

## SÍFILIS CONGÊNITA: MÃES DE UMA CIDADE PAULISTA DE GRANDE PORTE RELATAM SUAS VIVÊNCIAS E RELAÇÃO COM A REDE DE SAÚDE

**Barbosa RJ<sup>1</sup>, Santos MHS<sup>2</sup>, Vianna PVC<sup>3</sup>.**

<sup>1,2,3</sup>Universidade do Vale do Paraíba, Faculdade Ciências da Saúde, Avenida Shishima Hifumi, 2911 – Urbanova.

rodrigo.skar@gmail.com; mical\_msilva@hotmail.com; paulavianna@univap.br.

**Resumo** - A investigação da sífilis na gestação justifica-se pela elevada e crescente taxa de incidência de sífilis congênita, condição evitável pelo acesso ao cuidado pré natal. Este estudo investigou fatores envolvidos no nascimento de crianças com sífilis na cidade de São José dos Campos, SP, em especial fatores socioculturais na vida das gestantes e fragilidades por elas percebidas no sistema de saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, construída a partir da análise de conteúdo da narrativa de oito mães que geraram crianças com sífilis no município de São José dos Campos, SP, nos anos de 2014 e 2015. Os resultados mostram que a prevenção da sífilis congênita depende da implementação das orientações das políticas nacionais, mas também exige dos profissionais de saúde um olhar mais ampliado e uma postura que rompa os estigmas que ainda marcam a sífilis e o cuidado às mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social. Considerar a saúde em sentido ampliado é primordial para efetivar as diretrizes estabelecidas pela vigilância.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita, Assistência pré-natal, Serviços de saúde, Narração, Doenças Sexualmente Transmissíveis.

**Área do Conhecimento:** Saúde Pública.

### Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual. Se não tratada, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos. A transmissão vertical varia de 30 a 100%, caso o tratamento não seja feito ou seja inadequado. É considerado caso de sífilis na gestação, toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não *Treponema* reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste *Treponêmico*, realizada no pré-natal, no momento do parto ou curetagem (BRASIL, 2010). Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de vida. Por isso, além da realização do exame no pré natal, os protocolos indicam, a fim de controlar essa afecção, a realização da triagem sorológica da mãe na maternidade (BRASIL, 2010). Já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos a partir da nona semana de gestação (BRASIL, 2010). As alterações fisiopatológicas observadas na gestante são as mesmas da não-gestante. A sífilis congênita (SC) apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período. A maior parte dos casos de SC precoce é assintomática (cerca de 70%), porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo sífilítico, condiloma plano, petéquias, púrpura, fissura peribucal), periostite, osteocondrite, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Na SC tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos. O tratamento para SC é realizado com penicilina benzatina conforme os critérios determinados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). A penicilina é um antibiótico comprovadamente eficaz contra a bactéria causadora da doença, além de ser o único tratamento recomendado por especialistas para mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) recomenda três doses de penicilina benzatina para impedir a progressão da doença, principalmente se ela for aplicada no primeiro ano após a infecção.

No Estado de São Paulo, foram notificados 21.247 casos de SC no período de 1989 a 2014. A taxa de incidência de SC e a taxa de detecção de sífilis na gestação aumentaram, respectivamente, 1,9 vezes (de 2,0 para 3,9 casos/1000 nascimentos-ano) e 2,3 vezes (de 3,6 para 8,3 gestantes/1000

nascimentos-ano), quando comparados os anos 2010 e 2013. Os dados mostram que apesar da SC ser um agravo evitável, ainda é um problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas no pré-natal (BRASIL, 2010). A medida de controle da SC mais efetiva é oferecer às gestantes assistência pré-natal adequada: captação precoce da gestante para o pré-natal e realização de, no mínimo, seis consultas, com realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação e um segundo teste em torno da 28ª semana. Ações direcionadas devem ser feitas para busca ativa a partir dos testes reagentes positivos e o tratamento e seguimento adequados devem ser instituídos para a gestante e seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica. Os resultados das sorologias e o tratamento devem ser registrados na carteira da gestante e os casos de sífilis congênita, notificados (BRASIL, 2010).

Na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, entre os anos de 2008 e 2013, foram notificados 303 casos de SC, o que representou aumento de 1,32 para 2,92 casos de SC/1.000NV-ano. Embora esse índice seja inferior ao índice estadual, a comparação entre as 17 regiões de saúde mostra que a Região possui uma das piores relações entre o diagnóstico da sífilis na gestação e a ocorrência de sífilis congênita no Estado (PINTO, 2016). Dos 39 municípios da região, 22 notificaram casos no período, incluindo municípios de alta vulnerabilidade social (medida pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social), como também aqueles cuja população pertence majoritariamente à categoria de vulnerabilidade baixíssima, muito baixa ou baixa (VIANNA, et al, 2015). Os dados têm mostrado que apesar da SC ser um agravo evitável, ainda é um problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas, particularmente do pré-natal (DOMINGUES, et al, 2015; MAGALHÃES et al, 2013). Na região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte e, mais particularmente, no município de São José dos Campos, anualmente, além da incidência crescente da identificação de sífilis na gestação, a persistência e elevação de índices de sífilis congênita torna esta condição uma prioridade para a saúde coletiva e vigilância epidemiológica.

O objetivo deste estudo foi investigar fatores sociais e culturais presentes tanto nas histórias de vida de mães de crianças nascidas com sífilis como nos seus relatos de atendimentos na rede de saúde, para compreender o porquê da não efetivação das diretrizes estabelecidas pela Vigilância Epidemiológica em seus documentos normativos para o controle desta condição.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, transversal, que tem como sujeitos de pesquisa oito mães que transmitiram sífilis a seus conceitos nos anos de 2014 ou 2015 na cidade de São José dos Campos, SP. Os dados de caracterização do cenário epidemiológico do município foram obtidos no Tabnet da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e consistiram de séries históricas até o último ano disponível (2010 a 2014) de sífilis congênita na gestação. O Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE21) forneceu dados para os anos de 2014 e 2015 para a região de saúde do Alto Vale do Paraíba, formada por oito municípios, da qual faz parte o município de São José dos Campos. A concepção teórica deste estudo é a da determinação social da saúde, que entende a saúde em seu sentido ampliado, como produto da interação de quatro campos: o biológico, o subjetivo e social, relacionado a hábitos e atitudes de vida; o ambiente de vida e o acesso a serviços de saúde (BUSS, 2003).

O projeto foi submetido ao sistema CEP/CONEP e aprovado sob número CAAE: 50821815.0.0000.5503. A secretaria de Saúde do município de São José dos Campos (SJC) e os Grupos de Vigilância Epidemiológicas (GVE) da região foram instituições parceiras. Para a pesquisa qualitativa, a Vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de SJC forneceu a lista com as UBS com casos notificados de sífilis congênita nos anos de 2014 a 2016. Este período foi escolhido pois o Manual da Vigilância recomenda dois anos de seguimento após o diagnóstico de sífilis congênita. De posse desta lista, e da autorização formal e escrita para a pesquisa, os pesquisadores contataram as UBS com casos notificados e agendaram uma visita para acordarem a forma de contato com as mães. Os profissionais e técnicos da UBS (Agentes Comunitários de Saúde - ACS - nas unidades com modelo de saúde da família e responsáveis pela Vigilância nas UBS com modelo tradicional) mediaram o contato com as mães. A pesquisa qualitativa foi baseada em entrevistas semiestruturadas com as mães, baseada em um documento orientador padronizado, e na observação de campo. No diário de campo foram feitas observações em relação à organização do trabalho; ao discurso dos agentes de saúde e ao local de moradia das mães, uma vez que a entrevista foi realizada em domicílio. Segundo Spink (2008), a entrada dos pesquisadores no campo, a forma como situam seu objeto de pesquisa, já é parte da pesquisa e pode contribuir para a interpretação dos resultados.

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

## Resultados

A RMVP possui 2.453.387 habitantes (IBGE, 2015). Nasceram cerca de 34.000 crianças por ano. Em 2014, 100 nascimentos de crianças com sífilis foram notificadas para os três grupos de Vigilância Epidemiológica da região; em 2015 o total de notificações subiu para 146, sendo 117 em São José dos Campos (GVE-17, 2016), o que corresponde a uma incidência de 2,9 e 4,3 casos de sífilis congênita por 1.000 NV, respectivamente. Na relação enviada pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, 39 UBS (das 42 que o município possui) foram indicadas como tendo casos de sífilis congênita em acompanhamento. O campo foi iniciado pela zona sul, região em que dez unidades possuíam casos notificados e por uma unidade da região leste. Das onze unidades contatadas, três informaram que não tinham casos em acompanhamento (em uma delas, por mudança da gestante da área de abrangência da UBS), duas informaram não ter disponibilidade de tempo para receber a equipe de pesquisa pelo acúmulo de atividades e escassez de recursos humanos e seis agendaram um primeiro contato com a equipe. Dessas seis unidades, duas operam no modelo saúde da família e as demais no modelo tradicional de cuidado, duas com agentes comunitários de saúde em número reduzido, sem trabalho em equipe, e duas não contam com ACS.

O primeiro contato foi estabelecido com a gerente da unidade, que indicou a pessoa responsável pela vigilância da sífilis na UBS: enfermeira (três unidades), auxiliar de enfermagem (2 unidades) e equipe (em uma unidade de saúde da família). A primeira reação da unidade era considerar que não tinha ou tinha poucos casos, depois, ao contato com a responsável pelo controle, chamou-nos a atenção a forma como reagiam ao identificar o “caso”, rotulado de “difícil”, caso “sem jeito”, “complicado”, “nunca está”. Chamou-nos também atenção a mobilidade: gestantes que eram de outra área e agora estavam na área de abrangência, ou que vieram de outra área em que fizeram o pré natal e agora a criança era cuidada na UBS. Com o apoio dos gerentes/enfermeiras e ACS 22 mães em que o questionário poderia ser aplicado foram identificadas. A ida a campo comprovou a dificuldade de encontrar essas mulheres em suas residências, visto que a maioria trabalhava o dia todo e outras permaneciam fora da residência por grandes períodos de tempo; três mães indicadas estavam em regime de privação de liberdade; outras haviam se mudado de residência e uma, de cidade. Em dois meses de trabalho de campo, oito entrevistas foram realizadas. Duas delas não foram realizadas com as mães mas com seus familiares (parceiro e mãe), pois a mãe abandonara o lar e não estava acessível. Optamos por ampliar a realização das entrevistas e considerar as informações fornecidas por esses informantes seguindo a orientação de Meihey & Holanda (2015) para a história oral. Segundo esses autores, a combinação de narrativas deve ser valorizada e contribui para a construção da história oral relativa a determinado tema.

Quatro mulheres eram jovens, tendo entre 18 e 30 anos, uma tinha 38 e outra, 42 anos. Nenhuma das mães entrevistadas relatou ter planejado a gravidez e o início do pré natal foi tardio, com menos consultas do que o preconizado (com exceção de uma mãe). O grau de escolaridade dessas mulheres era baixo (duas com fundamental completo, uma fundamental incompleto e três ensino médio completo) e todas relataram desconhecer a sífilis como uma questão de saúde antes do diagnóstico. Um primeiro núcleo temático observado diz respeito à *informação*, ou melhor, *desinformação*. Embora preocupassem-se com a AIDS e com evitar a gravidez, desconheciam completamente o risco de infecção por sífilis. As duas mães que abandonaram o lar (uma, habitava com a mãe e saiu de casa com os dois filhos; a outra tem paradeiro desconhecido e a filha é cuidada pelo parceiro e seus familiares) possuíam envolvimento direto com *uso de drogas ilícitas*, outro núcleo temático identificado. Em dois outros casos, o uso de drogas ilícitas não foi relatado pelas mulheres, mas seus parceiros eram/são usuários e nesse caso o tratamento do parceiro é um desafio maior: além do desconhecimento e da negação da doença e da restrição do horário comercial de atendimento das unidades de saúde, relatadas em todos os casos como empecilhos para o tratamento, acrescenta-se

a dificuldade de contato do serviço de saúde com o parceiro, a dificuldade do diálogo, a agressividade, a falta de argumentos. Como relata SM “é difícil falar para ele tratar... eu falo, ele não vai... ele diz não e eu não consigo falar não para ele”. Apesar dessas dificuldades, em seis mulheres o parceiro realizou o tratamento.

Na fala das mães sobre o atendimento de pré natal nas UBS e o acompanhamento do tratamento da doença, reclamações acerca do acesso ao agendamento das consultas foram frequentes, assim como, em dois casos a demora do acesso ao medicamento essencial ao tratamento (penicilina benzatina). No geral as gestantes foram atendidas e orientadas, mas duas mulheres afirmaram ter recebido o diagnóstico em tom de censura e repreensão, como relata AB: “a médica meio que me chamou minha atenção, brigou comigo um pouquinho: tá vendo no que dá?”. Na sua desinformação, não esclarecida na consulta médica, sem compreender bem o que era a sífilis, como a teriam adquirido, como fica a relação com o parceiro, as mulheres recorreram à internet. E isso aumentou a insegurança: “Não saiba muito bem o que era, aí a gente correu pra internet, aí quando vi o que poderia acontecer fiquei assustada” (AB); “No hospital quando descobri, na hora já fui pesquisar na internet, google, enfermeira até ficou brava de tantas perguntas que fiz”. (GML). As gestantes vivem em situações sociais precárias, duas em conjuntos habitacionais populares, e a história de vida e a forma como construíram sua *rede de relações sociais e familiares* (um terceiro núcleo temático) influenciou a forma como lidaram com o diagnóstico de sífilis na gestação. Mulheres com relacionamento conflituoso com a família e com os parceiros, com envolvimento com uso de drogas ilícitas, lidam com maior dificuldade com o cuidado do filho com sífilis. Por outro lado, algumas aumentaram sua autonomia, seja terminando relações em que se descobriram traídas, como cita GHA: “Na minha primeira filha foi tranquilo, não tive problema algum com ela, só na minha segunda filha, porque como o pai dela viajava bastante, ele era pedreiro, me traía muito”, outras, fortalecendo uma relação com base na confiança, como cita AB “No começo a gente ficou assim, ninguém sabe quem transmitiu, o que será que está acontecendo.... Mais depois ficou mais fácil, a gente foi junto tratar, se apoiando e não quis saber de quem que é, fizemos um acordo e o que passou, passou”. Apenas duas relataram usar preservativo. Motivos para não usar foram a confiança no parceiro, o ato sexual sob efeito do uso de drogas, ou a dificuldade de tratar o assunto com o parceiro, mesmo para as mulheres que tinham conhecimento da atividade sexual do parceiro fora do relacionamento.

A desinformação não era só em relação à sífilis na gravidez, mas a seus efeitos tardios e outras dúvidas ainda não esclarecidas, como na fala de GHA “fiquei com a garganta inflamada e tomei amoxicilina, só que eu não sabia que cortava o efeito (do anticoncepcional), daí foi que fiquei grávida”. A falta de planejamento é evidente nas entrevistas, todas as mulheres entrevistadas apresentaram desconhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e não uso de preservativos nas relações sexuais, gerando gestações não planejadas, como cita GML “a gravidez não foi planejada, descobri essa gravidez 6 meses depois de terminar meu relacionamento e foi um susto, porque ela nasceu de 7 meses”, relata a gestante.

No núcleo temático das redes de relações sociais, se destaca a família. Para duas mães o apoio da família foi fundamental para o tratamento, deu sustentação e coragem para prosseguir na vida, como relata GML “Depois de tudo isso me sinto aliviada, um alívio muito bom, hoje sou uma pessoa normal, mas me cuido mais. Meu maior apoio foi minha família” e CMS “todo mundo ajuda, meus irmãos me ajudam, aí eles que me socorrem”. No entanto, em dois casos, a família permanece um foco de conflito entre as mães e seus filhos. Em um caso, a mãe se foi, e os familiares do parceiro, usuário de drogas ilícitas e pai presente e afetuoso, formam a rede de cuidados que sustenta a criança. No outro, a mãe se foi com os filhos e família e equipe de saúde não conseguiram desenvolver estratégias para manter o cuidado. As UBS tiveram um papel importante na notificação da doença para controle da Vigilância Epidemiológica, oferecendo o tratamento e os Hospitais são lembrados pelas mulheres, como relata GML “meu maior apoio foi minha família e lógico o hospital, os enfermeiros, médicos, sempre do meu lado me ajudando, todo dia me ajudando, psicólogo do hospital me apoiando me aconselhando”. A *espiritualidade e religião* são um último núcleo temático identificado. Mencionado em todas as entrevistas, as gestantes o expressaram em frases como “porque Deus quis” ou “Graças a Deus”, em busca de conforto, coragem ou, mesmo, ressignação.

## Discussão

O tratamento dos parceiros é indicado, na literatura científica, como um dos principais obstáculos para a redução de incidência de sífilis congênita (DOMINGUES, et al, 2013; MAGALHÃES et al, 2013; MIRANDA et al, 2012), daí a orientação do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado

de São Paulo de tratar os parceiros diante da sorologia positiva da gestante (BRASIL, 2010). No entanto, poucos estudos investigam quais as dificuldades relacionadas ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis (DOMINGUES, et al, 2013). Segundo (MAGALHÃES, et al, 2013) e como reforçado no encontro estadual que discutiu o tema no Estado de São Paulo (SEMANA..., 2016), o principal fator de falha no tratamento da gestante é a falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro. A inclusão do parceiro no pré-natal tem sido uma importante estratégia para a abordagem do problema e é determinante para a cura eficaz da mãe (evitando recidivas) e, conseqüentemente, para o fim do agravo. Nas narrativas, na gravidez, das oito mulheres sete moravam com o parceiro, em uniões estáveis, namorando ou, simplesmente, “morando junto”. No entanto, se o parceiro não compareceu à UBS no momento da consulta e a unidade não se organizava no modelo saúde da família, a transmissão da informação para o parceiro ficava por conta da mulher, que, como vimos, disponha de pouco conhecimento sobre um assunto tão delicado, que revelava, na sua exposição, fragilidades no relacionamento. Traição, violência, dúvidas, questionamentos se revelaram na fala das mulheres ao ouvir o diagnóstico, como transmitir ao parceiro? Fica patente a dificuldade dos serviços de saúde em tratar da mulher de forma integral, incorporando ao campo biomédico os demais campos que constituem a saúde, ou de desenvolver a sensibilidade para a elaboração de estratégias de comunicação adaptadas às realidades de vida das mulheres gestantes, pois algumas gestantes têm relação submissa com os parceiros (não saber dizer não) e outras trabalham o dia inteiro, sendo difícil o acesso ao serviço de saúde.

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

Autores apontam que o controle da SC parece que ainda não representa um problema importante a ser enfrentado pelos responsáveis pelas políticas públicas de saúde, considerando que esse problema é antigo e permanece, ainda na atualidade, sem solução (MAGALHÃES et al, 2013; MIRANDA et al, 2012). Especialistas afirmam que é possível evitar a transmissão vertical de doenças e reivindicam investimento para o seu controle, como ocorreu com o HIV (SEMANA ..., 2016). No entanto, as narrativas colhidas mostram que há outras questões a considerar, que passam pelos campos das relações sociais estabelecidas; dos hábitos e atitudes, incluindo o consumo de drogas ilícitas e a forma como esse consumo influencia a relação sexual e os relacionamentos; pelo campo da religiosidade e a forma como esta se manifesta, por vezes confortando, por vezes aumentando a vitimização das mães. Para as mulheres, especialmente aquelas de parceiro fixo, a inserção do preservativo nas relações sexuais ainda é um tabu, por vezes devido à confiança que tinham ou que muitas ainda têm no parceiro, por vezes pela submissão na relação, que não enfrenta o incômodo justificado pelo parceiro para não usar o preservativo. Os serviços de saúde devem considerar e tratar dessas questões, adotando a postura preconizada nos documentos que orientam a atenção básica (BRASIL, 2006) e mais especificamente o controle da Sífilis (BRASIL, 2010), que preconizam o acolhimento e identificação conjunta, com a paciente, de estratégias de negociação com o parceiro e acompanhamento até o fim do tratamento, pois a infecção repetida pode perpetuar a sífilis.

## Conclusão

A sífilis congênita é uma condição evitável desde que corretamente diagnosticada e tratada. A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento da cobertura de assistência pré-natal indica que a qualidade da assistência é insatisfatória. Os pontos ressaltados pelas mães neste estudo - dificuldade de acesso das mães e parceiros aos serviços e tratamento; falta de informação, que gera hábitos e atitudes que aumentam a vulnerabilidade à doença; o papel protetor ou potencializador de vulnerabilidade das redes sociais - auxiliam a compreender os pontos apontados pela literatura e por nós do atendimento: a ausência de aconselhamento e a falta do tratamento ao parceiro.



O estudo mostra a necessidade de revisão dos procedimentos adotados e a adoção do conceito de saúde ampliada (BUSS, 2003), que considera a pessoa no seu todo (bio-psico-social) diante do cuidado da gestante. Considerar a saúde integral da gestante poderá facilitar a escuta de informações referentes aos parceiros sexuais, bem como a outras questões que afetem a vida e a saúde da gestante. Há equipes normativas e distantes; há equipes acolhedoras; há famílias que apoiam, mulheres que reconstróem seus relacionamentos, outras que os rompem. Nem tudo cabe em categorias pré-definidas. As narrativas são muitas e complexas mas apontam algo em comum, em especial a importância das redes sociais e da religiosidade, que devem ser consideradas pela equipe.

Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores. Isso se deve pelo curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela persistência da dificuldade de abordagem das DST, principalmente durante a gestação e provavelmente pelo desconhecimento desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e principalmente do bebê e, igualmente, por uma visão que ainda prioriza o olhar biomédico e não incorpora as demais dimensões de saúde como parte do cuidado.

## Referências

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

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

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

BUSS, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (1a ed., pp. 15–38). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DOMINGUES, R.M.S.M, Sarraceni, V. Hartz, Z.M.A, Leal. M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública** (1):147-57, 2013.

DOMINGUES, C.S.B, Kalisman, A.O.; Tayra, A. Paula, I.A., Cervantes, V., Souza, R.A., Gianna, M.C. Sífilis congênita no Estado de São Paulo: o desafio continua. **Boletim epidemiológico Paulista (BEPA)**, Vol.12(142): 27-37, 2015.

MAGALHÃES, D.M.S, Kawaguchi, I.A.L, Dias, A, Calderon, I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1109-1120, jun, 2013

MEIHY, José Carlos Sebe & HOLANDA, Fabíola. **História oral: como fazer, como pensar**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2015

PINTO, Valdir Monteiro Programa Estadual de DST/Aids – SP. Panorama da sífilis na gestante e sífilis congênita no estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/publicacoes/arquivos-de-eventos/semana-de-mobilizacao-contra-a-sifilis-2016/apresentacoes>

Semana Paulista de Mobilização contra a Sífilis, Sífilis Congênita: “Um problema de todos nós”, 2016.

SPINK, P. K. (1995). **O pesquisador conversador no cotidiano**. *Psicologia & Sociedade*, 20 (Edição especial), 70–77.

Tabnet da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
[http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/sifilis\\_pacto.def](http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/sifilis_pacto.def)

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