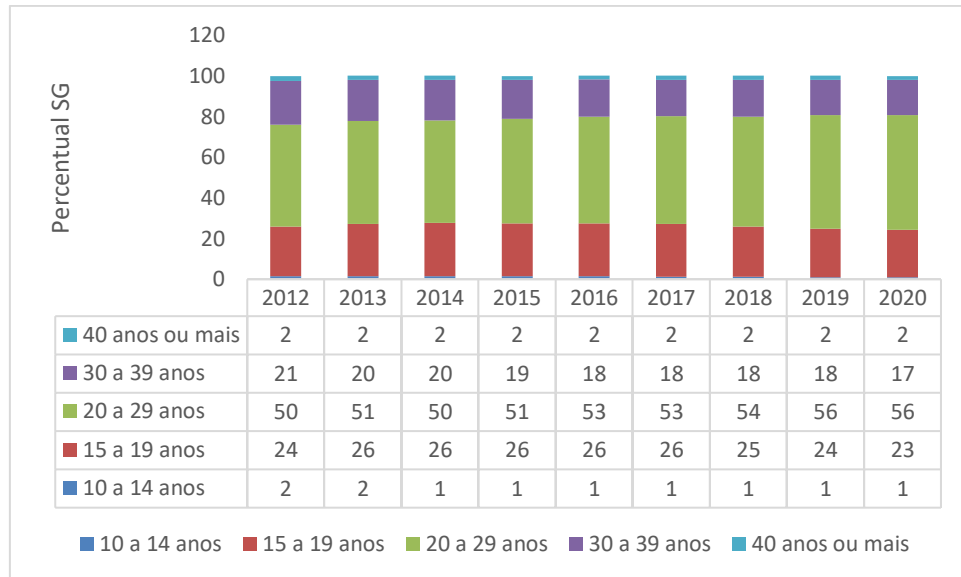


Figura 6 Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2020.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2021)

Comparando esse dado com os das figuras 3 e 4 é possível afirmar que essas mulheres possuem baixa escolaridade e são pardas ou negras, ratificando a maior prevalência de SG em mulheres jovens, pobres e negras, refletindo mais uma vez o quanto a desigualdade social influencia no maior número de casos de SG. Isso deixa claro a necessidade da abordagem sobre saúde sexual e reprodutiva com as adolescentes e adultas jovens de todas, com atenção especial para as populações mais vulneráveis.

A figura 7 apresenta a distribuição percentual de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, segundo faixa etária da mãe, evidenciando que o maior percentual de casos ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa de 15 a 19 anos, coincidindo com as faixas etárias nas quais ocorrem o maior número de casos de SG.

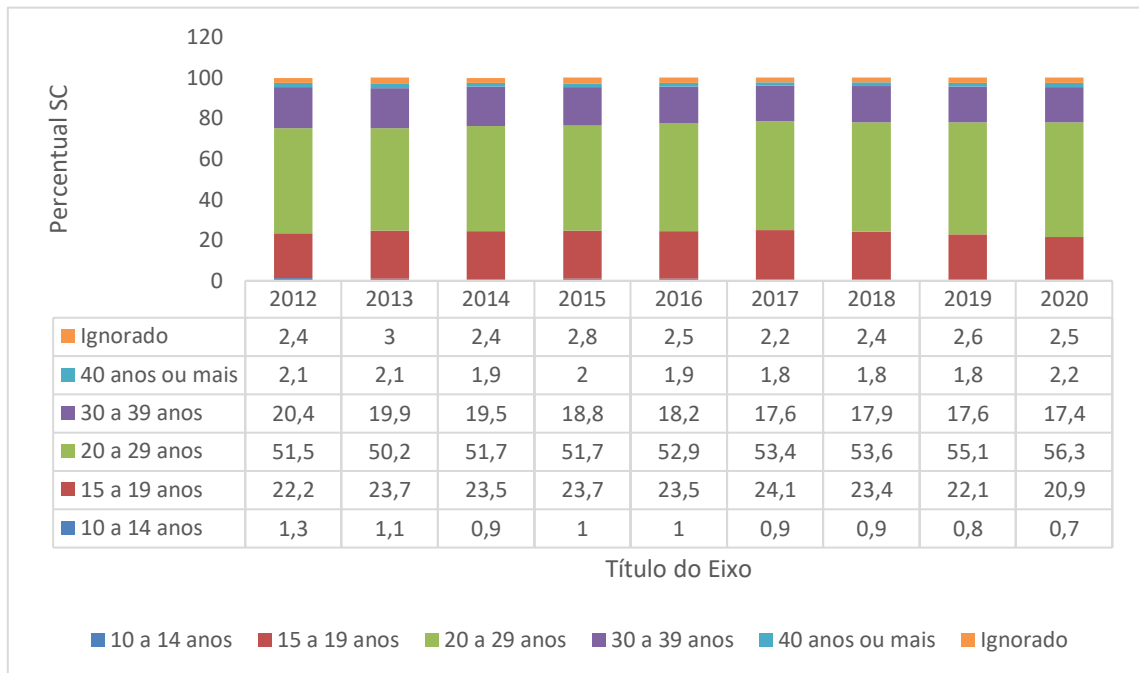


Figura 7 percentual de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2021)

Os fatores sociodemográficos demonstram a relação da sífilis com a situação de pobreza das mulheres, embora não se limite a ela, porque evidencia que a maior prevalência da sífilis ocorre nas gestantes que possuem pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal (união estável ou não estável). Importante também observar que as práticas sexuais aumentaram entre a faixa etária mais jovem e sem uso de preservativo, aumentando a vulnerabilidade dessas adolescentes (Domingues et al., 2013; Melo et al., 2011). Nesse contexto, essas variáveis associadas à dificuldade de acesso ao pré-natal aumentam o risco de exposição à sífilis dessas mulheres.

A figura 8 demonstra a situação da taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) por regiões de saúde do Brasil, comparando-as com taxa de incidência de casos de sífilis congênita e taxa de detecção de gestantes no Brasil. A região Sudeste apresenta taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) acima da média do Brasil. Apesar das outras regiões apresentarem

taxas de sífilis congênita menores que a média nacional, os valores ainda são considerados preocupantes, considerando que a OMS recomenda como aceitável a taxa de 0,5 por 1.000 nascidos vivos. As informações contidas nesse gráfico demonstram ainda que é necessária uma atenção maior para que o tratamento das gestantes com sífilis aconteça de forma adequada, evitando dessa forma o desfecho em sífilis congênita.

O MS recomenda como uma ação estratégica para melhoria desse cenário a implantação/implementação dos comitês de investigação da transmissão vertical da sífilis para que os municípios possam identificar o que está faltando na assistência e vigilância da sífilis e dessa forma tomar decisões voltadas para execução de ações visando controle das fragilidades e consequentemente mudanças positivas nos indicadores.

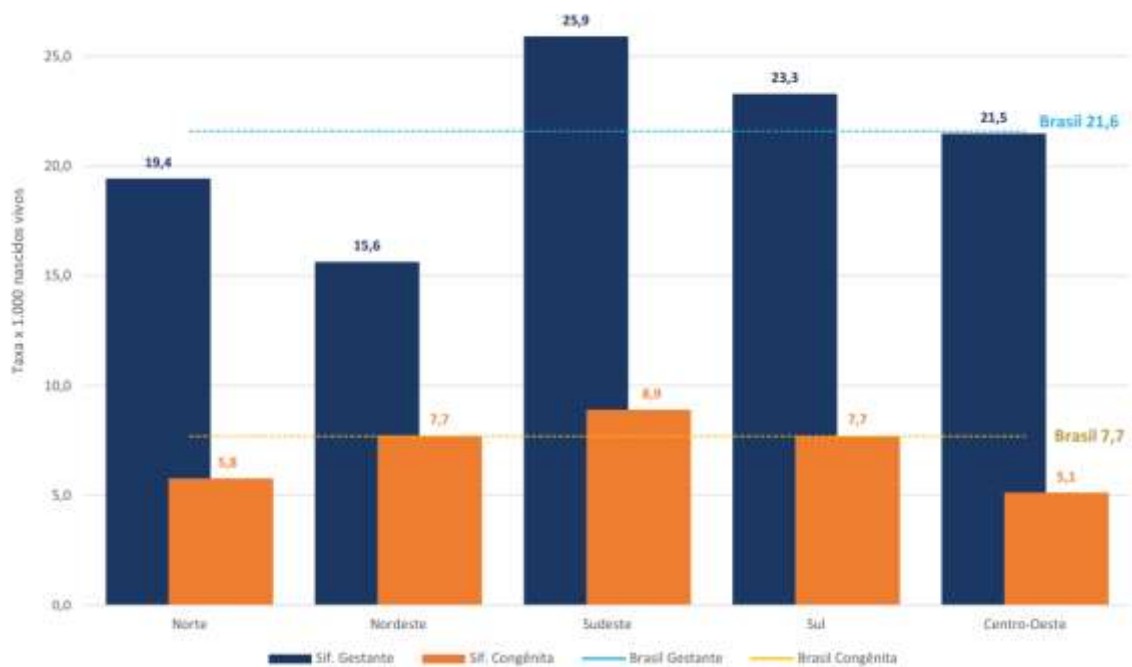


Figura 8 Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) e taxa de detecção das sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) segundo regiões de saúde do Brasil, 2020.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2021)

Na análise do período gestacional em que essas gestantes estão sendo detectadas, verifica-se que a maioria das gestantes estão sendo captadas no primeiro e segundo trimestre, mas ainda existe uma grande proporção de gestantes sendo detectadas no terceiro trimestre da gestação, caracterizando tempo inoportuno para tratamento dessa gestante e aumentando a possibilidade de transmissão do *Treponema Pallidum* para o feto (Figura 9).

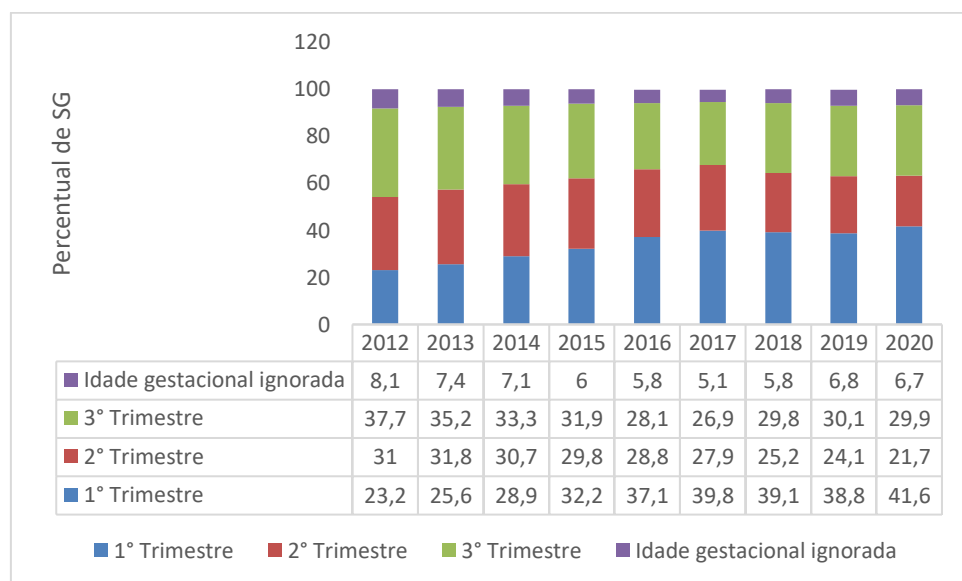


Figura 9 Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2020.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2021)

É muito importante que seja realizado um trabalho conjunto da vigilância em saúde com as equipes de assistência para monitoramento e avaliação desses dados, e conseqüentemente qualificação das ações do pré-natal, pois é necessário o aumento da captação precoce dessas gestantes, e conseqüentemente viabilização do tratamento em tempo oportuno. Quanto mais tardiamente a gestante inicia o pré-natal, maior a probabilidade de transmissão vertical e menor o tempo para tratamento da gestante e parceiro, resultando assim nos casos de SC.

Macêdo et al. (2020) e Araújo et al. (2012) mostram que um percentual importante das gestantes, que têm acesso às unidades de saúde para realização

do pré-natal, apresentam desfechos inesperados, comprovando a fragilidade nos processos de assistência à gestante no momento do pré-natal e, conseqüentemente, falta de oportunidade para redução dos casos de transmissão vertical.

Segundo Macedo et al (2020) e Cascal et al (2011), a sífilis gestacional quando não tratada acarreta em aproximadamente 40% das pessoas acometidas pelo agravo, desfechos negativos, como por exemplo aborto espontâneo, morte fetal ou neonatal precoce e também graves sequelas perinatais.

A figura 10 demonstra a relação entre casos de sífilis congênita e o tratamento materno, evidenciando que a maioria dos casos de SC são resultantes de gestantes que não fizeram o tratamento de forma adequada.

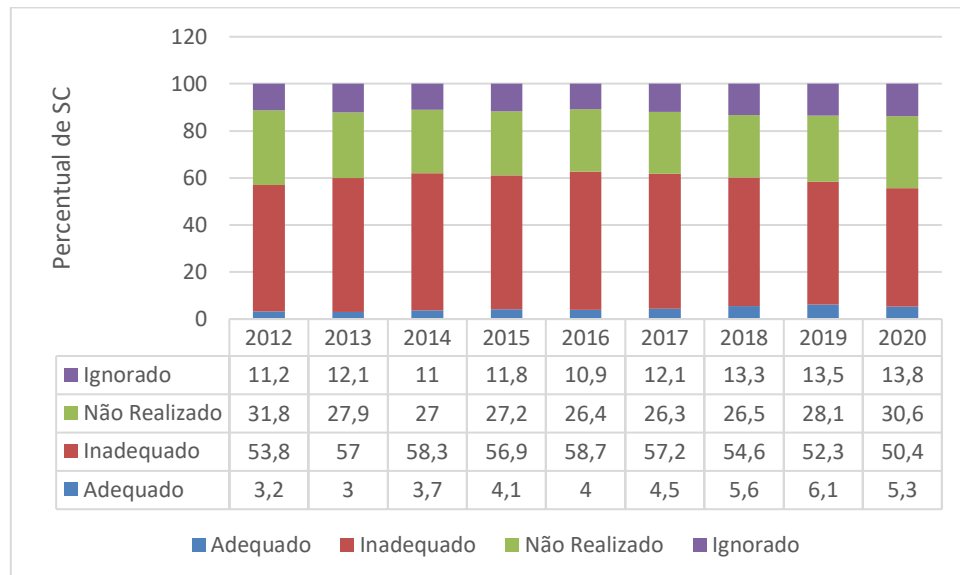


Figura 10 Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2020.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2021)

A qualificação das ações no pré-natal é de extrema importância para redução dos riscos de transmissão vertical, considerando a oportunidade de diagnosticar as gestantes e tratá-las, em tempo oportuno tanto as gestantes bem como seus parceiros (Macêdo et al., 2020). Domingues & Leal (2016) e Magalhães et al (2013) reafirmam que a dificuldade de acesso ao pré-natal resulta em desfechos como sífilis congênita, aborto, natimortalidade, morte neonatal e prematuridade.

A assistência ao pré-natal de forma adequada, possibilita à gestante o diagnóstico célere e adequado, acesso à informação e tratamento correto à gestante e parceiro, é um meio eficaz para a prevenção ou até para a erradicação da doença, que se não tratada pode resultar no aborto, morte ou sequelas para o recém-nascido.

A figura 11 demonstra que 54% das gestantes que tiveram como desfecho a SC foram diagnosticadas durante o pré-natal, 33,9% no momento do parto/curetagem, 5,6 após o parto e 5,8 ignorados ou não realizado. O dado mostra que mesmo diagnosticadas durante o pré-natal, essas gestantes não foram adequadamente tratadas. As gestantes diagnosticadas no momento do parto impossibilitam o tratamento, aumenta o risco de transmissão vertical, e serve como alerta para necessidade de organização da rede de atenção materna e infantil e também os processos de trabalho em cada um dos serviços.

A equipe de saúde das maternidades deve ser informada que o momento da curetagem representa uma oportunidade para diagnóstico de sífilis, pois o aborto/natimorto pode ser resultante de casos de gestante com sífilis. Se essa mulher for diagnosticada nesse momento impede que ela ainda tenha sífilis em gestação futura. É importante estar sempre atentos ao tratamento do parceiro para interromper a cadeia de transmissão.

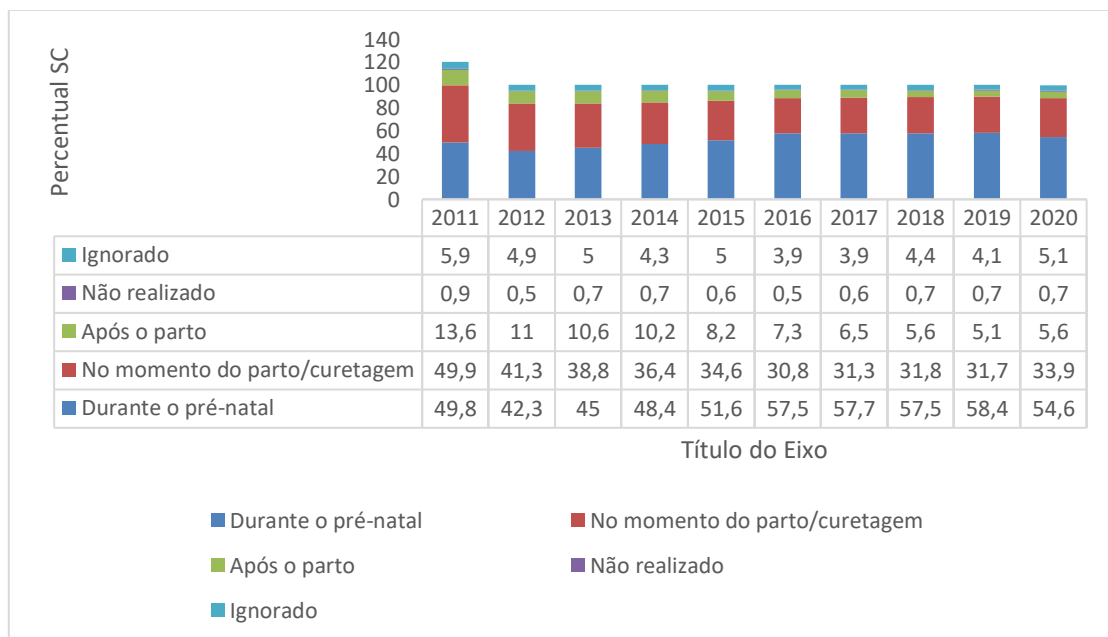


Figura 10 Figura 11 Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-

2020.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2021)

Tiago et al (2017) relata outro dado preocupante, que a maioria dos parceiros das gestantes diagnosticadas não realizaram o tratamento. Apesar de parte desse aumento de registro de casos serem por conta de melhorias quanto ao sistema de notificação e ampliação do acesso da gestante ao pré-natal, outros contextos devem ser observados, como tratamento ineficiente, falta de instruções e educação sexual e baixo índice de busca de tratamentos.

Reis et al (2018) afirma que muitas mulheres desconhecem a doença sífilis, assim como seus sinais e sintomas e forma de transmissão. Essa falta de informação associada ao sentimento de culpa, baixa escolaridade, e principalmente o estigma que existe em torno da sífilis ressalta a importância de melhoria nas ações de comunicação para divulgar a doença, suas formas de transmissão e prevenção, e também a necessidade de as equipes de saúde estarem mais sensíveis, a ponto de perceberem se a forma como a mulher recebeu a notícia foi esclarecedora ou não.

O desconhecimento acerca da sífilis piora a situação quando a gestante recebe o diagnóstico, porque além da gestação gerar alterações biológicas e fisiológicas, a confirmação diagnóstica acarreta alterações psicológicas, em decorrência dos aspectos culturais e do prejuízo causado ao relacionamento, pois a sífilis é definida como uma doença sexualmente transmissível de grandes repercussões, já que minimamente acomete a mulher, o seu parceiro e, possivelmente, durante uma gravidez, o recém-nascido, ou seja, um núcleo familiar inteiro (Domingues et al., 2013).

As mulheres ficam muitas vezes expostas à contaminação de sífilis, bem como de outras doenças sexualmente transmissíveis, por serem coagidas a não usarem preservativo, por medo de desagradarem os parceiros ou por violência, o que as deixam vulneráveis à doença. Ao receberem um diagnóstico, enfrentam muitos problemas, tanto biológicos como psicológicos, como a possibilidade de conflito conjugal, ao revelarem aos parceiros o diagnóstico, levando a rompimentos ou acusações de traição (Cavalcante et al., 2012).

Quanto aos homens, além de condições relacionadas à qualidade de

serviços de saúde, há questões sociais, pessoais e histórico-culturais, que dificultam o diagnóstico e tratamento. Deste modo, muitos não procuram tratamento, a não ser que os sintomas incomodem, o que ajuda na disseminação da sífilis e prejudica seu combate (Magalhães et al., 2013).

É de extrema importância que a equipe de saúde consiga apoiar a gestante e seus familiares que recebem confirmação do diagnóstico de sífilis para que eles se sintam mais seguros sobre o tratamento para evitar a transmissão vertical. Assim, o aconselhamento é muito estratégico para redução da ansiedade gerada na gestante. Os serviços de saúde devem valorizar os aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico da sífilis, visando contribuir com a melhoria da qualidade de vida das mulheres e na abordagem do parceiro (Neto, 2021).

O momento de revelar o diagnóstico ao parceiro é o mais complexo para as gestantes, pois elas se sentem responsáveis pela doença e também ficam com receio do julgamento do parceiro a respeito de traição. Os autores ressaltam que os profissionais de saúde devem disponibilizar-se a conversar com o parceiro conjuntamente com a gestante e também oferecer apoio emocional e orientações precisas acerca das formas de transmissão e prevenção, promovendo um ambiente acolhedor, com a possibilidade de vários encontros durante esse processo. Cavalcante et al (2012) discorre sobre a falha nas ações de prevenção e controle de sífilis no país. Os autores apontam que não são efetivas as ações governamentais para controle da sífilis, especialmente a congênita. Apontando para a necessidade de revisão e melhoria das políticas públicas aplicadas, com ações como maior oferta de exames, melhoria de tratamento da gestante e seu parceiro no caso de diagnóstico de sífilis.

Compreende-se que além da busca por meios de melhorias nos diagnósticos e tratamentos, é imprescindível que aliado a isso haja uma interferência mais ampla no âmbito da saúde, através da observação do contexto sociocultural e demográfico, para inserção de campanhas que alcancem as camadas com mais intercorrências, por meio de atividades de conscientização e educação sexual e estratégias preventivas que visem a diminuição do número de casos (Magalhães et al., 2013).

Algumas estratégias como alcance das gestantes para assistência de pré-

natal ainda no primeiro trimestre da gestação, diagnóstico e tratamento num prazo eficiente e aconselhamento adequado para a gestante e seu parceiro são imprescindíveis. A incidência ainda alta da doença, apesar da crescente cobertura da assistência pré-natal, mostra a ineficácia da qualidade e do suporte prestado pelo sistema de saúde (Domingues et al., 2013).

Os profissionais de saúde precisam estar qualificados para dialogar com a comunidade, a fim de quebrar estigmas sobre a doença, e estabelecer vínculo com a população; e a sociedade de modo geral, com a constante desconstrução do machismo estrutural e da normalização de debates dos temas relacionados ao sexo, através da informação, cultura e educação.

Mauch et al (2011) aponta para um processo de mudanças nas representações sociais que resulta numa postura mais preventiva por parte dos homens, especialmente os mais jovens. Porém, fatores relacionados a elementos arcaicos, relativos à masculinidade tradicional dominante, atuam como prejudiciais ao controle da sífilis, e aumento do preconceito e da desinformação.

Portanto, percebe-se que a sífilis gestacional é uma doença grave que na maioria das vezes acomete pessoas pertencentes a classes sociais menos favorecidas. No que se refere a mulheres, em especial no que tange à sexualidade muitas são consideradas culpadas e as vezes são criminalizadas por adquirir doenças, devido a um contexto histórico fortemente patriarcal.

7.2 Organização da Rede de Atenção à Saúde para Enfrentamento da Sífilis no Brasil

A organização da rede visa integrar os diversos pontos de atenção que oferecem ações e serviços de saúde, para que o paciente seja cuidado de forma integral com responsabilidade, humanização e eficiência econômica (Brasil, 2010).

A organização em rede tem o objetivo de romper com a lógica dos sistemas fragmentados de saúde, predominante atualmente no Brasil, e que são voltados para o atendimento de condições agudas (Gomes, 2014). Nesses sistemas fragmentados, os pontos de atenção não se comunicam e existe uma lógica equivocada de hierarquia entre eles, apresentando vários problemas estruturais,

pois parte do pressuposto que atenção primária à saúde é menos complexa do que os demais níveis de atenção (secundário e terciário). Com isso o papel da atenção primária é colocado em um plano de relevância inferior em relação aos demais níveis de atenção, não sendo capaz de atender o indivíduo em sua integralidade do cuidado. Esse sistema fragmentado não dá conta de enfrentar as condições crônicas que se tornaram predominante com a mudança do perfil demográfico, nutricional, tecnológico e epidemiológico (Mendes, 2010).

Partindo do princípio que a sífilis é uma doença em condição crônica, reemergente e negligenciada é fundamental que os municípios organizem seus sistemas de saúde pensando desde a prevenção, diagnóstico, até o tratamento e acompanhamento dos pacientes, ou seja, pensando na integralidade do cuidado, e, portanto, na organização do sistema em rede. Para isso é necessário pensar na modelagem da rede voltada para esse agravo.

Os três elementos para constituir a rede são população/região de saúde definidas, estrutura operacional e modelo de atenção. A identificação desses elementos traz um retrato do território, e auxilia no trato de como os elementos da rede irão se intercomunicar para prestar um cuidado integral, com qualidade e equidade aos pacientes (Mendes, 2010). O conhecimento dos protocolos clínicos pelos profissionais de saúde auxilia a modelagem da rede, pois proporcionam aos profissionais conhecimento sobre o perfil epidemiológico do agravo (Brasil, 2022, p. 4).

A RAS deve ser capaz de identificar a população e a área geográfica sob sua responsabilidade (Brasil, 2010). O gestor do município e suas equipes de saúde precisam fazer um levantamento da situação da sífilis em sua população, para isso podem utilizar os dados de registro dos casos diagnosticados de sífilis, para ir conformando a análise da população, como por exemplo: área de maior prevalência da sífilis, perfil populacional mais afetada, total de gestantes, total de casos de sífilis congênita.

Esse diagnóstico junto com os demais elementos da rede orientará a organização das ações de enfrentamento à sífilis no município. O conhecimento da população usuária do sistema de saúde possibilita a instituição de uma gestão baseada na necessidade da população, seguindo a lógica da organização em rede.

É importante que o gestor e profissionais de saúde identifiquem e construa um mapa de onde essas populações se encontram e conheça os costumes e comportamentos dessa população (Brasil, 2018). Todas essas informações orientam o desenvolvimento de planos de ação para serem trabalhadas com essas populações no enfrentamento da sífilis. Um exemplo clássico é a educação em pares que consiste em ações de prevenção e testagem voltadas para trabalhadoras do sexo, devendo estas serem desenvolvidas em parcerias com alguma liderança dessa população, pois elas utilizam uma linguagem mais acessível e mais próxima à realidade dessas mulheres. Muitas vezes, a linguagem técnica utilizada pelos profissionais de saúde não tem a capacidade de comunicar com essas populações (Paiva, 2021).

Outro exemplo importante é o desenvolvimento de ações de prevenção para gays, lésbicas e trans em baladas voltadas para essa população. Muitas vezes esse público não procura a unidade de saúde, pois relatam que tem receio do preconceito por parte dos profissionais de saúde.

Por se tratar de uma doença sexualmente transmissível que abrange de forma prevalente uma população mais vulnerável é importante que o gestor atente para a identificação desses grupos populacionais como usuários de álcool e outras drogas, homens que fazem sexo com homens, gays e lésbicas, população de rua. Além desses grupos é importante atentar para outras populações especiais: gestantes pelo risco de transmissão vertical; pessoas vivendo com HIV, pois apresentam maior prevalência do que as pessoas negativas, causada por fatores comportamentais e parcerias sexuais, pois é preciso interromper a cadeia de transmissão (Brasil, 2022).

A estrutura operacional é formada por todos os pontos de atenção da rede, que são os locais onde os serviços são ofertados. É importante que os profissionais de saúde, junto com a gestão, identifiquem todos os locais que conformam a rede em seu município que são importantes para prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, conforme níveis de complexidade e sistemas de apoio, logístico e governança.

A sífilis é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento, portanto se o gestor

organizar sua atenção primária criando um fluxo bem estabelecido de referência e contra referência com o laboratório que faz as sorologias ele terá a maior parte dos seus casos resolvidos. Além disso, é na atenção primária que é feito o pré-natal, por isso é importante que o gestor e os profissionais de saúde estabeleçam metas para qualificar cada vez mais as ações do pré-natal, pois a captação precoce das gestantes e seu tratamento em tempo oportuno é a única forma de evitar a sífilis congênita.

A atenção primária funciona como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, pois funciona como principal porta de entrada da rede, por estar mais próximo da população. Além disso, atenção primária tem a responsabilidade de acompanhar o caminho do paciente dentro da rede orientando e cuidando para que ele tenha atendimento de forma integral. Alguns procedimentos não são de competência da atenção básica, mas ela precisa encaminhar o paciente para o local de atendimento. Por isso, a importância do estabelecimento das competências de cada ponto e principalmente a forma como esses pontos se intercomunicam.

A atenção primária bem estruturada consegue prevenir, diagnosticar e tratar a maior parte dos casos de sífilis, por estar mais acessível à população. Para isso, é fundamental um trabalho de forma integrada com a vigilância epidemiológica, pois o trabalho conjunto dessas duas áreas técnicas qualifica o processo de notificação e assistência, pois o acompanhamento dos casos e a visão de como os casos estão sendo diagnosticados e tratados, ou não, auxiliam o desenvolvimento de estratégias por parte da equipe e da gestão.

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade do cuidado obtida por meio de ações de promoção da saúde, que tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas e reduzir riscos à saúde. É muito importante que o trabalhador conheça o território e faça uma análise de situação para que possa desenvolver ações que condizem com a realidade e necessidade das pessoas que vivem nesse lugar. Conhecer os riscos e estar próximo do território, permite ao trabalhador da saúde incentivar a autonomia dos usuários, ajudando-os na busca por melhores condições de vida e saúde.

Para isso, a apresentação dos dados epidemiológicos pelas equipes de vigilância para as equipes de APS proporciona o conhecimento da situação da sífilis

no território e orienta as equipes na elaboração de estratégias para enfrentamento da sífilis.

Para que a rede funcione e garanta a integralidade do cuidado, a articulação entre os diferentes pontos da rede precisa acontecer. Para isso, é necessário conhecer as competências de cada ponto da rede de atenção e estruturar seus serviços de modo que os pacientes tenham acesso com qualidade.

7.3 Ações de Enfrentamento à Sífilis na Atenção Primária à Saúde e Maternidades

Segundo Oliveira et al (2015), a APS trabalha com território adscrito para organizar o planejamento e programação das ações levando em consideração os condicionantes e os determinantes da saúde das coletividades, e funciona como porta de entrada preferencial com acesso universal e contínuo, devendo promover o acolhimento e vinculação dos usuários aos serviços.

Os processos de trabalho na atenção primária à saúde devem visar a assistência multiprofissional, o acolhimento e vinculação dos pacientes, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado ao usuário. É importante que a unidade possa oferecer resolutividade aos usuários, não devendo funcionar apenas como um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços (Silva, & Silva, 2008). Na perspectiva da constituição de um modelo técnico assistencial que seja orientado pelas necessidades de saúde das populações e promotor de práticas cuidadoras, Machado (2014) destaca o desafio da mudança do padrão hegemônico de gestão, propondo práticas de gestão e de cuidado baseadas em processos democráticos e descentralizados, que busquem a ampliação da clínica e participação dos sujeitos.

Os fluxos de trabalho da APS precisam ser bem estabelecidos e seguros dentro da rede, dessa forma atendendo as necessidades do paciente em momento oportuno e de forma resolutiva, resultando em redução do agravamento das doenças e das internações hospitalares. Para isso é muito importante que a equipe conheça as necessidades de saúde da população em sua área adstrita (Mendonça, 2018). Segundo Tesser e Norman (2014) acolhimento e acesso estão associados

à discussão de modelos assistenciais, que se refere à produção de serviços de saúde, a partir dos saberes da área, assim como de projetos políticos de construção dos grupos sociais envolvidos

O acolhimento é a principal forma de vincular o usuário à unidade de saúde e exige que os profissionais façam uma escuta qualificada e estejam atentos às necessidades daquele paciente (Medeiros, Souza, Barbosa & Costa, 2010). O acolhimento mobiliza os diversos atores envolvidos na produção do cuidado a repensarem suas dinâmicas de trabalho e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos, fazendo com que o processo de trabalho seja sempre centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento visa à garantia do acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (Silva et al., 2018).

É importante que essa assistência bem como acompanhamento seja feito em tempo hábil, propiciando resultados mais efetivos e reduzindo o risco da gestante bem como do recém-nascido (Araújo, 2013).

Dessa forma é fundamental que os profissionais que atuam na atenção primária se qualifiquem, com o intuito de obter o maior conhecimento possível para detectar e controlar a sífilis, uma doença que apresenta seu contágio por meio sexual. Esse assunto é visto por muitos como um tabu, principalmente, para as mulheres, tendo em vista que essas se sentem inseguras em relação a desenvolver diálogos sobre doenças sexualmente transmissíveis com seus parceiros (Holanda et al., 2022).

Sendo assim, a equipe deve estar preparada para realizar abordagem em saúde sexual e reprodutiva, gestão de risco, e, ainda, a unidade deve dispor de insumos de prevenção, em local visível e por livre demanda.

A unidade deve ofertar teste rápido e administrar penicilina sempre que necessário. A atenção da equipe para acolher e estabelecer o vínculo com os usuários que procuram a unidade com a intenção de fazer teste rápido é uma ação extremamente importante para o diagnóstico e tratamento da sífilis. A equipe deve estar sempre atenta para rastrear pessoas assintomáticas com vida sexual ativa (e suas parcerias) para sífilis e outras IST.

O estabelecimento do vínculo com o paciente é extremamente importante para que o paciente retorne para completar o esquema terapêutico. Se o paciente

não comparecer à unidade para completar o esquema de tratamento a equipe deve realizar busca ativa desse paciente, com priorização da busca ativa de gestante(s) parceira(s) de pessoa(s) com sífilis.

Além disso, a equipe de assistência deve estar atenta para realizar monitoramento clínico, para controle de cura e risco de reinfecção de todas as pessoas tratadas.

A equipe deve também notificar os casos de sífilis, bem como da(s) parceria(s) sexual(is) e referenciar e coordenar o cuidado dos casos com suspeita de sífilis ocular, neurosífilis, sífilis terciária ou outras complicações.

No caso das pacientes gestantes as equipes devem estar organizadas para realização das ações a seguir:

- Disponibilizar Teste Rápido e Testagem sorológica para sífilis abrangendo a população em geral e a população vulnerável;
- Cobertura de pré-natal para todas as mulheres gestantes e suas parcerias sexuais;
- Testagem rápida da sífilis para gestantes no pré-natal no primeiro e terceiro trimestre;
- Orientar gestantes quanto ao risco de nova exposição à sífilis;
- Investigar e tratar as parcerias sexuais das gestantes;
- Tratamento com penicilina G Benzatina nos casos diagnosticados de sífilis. É muito importante que a atenção primária acompanhe se os casos diagnosticados foram tratados.
- Registrar tratamento na caderneta da gestante, prontuário eletrônico e/ou sistema de informação específico
- Seguimento sorológico e controle de cura para todas as pessoas tratadas para sífilis, incluindo gestantes;
- As gestantes com teste rápido positivo devem receber a primeira dose de penicilina e solicitados teste não treponêmico, para seguimento sorológico mensal;
- Após o parto, o seguimento é trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano;
- É fundamental a implementação do pré-natal do parceiro, conforme o

“Guiado pré-natal do parceiro para profissionais de saúde” (Brasil, 2016).

- Vincular as gestantes ao local do parto com histórico de tratamento e resultados de exames descritos na caderneta da gestante com número da notificação da gestante no SINAN;
- Notificação dos casos diagnosticados

No caso de Sífilis congênita e criança exposta à sífilis, as equipes devem realizar atendimento domiciliar de todos os recém-nascidos e realizar seguimento clínico de todas as crianças. A criança exposta que apresentar alterações clínicas e/ou laboratoriais, devem ser referenciadas ao serviço especializado para avaliação e tratamento. No caso de sífilis congênita, a equipe deve referenciar e coordenar o cuidado para o serviço especializado e odontológico. Se a criança com sífilis congênita não tiver sido notificada na maternidade, a APS deve notificar o caso.

A Política Nacional de Atenção Básica ressalta que o objetivo das ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica é propiciar atenção integral visando melhorar as condições de saúde, tornar as pessoas mais independentes e agir sobre os determinantes e condicionantes de saúde dos povos. (Brasil, 2011).

O conhecimento da situação de saúde pelas equipes de vigilância e atenção básica e a integração dessas duas áreas técnicas é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e no alcance de bons resultados

Os comitês de investigação da sífilis também são importantes para integração e identificação das fragilidades no processo de trabalho das equipes. Os comitês ao monitorar e investigar os casos percebem o que é necessário mudar para melhorar os indicadores.

7.4 Atenção à Sífilis na Maternidade

Os profissionais da maternidade devem estar qualificados sobre os protocolos clínicos de sífilis, para que possam identificar e diferenciar casos de criança com sífilis e criança exposta à sífilis. Além disso, devem estar atentos à necessidade de testar todas as mulheres em caso de violência sexual, curetagem e abortamento. Dessa forma, podem ser estabelecidas momentos de educação permanente, nos quais além de abordar sobre manejo clínico é importante que as

equipes sejam qualificadas sobre a notificação dos casos de sífilis. Além disso, é fundamental que as equipes da assistência recebam um feedback das equipes de vigilância sobre a situação da sífilis do território adstrito à maternidade, para que os trabalhadores possam fazer uma avaliação do processo de trabalho.

Todo recém-nascido deve ser avaliado ao nascimento, levando em consideração o histórico de tratamento materno e a presença ou ausência de sinais/sintomas clínicos, de acordo com o fluxo de notificação a partir da classificação do RN ao nascimento (Figura 12).

“Crianças nascidas de mulheres que têm história bem documentada de tratamento adequado para sífilis em qualquer estágio clínico, anterior à gestação, sem aumento na titulação dos testes não treponêmicos durante a gestação e sem fator de risco conhecido de reinfecção, não são consideradas expostas, e não precisam ser investigadas para sífilis congênita” (BRASIL, 2020).

Nota-se que é preciso haver um grande cuidado com os recém-nascido, pois ao nascer apresenta uma certa vulnerabilidade, necessitando assim de cuidados mais específicos, principalmente no que se refere a doenças como a sífilis.



Figura 11 Fluxo de notificação a partir da classificação do RN ao nascimento

Fonte: Brasil (2010)

Todo recém-nascido com sífilis ou exposto à sífilis deve ser encaminhado para seguimento na Atenção Primária. Para isso, no momento da elaboração da linha de cuidado esse fluxo precisa ser definido entre as equipes, para que o seguimento da criança não seja perdido.

Segundo o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS -SP (2017, p. 59) cabe ao pediatra, na alta hospitalar, “esclarecer a mãe sobre os riscos da sífilis, especialmente sobre manifestações tardias, como surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro”.

7.5 Orientações para Instituição dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical com Base na Organização da Rede de Atenção

A estruturação de comitês de investigação de óbitos e da transmissão vertical é uma estratégia importante para a compreensão das circunstâncias de ocorrência do evento, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade materna e infantil.

A Paraíba é um exemplo a ser citado, por meio da Resolução CIB-PB n° 54, de 06 de maio de 2019, que estabeleceu diretrizes a serem seguidas em seu primeiro 1° e 2° artigo, onde ressalta:

Art. 1° - Constituir o Comitê Estadual de Investigação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis com ênfase a Certificação da Eliminação da transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, sob a Coordenação Gerência Executiva de Vigilância em Saúde da SES-PB, através da Gerência Operacional de Ist/Aids/Hepatites Virais da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Art 2° - O Comitê Estadual de Investigação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis tem atuação técnica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função educativa e representam importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção á saúde, contribuindo para a melhoria da informação possibilitando a avaliação e monitoramento da assistência prestada a gestante no pré-natal, parto e puerpério (Brasil, 2019 b).

Em 2014 o Ministério da Saúde elaborou o Manual dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical, que ressalta a importância de institucionalização dos membros dos comitês, através de publicação em diário

oficial, para legitimação do processo e orienta que os comitês podem ser compostos pelas instituições abaixo listadas. Vale lembrar que é facultado aos estados e municípios o direito de decidir sobre a composição desses comitês.

- Secretarias de Saúde: Vigilância Epidemiológica e Assistência (Atenção Básica e Hospitalar)
- Conselhos de Saúde
- Sociedades Científicas
- Conselho Regional de Enfermagem
- Conselho Regional de Medicina
- Ministério Público
- Movimentos Sociais
- Convidados “ad hoc”

A investigação dos casos de sífilis congênita auxilia na identificação das falhas nos processos de trabalho referente ao acompanhamento da gestante na rede. Dessa forma, conhecendo o problema, a gestão e a equipe técnica podem criar estratégias de melhoria dessa fragilidade na rede.

Portanto, são procedimentos que visam prever situações, tendo em vista o grau de preocupação com a sífilis, doença que nas últimas décadas apresentou uma alta significativa, principalmente, em países como o Brasil, considerado em desenvolvimento, e propício para o desenvolvimento da mesma, devido a inúmeras questões sociais, sendo as mulheres as mais afetadas.

8. Limitações do Estudo

A principal limitação do estudo foi referente à incompletude do preenchimento dos campos das fichas de notificação pelos profissionais de saúde, e conseqüentemente lançamento desse dado no SINAN.

Após avaliação do banco de dados do SINAN dos casos confirmados de sífilis em gestantes, nota-se que alguns campos como idade apresentam inconsistência, pois tem registro de gestante com idade menor de 9 (nove) anos.

Ainda no que diz respeito à inconsistência de dados, quando compara o intervalo

de dias entre a notificação e o diagnóstico, percebe-se que existem casos no banco que foram notificados antes do diagnóstico. Isso pode ser resultado de preenchimento incorreto das datas de notificação, ou de diagnóstico. Na análise do banco existem casos notificados com intervalo maior que 365 dias. Por ser um campo de preenchimento obrigatório, observa-se também 100% de completude, mesmo apresentando dados inconsistentes.

Alguns campos como idade gestacional, momento diagnóstico, tratamento das gestantes, realização de exames, tratamento do parceiro são de preenchimento obrigatório, mas tem entre as opções de preenchimento a alternativa “ignorado”, que tem um percentual de preenchimento que varia entre 5% e 10%, dependendo do campo.

Os campos referentes à raça/cor e escolaridade também apresentam muito registro da opção “ignorado”, prejudicando sobremaneira a informação.

Os dados referentes ao tratamento dos parceiros das gestantes apresentam muita incompletude, por não ser campo de preenchimento obrigatório, prejudicando sobremaneira a análise desse dado.

A avaliação do banco de dados da sífilis em gestante traz informações muito importantes sobre a notificação dos casos e assistência a essas gestantes e seus parceiros, auxiliando a tomada de decisão pelos gestores. O preenchimento correto de todos os campos da ficha de notificação constitui fator fundamental para qualidade dos dados avaliados, pois dados inseridos de forma incorreta podem dificultar a análise de alguns dados.

9. Considerações Finais

A realização dessa pesquisa permitiu entender o quanto a história das mulheres influencia na sua condição social e econômica, e conseqüentemente nas condições de vulnerabilidade, baixa escolaridade e também aumento da exposição às infecções sexualmente transmissíveis, dentre elas, a sífilis. O baixo entendimento social acerca da importância do diagnóstico das IST, e a constante mudança de foco do investimento em saúde pública comprometem as ações de

controle das taxas de infecção, tornando cada vez mais complexa a história natural da sífilis nos seres humanos e suas respectivas intervenções sanitárias.

O estudo mostra também aumento expressivo de sífilis no Brasil, evidenciando a necessidade de ampliação da oferta do teste rápido para diagnóstico e medicamento para o tratamento, pois quanto maior a detecção de casos na população em geral, menor o risco da mulher está infectada no momento da gestação.

No entanto, observa-se que existe um aumento na taxa de detecção de sífilis em gestantes e da incidência de sífilis congênita, pois os dados demonstram fragilidade nas ações do pré-natal, sendo mais de cinquenta por cento o percentual de gestantes que não são captadas no primeiro trimestre de gestação, resultando em perda de oportunidade para o tratamento em tempo oportuno a gestante e sua parceria, aumentando a probabilidade de transmissão vertical.

Quando os dados referentes à sífilis congênita são analisados, a situação é mais preocupante, pois apenas cinquenta por cento das gestantes que tiveram como desfecho a sífilis congênita foram diagnosticadas durante o pré-natal. Os outros cinquenta por cento estão distribuídos entre momento do parto e pós parto. Dos 50% das gestantes diagnosticadas durante o pré-natal, apenas 6% apresentam registro de tratamento adequado.

Com relação ao perfil das gestantes com sífilis, constatou-se que 56,4% tinham entre 20 e 29 anos, 23,3% de 15 a 19 anos e 17,3% de 30 a 39 anos. Quanto ao critério raça/cor, 64,7% são mulheres pretas e pardas e com pouca escolaridade. Outro aspecto que chamou atenção foi a falta de preenchimento desses dois campos das fichas de notificação, demonstrando a necessidade de qualificação no registro desses dados.

Os fatores sociodemográficos demonstram a relação da sífilis com a situação de pobreza das mulheres, embora não se limite a ela, porque evidencia que a maior prevalência da sífilis ocorre nas gestantes que possuem pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal (união estável ou não estável). A literatura mostra também que elas são coagidas a não usarem preservativo, por medo de desagradarem os parceiros ou por violência, o que as deixam mais vulneráveis à doença.

A maior incidência de casos em gestantes jovens, negras ou pardas e com baixo nível de escolaridade, estão relacionadas também ao desconhecimento sobre a doença e também à maior vulnerabilidade social dessas mulheres, resultando em tratamento inadequado e maiores riscos.

A falta de informações sobre a doença, geram nas gestantes muitos conflitos quando recebem o diagnóstico, pois muitas ficam com receio de comunicar o resultado diagnóstico e a necessidade de tratamento ao parceiro, pois elas têm muito medo de serem acusadas de traição. Além disso, a falta de esclarecimentos sobre sífilis compromete a adesão da gestante, e principalmente do parceiro, ao tratamento, aumentando o risco de transmissão vertical.

Assim, o estudo aponta para a necessidade de mais investimento em ações de saúde sexual e reprodutiva, e ações de comunicação para que essas mulheres e a população em geral ampliem seus conhecimentos sobre sífilis e suas formas de transmissão, diagnóstico e tratamento.

Quando observa esse aumento por região, percebe-se que a maior taxa de detecção ocorre na região sudeste com curva crescente, enquanto nas demais percebe-se uma estabilização, ou um decréscimo da taxa de detecção da sífilis em gestantes a partir de 2018. Essa informação resulta do acesso ampliado dessas mulheres aos serviços e é influenciado também pelo acesso à educação em maior proporção quando comparadas às demais regiões.

Nota-se ainda que um percentual importante das gestantes, que têm acesso às unidades de saúde para realização do pré-natal, apresentam desfechos inesperados, comprovando a fragilidade nos processos de assistência à gestante no momento do pré-natal e, conseqüentemente, falta de oportunidade para redução dos casos de transmissão vertical.

É de extrema importância que a equipe de saúde consiga apoiar a gestante e seus familiares que recebem confirmação do diagnóstico de sífilis para que eles se sintam mais seguros sobre o tratamento para evitar a transmissão vertical. Assim, o aconselhamento é muito estratégico para redução da ansiedade gerada na gestante. Os serviços de saúde devem valorizar os aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico da sífilis, visando contribuir com a melhoria da

qualidade de vida das mulheres e na abordagem do parceiro.

Essa situação de vulnerabilidade das mulheres acometidas pela sífilis tem relação direta com o período colonial no Brasil com o patriarcalismo. As mulheres pobres e negras nunca tiveram em condições de igualdade com as mulheres brancas, muito pelo contrário, elas sempre estiveram à margem da sociedade, na condição de subserviência ao homem ou mulher branca, demonstrando o quanto a questão da raça/cor influencia na desigualdade a que essas mulheres estão expostas. Além disso, é muito difícil uma mulher pobre no Brasil ascender de classe social, ter acesso à educação, melhores condições de vida, mostrando que desde a época colonial até os dias atuais existe uma distância imensa entre mulheres brancas e mulheres negras com relação à diversos aspectos.

Assim, é importante o investimento em políticas públicas eficientes capazes de diminuir essas desigualdades, e que oportunizem às mulheres terem acesso à educação, emprego, renda que a coloquem em condições de equivalência e competição com as mulheres brancas. Políticas públicas são necessárias enquanto esse preconceito por conta de raça e gênero existirem.

10. Conclusão

Considerando o perfil de doença crônica da sífilis, é importante a substituição da lógica do sistema fragmentado de atenção à saúde que atende condições agudas, pela organização em rede, na qual os pontos de atenção se intercomunicam e são voltado para atender condições crônicas. Além disso, a organização em rede visa atender o indivíduo de forma integral de acordo com suas necessidades, com ações organizadas desde a prevenção até o tratamento e acompanhamento dos pacientes.

A integralidade da atenção à mulher começa pela organização dos processos de trabalho nos pontos de atenção, na qual a assistência deve ser multiprofissional, de forma humanizada prezando pelo acolhimento, vinculação e responsabilidade da equipe pelo cuidado a essa mulher e sua família.

É necessário que os gestores e profissionais de saúde organizem os serviços para realizar o diagnóstico e tratamento das gestantes em tempo oportuno com o

objetivo de evitar que sífilis em gestante resultem em caos de sífilis congênita. Fica evidente que a organização da atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado é de extrema importância, considerando que é nesse nível da atenção que ocorrem as ações de pré-natal. É comprovado em literatura que quando a assistência ao pré-natal acontece de forma qualificada é o primeiro passo para o parto e nascimento saudável.

Como a maior parte das gestantes acometidas pela sífilis são mulheres que moram em bairros mais pobres, com menor poder aquisitivo e instrução escolar, as equipes de APS exercem um papel fundamental para redução das taxas de sífilis em gestante e sífilis congênita no Brasil, pois estão localizadas mais próximas da residência delas. Assim, se os processos de trabalho das equipes que realizam pré-natal estiverem organizados com fluxo estabelecidos para encaminhamento das gestantes para os outros pontos de atenção da rede, possibilitará o diagnóstico, tratamento, monitoramento clínico e orientação dessas mulheres sobre saúde sexual e reprodutiva.

É necessário vencer o estigma e preconceito com relação às mulheres, principalmente as mais vulneráveis para que elas se sintam acolhidas e procurem o serviço quando necessitarem. É importante também a disponibilização de teste rápido e penicilina em todas as unidades da atenção primária, assim como a instituição de Comitês de Transmissão Vertical nos municípios pois funcionam como espaço importante para identificação das fragilidades e elaboração de estratégias para a qualificação do processo de enfrentamento à sífilis nos territórios.

E por fim, e não menos importante, é imprescindível ações voltadas para treinamento das equipes para melhorar a forma de aconselhamento, comunicação com as gestantes e também a realização de campanhas publicitárias que atinjam toda população.

Referências Bibliográficas

- Abuali, M., & Domachowske, J. (2019). Congenital and perinatal infections. *In Introduction to Clinical Infectious Diseases* (pp. 213-224). Springer, Cham.
- Aguiar, M.M (2007) A construção das hierarquias sociais: classe, raça, gênero e etnicidade. *Cadernos de Pesquisa do CDHIS*, p. 83-88.
- Amendoeira, F. R. (2021). *Tabus linguísticos e o surgimento de eufemismos na fala-eminteração em língua portuguesa como L1 E L2*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil) Disponível em [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/36206/1/Disserta%
c3%a7%c3%a3o%20-%20Fernanda%20R%20A%20-%202029%20abril.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/36206/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Fernanda%20R%20A%20-%202029%20abril.pdf)
- Alves, M.S., & Silva, L. G. (2008). O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Revista de APS*, 11(1). <http://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/14179>
- Araújo, C. L. D., Shimizu, H. E., Sousa, A. I. A. D., & Hamann, E. M. (2012). Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 46, 479-486. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SzWDZTVcgztjhcxgYVb75Ky/?format=html>
- Araujo, S. M., Silva, M. E. D., Moraes, R. C., & Alves, D. S. (2013). A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. *Veredas FAVIP-Revista eletrônica de ciências*, 3(2). <http://52.21.21.198/ojs/index.php/veredas1/article/view/98>
- Barboza, H. H. G., & Junior, V. D. A. A. (2017). (Des) Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. *Pensar-Revista de Ciências Jurídicas*, 22(1), 240-271. <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/5409/pdf>
- Barbosa, L. U., Pereira, J. D. C. N., Lima, A. D. G. T., da Costa, S. S., da Silva Machado, R., Henriques, A. H. B., & Folmer, V. (2020). Dúvidas e medos de adolescentes acerca da sexualidade e a importância da educação sexual na escola. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(4), e2921-e2921. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2921>
- Barbosa, K. M. S. (2016). *Feminismo e Emancipação Feminina: um estudo sobre a concepção da emancipação da mulher negra na Bamidelê – Organização de Mulheres Negras da Paraíba*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba] Repositório Institucional UFPB. Disponível em

- <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9758/2/arquivototal.pdf>
- Baz, E. C. (2018) *Nascer e permanecer no hospital: o conhecimento dos pais acerca de sífilis congênita*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande] Repositório Institucional UFRG <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/10137/ELIS%c3%82NGELA%20DA%20CRUZ%20BAZ.pdf?sequence=1>
- Beuren, I. M., & Raupp, F. M. (2006). *Metodologia da pesquisa aplicável às ciências. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática*. São Paulo: Atlas, 76-97.
- Benito, L. A. O., & de Souza, W. N. (2016). Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. *Universitas: Ciências da Saúde*, 14(2). <https://www.jus.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3811>
- Berner, V. O. B., & Melino, H (2016). Perspectivas feministas e movimentos sociais: uma abordagem fundamental para o planejamento urbano. *Revista de Direito da Cidade*, 8(4), 1868-1892. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/24960>
- Biroli, F., & Miguel, L. F. (2015). *Feminismo e política: uma introdução*. Boitempo Editorial.
- Bello, I. H. (2018). *Estratégias para redução dos índices de sífilis na gravidez na unidade de saúde em Camocim-Ceará*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Ceará] Biblioteca digital de teses e dissertações. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/20072>
- Ballestrin, L. (2020). Feminismo de (s) colonial como feminismo subalterno Latino-Americano. *Revista Estudos Feministas*, 28.
- Bonneti, A. D. L., & Souza, Â. M. F. D. L. (2011). *Gênero, mulheres e feminismos*. EDUFBA; NEIM.
- Brasil. (1986). Portaria nº 542/1986, de 22 de dezembro de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção 1, Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-542-de-22-dezembro-de-1986/>
- Brasil. (1997). *Portaria Ministerial nº 1882/1997, de 18 de dezembro de 1997*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção 1, Brasília, Ministério da

- Saúde. Disponível em https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/portgm1882_18dezembro_1997.pdf
- Brasil. (2005). *Portaria nº 33/2005, de 14 de julho de 2005*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção 1, Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html
- Brasil (2010). *Portaria nº 2.472/2010, de 31 de agosto de 2010*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção 1, Brasília, Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html
- Brasil. (2015). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
- Brasil. (2017a). *Boletim Epidemiológico de Sífilis*. Ministério da Saúde. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/81531/Boletim+epidemiol%C3%B3gico+S%C3%ADfilis+2017+%E2%80%93+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde.pdf/e02b9901-0cad-bcff-c867-260c5e73551f?t=1648964446392>
- Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. *Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis*. https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf
- Brasil. (2017c). Portaria de consolidação nº 4/2017, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Ministério da Saúde http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Portarias/PORTARIA_DE_CONSOLIDACAO_N4_.pdf
- Brasil. (2018). Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: *Integração*

- Atenção Básica e Vigilância em Saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf
- Brasil. (2019). *Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2019*. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2018/08/boletim_sifilis_2019.pdf
- Brasil. (2020). Serviço de Assistência Especializada Familiar Materno Infantil. *Por que o número de grávidas com HIV não para de crescer no Brasil?* <https://www.ufpb.br/saehu/contents/noticias/por-que-o-numero-de-gravidas-com-hiv-nao-para-de-crescer-no-brasil-1>
- Brasil. (2021a) *Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis: sífilis*. <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/infecoes-sexualmente-transmissiveis/sifilis>
- Brasil. (2021b). *Testes rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica*. Ministério da Saúde. <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha/testerapido>
- Brasil. (2021c). *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf
- Cabral, I. D. A. C. (2022). Mulheres soropositivas: um olhar para sua sexualidade. *Moitará-revista do serviço social da Unigranrio*, 1(7), 138-166. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/mrss/article/view/7360>
- Carvalho, L. F. (2020). *Incidência de sífilis congênita em Passo Fundo/RS*. [Trabalho de conclusão de Curso, Universidade Federal da Fronteira Sul] Repositório Institucional UFFS <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4108/1/TCC%20LA%c3%8dSE%20FINAL%20CARVALHO.pdf>
- Carula K. (2012). Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãe de Família [Dangerous wet nurses: breastfeeding, science, and slavery in A Mãe de Família]. *Historia, ciencias, saude--*

- Manguinhos, 19 Suppl 1, 197–214. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702012000500011>
- Casal, C. A. D., Silva, M. O. D., Costa, I. B., Araújo, E. D. C., & Corvelo, T. C. D. O. (2011). Molecular detection of *Treponema pallidum* sp. pallidum in blood samples of VDRL-seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: a retrospective observational study in northern Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 44, 451-456. <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/wLTQFpRjtZjP8zcdcYwz4mg/abstract/?lang=en>
- Castro Romanelli, R. M., Carellos, E. V. M., Campos, F. A., de Paula Pinto, A. S., Marques, B. A., Anchieta, L. M., & de Andrade, G. M. Q. (2014). Abordagem neonatal nas infecções congênitas–toxoplasmose e sífilis. *Revista Médica de Minas Gerais*, 24(2), 202-215. <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1601/v24n2a11.pdf>
- Cavalcante, A. E. S., Silva, M. A. M., Rodrigues, A. R. M., Netto, J. J. M., Moreira, A. C., & Goyanna, N. F. (2012). Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. <https://bjstd.org/revista/article/download/1079/978>
- Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS -SP (2017). *Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS Manual de Assistência*. Disponível em: https://www.cealag.org.br/publicacoes/manuais_crt/assistencia/files/basic-html/page2.html
- Collins, P. H., & Bilge, S. B. (2016). Intersectionality. Cambridge: Polity Press.
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (2021) *Ministério da Saúde inaugura a exposição “Sífilis: História, Ciência, Arte” no Rio de Janeiro*. <https://www.conasems.org.br/ministerio-da-saude-inaugura-a-exposicao-sifilishistoriacienciaartenoriodejaneiro/#:~:text=A%20doen%C3%A7a%20ganhou%20aten%C3%A7%C3%A3o%20e,mais%20presente%20do%20que%20nunca.>
- Conselho Regional de Farmácia – PR. (2016). *Ministro da Saúde admite que Brasil vive uma epidemia de sífilis*. <https://www.crf-pr.org.br/noticia/visualizar/id/7267>

- Costa, M. C., Demarch, E. B., Azulay, D. R., Périssé, A. R. S., Dias, M. F. R. G., & Nery, J. A. D. C. (2010). Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 85, 767-785. <https://www.scielo.br/j/abd/a/jFVMKPSgGdCkTtPWdS8bHvh/?format=pdf&lang=pt>
- Couto, M.T., Júnior, F.M.C., & Maia, A.C.B. (2016). Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. (23),p. 97-117. <https://doi.org/10.1590/1984-6487>
- Crenshaw, K (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. Revista Estudos Feministas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Crooks, N., Wise, A., & Frazier, T. (2020). Abordando as infecções sexualmente transmissíveis no contexto sociocultural das relações heterossexuais negras nos Estados Unidos. *Ciências Sociais e Medicina*, 263, 113303. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620305220>
- Cruz, M. H. S. (2018). Empoderamento das mulheres. *Inclusão Social*, 11(2). <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4248>
- Dias, C. L. de O., Taminato, M., Barbosa, D.A., & Hino, P. (2019). A taxa de detecção de sífilis em gestantes como instrumento de avaliação do serviço de saúde Braz. *J. de Desenvolvimento*., 5(9), pág.14198-14201.
- Domingues, R. M. S. M., Saracen, V., Hartz, Z. M. D. A., & Leal, M. D. C. (2013). Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde pública*, 47(1), 147-157. <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/v47n1/19.pdf>
- Domingues, R. M. S. M., & Leal, M. D. C. (2016). Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32.
- Fachin, O. (2010) *Fundamentos de Metodologia*: Saraiva.
- Figueiró, M. N. D. (2020). *Educação sexual: retomando uma proposta, um desafio*. Eduel.
- Figueiredo, D. C. M. M. D., Figueiredo, A. M. D., Souza, T. K. B. D., Tavares, G., &

- Vianna, R. P. D. T. (2020). Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://www.scielo.br/j/csp/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/abstract/?lang=pt>
- Fontana, M. & Santos, S. F. (2001). Violência contra a mulher. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos*. p.101-128.
- Garcia, S., & Souza, F. M. D. (2010). Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde e sociedade*, 19, 9-20. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jGCLV8Ms8gfv3DDwCpj7k3x/abstract/?lang=pt>
- Gandra, A. (2021). *Casos de sífilis no país somam 783 mil em uma década, revela pesquisa*. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-10/casos-de-sifilis-no-pais-somam-783-mil-em-uma-decada-revela-pesquisa>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA.
- Gomes, R. M. (2014). Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. *Saúde em Debate*, 38, 938-952. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/k4FvBKyjvjGpHhXN3f4M5b/?format=html&lang=pt>
- Gomes, L. S. (2017). *A atuação feminina no movimento estudantil universitário durante o processo de redemocratização do Brasil*. (Pelotas/RS: 1977 – 1985). [Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos] Repositório Institucional Jesuíta http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/7156/Luisiane%20da%20Silveira%20Gomes_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gonçalves, H. S. (2021). *Casos de sífilis no país somam 783 mil em uma década, revela pesquisa*. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-10/casos-de-sifilis-no-pais-somam-783-mil-em-uma-decada-revela-pesquisa>
- Gonzales, Lélia. (1984). Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs.
- Gurgel, C. (2014). *Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos*. Editora

Contexto.

- Holanda, R. E., de Lima, M. J. A., Saraiva, J. A., & Rouberte, E. S. C. (2022). A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO RECÉM-NASCIDO. *Revista Expressão Católica Saúde*, 7(1), 20-29. <http://publicacoes.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recs/article/view/15/13>
- Knechtel, M. D. R. (2014). Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. *Curitiba: Intersaberes*.
- Korenromp, EL, Rowley, J., Alonso, M., Mello, MB, Wijesooriya, NS, Mahiané, SG, & Taylor, MM (2019). Carga global da sífilis materna e congênita e resultados adversos associados ao parto—Estimativas para 2016 e progresso desde 2012. *PloS one*, 14 (2), e0211720. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211720>
- Lima, L. M. (2021). Contribuições de Nietzsche para a discussão de casos de internações manicomiais de mulheres. *Cadernos Cajuína*, 6(1), 131-157. <https://cadernoscajuina.pro.br/revistas/index.php/cadcajuina/article/view/454>
- Lima, M. O. S. (2018). [*Infecção neonatal*.] Universidade Federal de Minas Gerais.
- Loffredo, L. D. C. M., Júnior, R. T., Segantini, B. L. S., Maurencio, C. W., Galego, F. S., Borges, J. R., & Benevides, T. E. (2020). Incidência de Sífilis Congênita em Regiões Geográficas Brasileiras, 2007-2016. *O Mundo da Saúde*, 44(s/n), 152-159. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/download/954/971>
- Loner, B. A., Gill, L. A., & Scheer, M. I. (2012). Enfermidade e morte: os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880 [Illness and death: slaves in the city of Pelotas, 1870-1880]. *Historia, ciencias, saude--Manguinhos*, 19 Suppl 1, 133–152. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702012000500008>
- Macêdo, V. C. D., Romaguera, L. M. D., Ramalho, M. O. D. A., Vanderlei, L. C. D. M., Frias, P. G. D., & Lira, P. I. C. D. (2020). Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28, 518-

528. <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VRdb5W4cRvgYCq7gYHcqB4x/>
- Machado, M. F., França, B. S. R., de Farias, M. L. S. A., & Costa, M. I. (2022). Mulheres e a questão racial da sífilis no Brasil: uma análise de tendência (2010-2019). *Research, Society and Development*, 11(1), e51511125202-e51511125202. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25202>
- Machado, L. *O apoio institucional nos processos de trabalho: ferramenta para o fortalecimento da atenção primária á saúde*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul] Repositório Institucional UFRGS <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104665/000940115.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marques, J. V. S., Alves, B. M., Marques, M. V. S., Arcanjo, F. P. N., Parente, C. C., & Vasconcelos, R. L. (2018). Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 17(2). <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1257/665>
- Marconi, M. D. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. atlas.
- Macêdo, V. C. D., Romaguera, L. M. D., Ramalho, M. O. D. A., Vanderlei, L. C. D. M., Frias, P. G. D., & Lira, P. I. C. D. (2020). Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28, 518-528. <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VRdb5W4cRvgYCq7gYHcqB4x/>
- Magalhães, D. M. D. S., Kawaguchi, I. A. L., Dias, A., & Calderon, I. D. M. P. (2013). Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1109-1120. <https://www.scielo.br/j/csp/a/WM4wjfcJBy9Yb4FTvjhvCDz/abstract/?lang=pt>
- Mauch, S. D. N., de Oliveira Almeida, A. M., & de Souza Santos, M. D. F. (2012). O significado da sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), ág-127. <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1160>
- Marconi, M. D. A., & Lakatos, E. M. (2011). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. In *Técnicas de pesquisa: planejamento e*

execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados (pp. xiii-277).

- Medeiros, F. A., Araújo-Souza, G. C. D., Albuquerque-Barbosa, A. A., & Clara-Costa, I. D. C. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 402-413. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 15(5), 2297-2305. <https://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
- Melo, N. G. D. O., Melo Filho, D. A. D., & Ferreira, L. O. C. (2011). Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(2), 213-222. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S167949742011000200010&script=sci_abstract
- Mello, V. S. (2016). *A saúde da mulher e o tratamento da sífilis: narrativas de vida e contribuições para a prática profissional*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro] Biblioteca digital de teses e dissertações https://www.btd.uerj.br:8443/bitstream/1/11416/1/DISSERTACA_O_FINAL_VALERIA_SILVA_DE_MELLO.pdf
- Mendonça, M. H. M., Matta, G. C., Gondim, R., & Giovanella, L. (2018). Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. *Saúde em Debate*. 42(1). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S131>.
- Narvaz & Koller (2006). *Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa clínica e política*. Maringá, Paraná, Brasil. Psicologia em estudo.
- Neto, N. N. (2021). *Assistência de enfermagem frente ao diagnóstico de sífilis na gestação: uma revisão integrativa* [Monografia, Universitário AGES] <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/20522/1/TCC%20NICOLLY%20NETO.pdf>
- OCDE (2018) Um elevador social quebrado? Como Promover a Mobilidade Social, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264301085-en> .
- Oliveira, D. R. (2021). *Atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita por meio do quadrilátero de formação em saúde: ensino, atenção, gestão e controle*

- social. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina] Repositório Institucional UFSC
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/227003/PNFR1205-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- Oliveira, N. R. D. C., Santos, H. F. D. A. C., Garcia, P. T., Pinho, J. R. O., Reis, R. S., Oliveira, A. E. F. D., ... & França, R. M. (2015). *Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes*. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2444>
- Organização das nações unidas. (2000). Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial. General Recommendation No. 25: Gender related dimensions of racial discrimination. Nações Unidas, Suíça.
- Ostos, N. S. C. (2012) A questão feminina: importância estratégica das mulheres para a regulação da população brasileira (1930-1945). *Cadernos Pagu*, 39, 313-343.
- Paiva, J. C. L. (2021). *Medição de desempenho em processos de comunicação para promoção à saúde: estudo de caso no projeto "Sífilis Não"*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/48992/1/Medicaodesempenhoprocesso_Paiva_2021.pdf
- Peterman, T. A, & Cha, S. (2018). Intervenções apropriadas ao contexto para prevenir a sífilis: uma revisão narrativa. *Doenças sexualmente transmissíveis*, 45 (9), S65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6752042/>
- Pinto, V. M., Basso, C. R., Barros, C. R. D. S., & Gutierrez, E. B. (2018). Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2423-2432. <https://www.scielo.br/j/csc/a/wwgnzLKCKqD4pbtcJ4B76td/abstract/?lang=pt>
- Prates, D. Z. (2020). *Caracterização dos casos notificados de sífilis adquirida e gestacional em Guarapuava – PR (2011 a 2020)*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Uniguairacá Centro Universitário] Repositório Institucional Uniguairacá [http://repositorioguairaca.com.br/jspui/bitstream/23102004/187/1/Caracteriza%20c3%a7%c3%a3o%20dos%20casos%20notificados%20de%20s%c3%adfilis%20adquirida%20e%20gestacional%20em%20Guarapuava%20PR%20\(2011%20a%202020\).pdf](http://repositorioguairaca.com.br/jspui/bitstream/23102004/187/1/Caracteriza%20c3%a7%c3%a3o%20dos%20casos%20notificados%20de%20s%c3%adfilis%20adquirida%20e%20gestacional%20em%20Guarapuava%20PR%20(2011%20a%202020).pdf)

[20adquirida%20e%20gestacional%20em%20Guarapuava-PR%20%282011%20a%202020%29.pdf](#)

- Prodanov, C. C., & De Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição*. Editora Feevale.
- Raupp, F.M., & Beuren, I.M. (2006). Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In IM Beuren (Ed.), *Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática* (3ª ed., pp. 76-97). São Paulo, Atlas.
- Reis, G. J. D., Barcellos, C., Pedroso, M. D. M., & Xavier, D. R. (2018). Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34. <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LN6HFGcT5DGRVYV8PhTr7x/abstract/?lang=pt>
- Ribeiro, M. L., & de Miranda, J. M. (2019). O tema da sexualidade abordado por professores de língua portuguesa do ensino fundamental II em uma escola particular do município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, 12(39), 33-51. <https://revistas.utfpr.edu.br/cgt/article/view/9156>
- Rosa, R. P. (2020). *Uma análise crítica de discursos machistas de representantes do governo brasileiro*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Taubaté] http://repositorio.unitau.br/jspui/bitstream/20.500.11874/5092/1/TG_Rafaela%20de%20Paula%20Rosa_Psicologia_2020.pdf
- Rodrigues, H. M. N. (2019). *A informação como ferramenta de enfrentamento à violência contra a mulher no DF*. [Monografia, Universidade de Brasília] https://bdm.unb.br/bitstream/10483/25869/1/2019_HannaMariaNunesRodrigues_tcc.pdf
- Rubin, G. (2018). *Políticas do sexo*. Ubu Editora LTDA-ME.
- Santos B. R. (2017). *Sífilis e reforma da saúde na Bahia (1920-1945)*. Eduneb.
- Santos, S. M. D. M. D., & Oliveira, L. (2010). Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. *Revista Katálisis*, 13, 11-19. <https://www.scielo.br/j/rk/a/HqLvNHVzXPJkDYSCHsb94hP/abstract/?lang=pt>
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. (2016). *Prevenção da*

- transmissão vertical do HIV, Sífilis congênita e hepatites B e C: Guia para maternidades.* <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/18115839-guia-para-maternidades-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-congenita-e-hepatites-b-e-c.pdf>
- Sei, M. B., Silva, A. C.M., & de Vieira, R. B.A.P. (2021). Família, religião e educação sexual em mulheres com vaginismo: Um estudo qualitativo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 23(3).http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v23n3/pt_v23n3a12.pdf
- Serra, M. S. (2021). *Casos de sífilis no país somam 783 mil em uma década, revela pesquisa.* <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-10/casos-de-sifilis-no-pais-somam-783-mil-em-uma-decada-revela-pesquisa>
- Silva Campos, T. R. M. F. (2008). *Metodologia de pesquisa.* Iesde Brasil SA.
- Silva, F. B., & Berrá, L. (2018). Desafios das mulheres em cargos de liderança. *Revista Destques Acadêmicos*, 10(1).<http://www.meep.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1750/1315>
- Silva, J. C. B. (2021). SÍFILIS: ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS E CONTROLE EM DUQUE DE CAXIAS, NO RIO DE JANEIRO, DURANTE A PANDEMIA PELO COVID-19. *Revista Brasileira de Biomedicina*, 1(1).
<https://revistadabiomedicina.com.br/index.php/12222/article/view/64>
- Silva, T. F. D., David, H. M. S. L., Caldas, C. P., Martins, E. L., & Ferreira, S. R. (2018). O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saúde em Debate*, 42, 249-260.
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mVdijLDN8fYxkQtGJtHttyq/abstract/?lang=pt>
- Silva, V.S. T. (2016). *Os (Des) caminhos da sífilis congênita no município de Botucatu/São Paulo.* Botucatu Universidade Estadual Paulista.
- Souto-Marchand, A. S. (2017). *Doenças infecciosas e suas correlações com indicadores socioeconômicos e demográficos: estudo ecológico em diferentes estados brasileiros.* [Tese de Doutorado, Instituto Oswaldo Cruz] Biblioteca digital de teses e dissertações.
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/37301/andrea_marchand_io_c_dout_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Sortica, A. C. (2017). *Rede de atenção à saúde, sífilis e educação em saúde, a*

- intersecção necessária*: um estudo de caso sobre sífilis em gestante e congênita no município de Esteio. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul] Repositório Institucional UFRGS <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158184/001020426.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). (2022). *O descontrolo da sífilis*. <https://infectologia.org.br/2022/03/02/odescontroledasifilis/#:~:text=Uma%20doen%C3%A7a%20que%20tem%20um,tratamento%20access%C3%ADvel%2C%20h%C3%A1%20pouco%20diagn%C3%B3stico.>
- Souza, N. S. (2021). *Sífilis em gestantes como expressão da questão social*: um estudo a partir do Programa Municipal IST/AIDS em Campos dos Goytacazes (RJ). [Trabalho de Final de Curso, Universidade Federal Fluminense] Repositório Institucional UFF <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/21442/MONOGRAFIA%20NILENE%20%20SOUZA%20%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tesser, C. D., & Norman, A. H. (2014). Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 23, 869-883. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RrDjB4rMb9S4ZwHS6T9kcnC/abstract/?lang=pt>
- Tiago, Z. D. S., Picoli, R. P., Graeff, S. V. B., Cunha, R. V. D., & Arantes, R. (2017). Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26, 503-512. <https://www.scielosp.org/article/ress/2017.v26n3/503-512/pt/>
- Tonani, A. V. (2011). Gestão feminina-um diferencial de liderança mito ou nova realidade. In *Congresso Nacional de Excelência em Gestão* (Vol. 7, pp. 4-15).
- Vidal, I. R., & Mascarenhas, F. A. N. (2020). 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*, 6(10), 81136-81149. <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/18694>

- Vianna, F. L. (2014). *Mulheres na cidade: A invisibilidade e a exploração da condição da mulher no espaço urbano*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo] Biblioteca digital de teses e dissertações https://www.researchgate.net/publication/295241230_Mulheres_na_cidade_a_invisibilidade_e_exploracao_da_condicao_da_mulher_no_espaco_urbano
- Witcel, R. (2020). *A luta do “Oito de março” como espacialização emancipatória do debate feminista no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”] Repositório Institucional UNESP https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/192084/witcel_r_me_ippri_int.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Vasconcelos, M. I. O., de Oliveira, K. M. C., Magalhães, A. H. R., Guimarães, R. X., Linhares, M. D. S. C., de Oliveira Queiroz, M. V., & Albuquerque, I. M. A. N. (2016). Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29, 85-92. <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>
- Vergara, S. C. (2000). Começando a definir a metodologia. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*, 3, 46-53.
- Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N. D., Theme Filha, M. M., Costa, J. V. D., ... & Leal, M. D. C. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 30, S85-S100. <https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30suppl1/S85-S100/>
- Xavier, E. (2021). *Que corpo é esse?: o corpo no imaginário feminino*. Oficina Raquel.

Anexo I

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº			
Definição de caso:							
Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.							
Situação 2 - Mulher sintomática ^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.							
a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/poit .							
Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.							
^a Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		SÍFILIS EM GESTANTE			
		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
		O98.1					
	4	UF	5	Município de Notificação			
				Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código			
	7	Data do Diagnóstico					
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	F - Feminino		
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		F	12	Gestante	
					1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional/ Ignorada 9 - Ignorado		
	14	Escolaridade		13	Raça/Cor		
					1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 8 - Indígena 9 - Ignorado		
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)		
	19	Distrito					
	20	Baio		21	Logradouro (rua, avenida,...)		
					Código		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso							
Ant. epid. gestante	31	Ocupação					
	32	UF	33	Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)		
	34	Unidade de realização do pré-natal:		Código			
	35	Nº da Gestante no SISPRENATAL		36	Classificação Clínica		
					1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado		
Dados laboratoriais	Resultado dos Exames						
	37	Teste não treponêmico no pré-natal		38	Título		
		1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:	39	Data	
	40	Teste treponêmico no pré-natal					
		1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					
Tratamento/encerramento	41	Esquema de tratamento prescrito à gestante					
		1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado					
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42	Parceiro tratado concomitantemente à gestante					
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	43	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro					
		1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado					

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro <input type="checkbox"/>		
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: _____		
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Sífilis em oestante	Sinan NET	SVS 29/09/2008

Anexo II

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº		
Definição de caso:						
Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} .						
^a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).						
^b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.						
^c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.						
Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:						
- Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;						
- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;						
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e ;						
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;						
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.						
^d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida						
^e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade						
Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.						
^f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		SÍFILIS CONGÊNITA		
	3	Código (CID10)	Data da Notificação			
	4	UF	5	Município de Notificação		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	7	Data do Diagnóstico				
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12	Gestante
Dados de Residência	13	Raça/Cor		10		
	14	Escolaridade		10 - Não se aplica		
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	
Dados Complementares	19	Distrito				
	20	Baixo		21	Logradouro (rua, avenida, ...)	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
Antecedentes Epiat. da gestante / mãe	27	CEP				
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	
	30	País (se residente fora do Brasil)				
	31	Idade da mãe	32	Raça/Cor da mãe	33	Ocupação da mãe
Dados do Lab. da gestante / mãe	34	Escolaridade				
	35	Realizou Pré-Natal nesta gestação		36	UF	
	37	Município de Realização do Pré-Natal		Código (IBGE)		
	38	Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código		
Trat. da gestante / mãe	39	Diagnóstico de sífilis materna				
	40	Teste não treponêmico no parto/ouretagem		41	Título	
	42	Data				
	43	Teste treponêmico no parto/ouretagem				
44	Esquema de tratamento		45	Data do Início do Tratamento		
46	Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante					

Ant. Epizem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			51 Título 1:	52 Data
	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado			63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				
	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				
66 Data do Óbito					
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função		Assinatura	

OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas par a *Treponema pallidum*), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados

dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.