

O QUE AS MÃES SABEM E SENTEM SOBRE A SÍFILIS CONGÊNITA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

What the mothers know and feel on syphilis congenital:
an exploitation study and its implications for the nursing practice

Lo que las madres saben y sienten sobre la sífilis congénita:
un estudio exploratorio y sus implicaciones para la práctica de enfermería

Leila Rangel da Silva

Rosângela da Silva Santos

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, envolvendo cinco mães que aguardavam o tratamento do seu filho com sífilis congênita no alojamento conjunto de uma maternidade municipal do Rio de Janeiro. Seus objetivos foram identificar o conhecimento materno sobre a sífilis e analisar os sentimentos de mães de recém-nascidos com sífilis congênita em relação à transmissão vertical. O estudo demonstrou que todas as mães realizaram a sorologia no pré-natal, sendo que três redescobriram a sífilis através da gestação atual, não acreditando na sífilis como doença e na possibilidade da transmissão vertical. Portanto, a enfermeira que trabalha em alojamento conjunto deverá estar atenta às alterações emocionais que possam ocorrer nas mulheres portadoras de sífilis no momento da confirmação diagnóstica, apoiando, compreendendo, esclarecendo e eliminando falsos conceitos e tabus que ainda persistem em relação a essa doença sexualmente transmissível.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da mulher. Sífilis.

Abstract

This is a exploitation study about a qualitative type involving five mothers who were awaiting the treatment of their sons with congenital syphilis, in a collective lodging of a municipal maternity of Rio de Janeiro. Its objectives were to identify the mother's knowledge about syphilis and analyze the mother's feelings to the congenital syphilis, relatively to the vertical transmission. The study has demonstrated that all the mothers who suffered the pre-born sorology, three of them re-discovered the syphilis through the current pregnancy, and they didn't believe in syphilis as illness and in the possibility of vertical transmission. Therefore, the nurse, who works in a collective lodging, should be alert to the emotional alterations that could happen to the women with syphilis, at the moment of a diagnostic confirmation, supporting, understanding, clarifying and eliminating false concepts and taboos, that still remain, relatively to this sexually transmissible disease.

Keywords: Nursing. Woman's health. Syphilis.

Resumen

Es un estudio exploratorio, del tipo estudio de caso, que involucra cinco madres en espera de tratamiento para su hijo con sífilis congénita, en el alojamiento conjunto de una maternidad municipal de Rio de Janeiro-Brasil. Los objetivos del estudio fueron identificar el grado de conocimiento de esas madres sobre la sífilis y analizar los sentimientos de las madres de recién nacidos con sífilis congénita, en relación a la transmisión vertical. El estudio demostró que todas las madres habían realizado examen de sangre en el período prenatal y tres de ellas redescubrieron padecer sífilis durante la gestación actual, no considerando la sífilis como una enfermedad ni la posibilidad de transmisión vertical. Por lo tanto, la enfermera que trabaja en alojamiento conjunto deberá estar atenta a las alteraciones emocionales que puedan ocurrir en las mujeres portadoras de sífilis, en el momento de la confirmación diagnóstica, apoyando, comprendiendo, aclarando y eliminando falsos conceptos y mitos que aún persisten en relación a esa enfermedad sexualmente transmissible.

Palabras clave: Enfermería. Salud de la mujer. Sífilis.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao longo de oito anos prestando cuidado às puérperas e seus recém-nascidos no alojamento conjunto de uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, constatamos o aumento de casos de sífilis congênita (re)descobertos na maioria das vezes, no momento do parto pelas mulheres através do sangue do cordão umbilical.

Ao conversarmos com as puérperas sobre o tratamento do seu filho, percebemos que elas sabem que a sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST), em geral desconhecem sua gravidade e a possibilidade de transmissão vertical. Este artigo trata do conhecimento de mães sobre essa DST, durante o período em que elas aguardam a alta de seu filho com sífilis congênita em tratamento com antibioticoterapia.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que, em 82.721 primeiras consultas de pré-natal, em apenas 30.765 (37%) delas houve a solicitação de testes para sífilis. Dessas, 463 (1,5%) sorologias de mulheres revelaram-se positivas, sendo adequadamente tratadas 368 (79%) dessas mulheres. Esses dados mostram claramente que apenas 1/3 das gestantes realizam os exames laboratoriais e o tratamento a tempo de evitarem a transmissão vertical¹.

Na década de 90, do século XX, as cifras da sífilis aumentaram entre as mulheres e os recém-nascidos. Nessa mesma época, o Ministério da Saúde² estipulou, como meta para o ano 2000, a eliminação da sífilis congênita em todo o país. O prazo findou e essa meta parece estar longe de ser alcançada, pois as estatísticas apontadas e publicadas no Estado do Rio de Janeiro demonstram a cada dia o surgimento de novos casos de sífilis.

Na maternidade, onde desenvolvemos nossas atividades junto a graduação em enfermagem, foram notificados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no ano 2.000, 906 novos casos de sífilis congênita, uma infecção secular com cura disponível através de tratamento com penicilina.

A sífilis é a mais grave doença sexualmente transmissível depois da AIDS, já que minimamente acomete pai, mãe e recém-nascido, portanto, um núcleo familiar inteiro. Nesse sentido, passamos a questionar o conhecimento e o sentimento dessa mulher em relação à sífilis e ao risco de contaminação transmissão vertical.

Ao assistirmos esta clientela, notamos claramente a instabilidade emocional dessas mulheres ao saberem ou reconfirmarem a contaminação de seu recém-nascido por sífilis. Principalmente quando elas são informadas sobre a necessidade de prolongar a sua permanência na

maternidade por mais dez dias, no mínimo. Nesse momento, o nascimento, que é um momento mágico, de luz, bom presságio, transforma-se em revolta, incerteza, apreensão, dúvida e culpa.

A partir de nossa experiência no alojamento conjunto, e das muitas leituras a respeito da sífilis no período gestacional, questionamos o conteúdo exposto até agora: Que sentimento envolve uma mãe que acaba de dar à luz e recebe o diagnóstico de transmissão vertical de sífilis? Nesse sentido, os objetivos deste estudo centraram-se em: (a) identificar o conhecimento materno sobre a sífilis e (b) analisar os sentimentos de mães de recém-nascidos com sífilis congênita em relação a transmissão vertical.

Este estudo pretende contribuir para as bases de uma nova forma de comunicação na educação em saúde da mulher, do recém-nascido e da família. As enfermeiras que trabalham nas consultas de ginecologia e de pré-natal devem estar alertadas que, apesar dos protocolos do Ministério da Saúde, estarem bem redigidos e adequados para o combate das DST, eles não produzirão efeito se a postura profissional continuar calcada no modelo biomédico. É preciso estar à disposição da clientela, para compreender suas reais necessidades.

O CAMINHO METODOLÓGICO

Trata de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória. Primeiramente, foi solicitada avaliação da pesquisa através do Comitê de Ética de um hospital municipal pediátrico do Rio de Janeiro, já que na maternidade onde ela foi realizada não havia comitê à época. De posse da documentação, foram entregues os objetivos e a metodologia da pesquisa à maternidade, através de seu centro de estudos, que comunicou à chefia do setor do alojamento conjunto a realização do trabalho. O período de coleta de dados compreendeu os meses de fevereiro a maio de 2002.

Os sujeitos da pesquisa foram cinco mães que aguardavam no alojamento conjunto a alta de seus filhos portadores de sífilis congênita, estando os bebês em tratamento com antibioticoterapia endovenosa. Antes da realização da entrevista, explicamos os objetivos e a importância do estudo. Após o aceite, foi agendada uma entrevista para a qual garantimos o sigilo e o anonimato, como preconizado na Resolução n.º 196 / 96, do Conselho Nacional de Saúde.

O cenário do estudo foi uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, localizada na zona norte da cidade e

com um perfil de atendimento de gestantes de alto risco. As entrevistas foram realizadas em um ambiente privado, na sala da psicologia, no mesmo andar do alojamento conjunto. Essas entrevistas foram gravadas em fita cassete e tiveram a duração média de 30 minutos. Os nomes das depoentes foram codificados com pseudônimos de pedras preciosas, para assegurar o anonimato de suas identidades.

Foi construído um roteiro para a entrevista semi-estruturada. Essa técnica é permeada pela interação dos sujeitos da pesquisa e a entrevistadora, captando tanto informações objetivas quanto as informações subjetivas que compõem os valores, as atitudes, as opiniões, as crenças³ em relação ao conhecimento da sífilis. A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, quando o informante segue espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal do investigador⁴. Assim, as áreas exploradas no roteiro da entrevista foram as seguintes: sentimento em relação à transmissão vertical e o diagnóstico do filho, culpabilização materna e infidelidade conjugal.

A coleta dos dados permitiu trabalhar dois momentos. O primeiro momento foi o de caracterização das mulheres depoentes e de seus recém-nascidos. Assim, foi realizado um levantamento em seus prontuários para captação de alguns dados sócioeconômicos e culturais (idade, escolaridade, estado civil, religião, bairro, ocupação, renda familiar) e dados sobre suas histórias gineco-obstétricas (paridade, consultas de pré-natal e titulação de VDRL do casal). Também um outro levantamento foi realizado para captar dados dos recém-nascidos em seus prontuários (idade gestacional, Apgar, sexo, peso, titulação de VDRL e observações do nascimento).

No segundo momento, após a transcrição das entrevistas, foi feita a análise temática através da realização de leitura e releitura dos depoimentos na íntegra. Após a apropriação e seleção das falas, elas receberam codificações e, assim, as unidades temáticas foram construídas respeitando a individualidade e a especificidade de cada depoente. Após a codificação, foi feita uma nova leitura integral das entrevistas comparando seu conteúdo com as unidades temáticas. Assim, as falas selecionadas puderam ser agrupadas. Este processo foi chamado de recodificação e após novas leituras foram construídas duas categorias temáticas, o que permitiu perceber o conhecimento, os sentimentos e as atitudes das mulheres em relação a sífilis.

A CARACTERIZAÇÃO DAS DEPOENTES E DE SEUS RECÉM-NASCIDOS

Os dados sócioeconômicos e culturais das mães entrevistadas evidenciaram um perfil de baixa renda, residência em favelas da zona norte do Rio de Janeiro, e idade entre 16 e 28 anos. Elas não completaram o ensino fundamental. Quanto ao labor, apenas uma depoente trabalha com carteira assinada como recepcionista, duas outras trabalham como autônomas, uma é vendedora ambulante e a outra é manicura. Outras duas depoentes são trabalhadoras do lar, sendo uma delas estudante do ensino fundamental. A renda familiar dessas mulheres-mães variou entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que a renda não era fixa, pois 4 mulheres vivem com seus companheiros que são autônomos e uma mãe adolescente vive com sua mãe, que trabalha como diarista, e irmãos.

Das cinco mães, duas são primíparas e três são multiparas. O número de filhos variou entre um e cinco filhos. Três mães possuem uma história de sífilis em gestações anteriores, nas quais duas delas deram à luz a natimortos como consequência da doença. A média de pré-natal variou entre uma e 11 consultas, sendo que o Ministério da Saúde⁵ estabelece um mínimo de 6 consultas para considerar o pré-natal realizado.

O estudo demonstrou que todas as mães realizaram a sorologia para sífilis durante a gestação, sendo que uma delas não buscou o resultado por ter iniciado o pré-natal no terceiro trimestre de gravidez. A sorologia para sífilis é preconizada com duas verificações durante a gestação: a primeira deverá ser realizada na primeira consulta de pré-natal, de preferência no 1º trimestre; a segunda verificação deverá ocorrer na 28ª semana de idade gestacional. Apenas uma depoente realizou o exame antes da gravidez, sendo detectado nos exames laboratoriais, solicitados na consulta de ginecologia, que ela era portadora do *Treponema pallidum*, pois apresentou *rush* cutâneo e uma úlcera na vagina, sinais característicos de sífilis.

Das cinco mães, três iniciaram o tratamento ainda no pré-natal e não deram continuidade: duas por não acreditarem na possível transmissão vertical; outra por mudar de município informando que, no dia da 3ª dose de penicilina, não havia o medicamento na unidade básica de saúde; esta terceira mãe também esteve impossibilitada de continuar o tratamento por morar em uma área de alta periculosidade, sendo impedida pelo tráfico de drogas de ir ao posto de saúde no dia agendado para realização do antibiótico. Uma das 5 mães ficou sabendo do diagnóstico da sífilis no pós-parto, já que só realizou uma consulta de pré-natal no terceiro trimestre da gestação e não voltou para buscar o resultado dos exames laboratoriais antes do parto.

O tratamento preconizado para sífilis tardia é a administração de penicilina benzatina, 7.200.000 UI divididas em 3 doses, com intervalo de 7 dias por via intramuscular. Vale ressaltar que o tratamento deverá ser completado, tanto para dar cobertura à mulher portadora quanto ao feto portador. O risco de transmissão vertical permanece, se houver a falha no recebimento de uma única dose. Assim, o esquema deverá ser realizado novamente, caso haja interrupção⁵. As cinco mães reiniciaram o tratamento no alojamento conjunto, sendo administradas as duas primeiras doses. A recomendação sobre a administração da última dose é a de que ela ocorra no posto de saúde mais próximo da residência da portadora.

Nesse momento, surgem novamente alguns questionamentos sobre as dificuldades que uma mulher portadora de sífilis encontrará para completar seu tratamento com a 3ª dose administrada na unidade básica de saúde, pois ela terá de se deslocar com um recém-nascido a fim de completar o seu tratamento. Nesse instante é que a Enfermagem deveria fazer um maior investimento no acompanhamento das mulheres em tratamento para sífilis que receberam alta da maternidade. Além de receber a 3ª dose de penicilina, elas deveriam fazer um exame sorológico posterior para a verificação do resultado do tratamento da infecção.

Todas as mulheres participantes do estudo vivem com seus companheiros sendo que apenas dois deles realizaram o teste sorológico, ainda no período gestacional delas. Entretanto, eles não realizaram tratamento. Os outros três companheiros realizaram o teste sorológico no alojamento conjunto, sendo que: um apresentou sorologia positiva, o outro companheiro reconfirmou a contaminação, reiniciando o tratamento, e o terceiro companheiro que realizou exame após o nascimento do filho, apresentou sorologia negativa, estando a realização de exames mais específicos a cargo do setor de epidemiologia da maternidade.

Quanto ao perfil dos recém-nascidos portadores de sífilis congênita encontramos quatro deles pertencentes ao sexo masculino e um pertencente ao sexo feminino. Quanto à idade gestacional, apenas um recém-nascido foi pré-termo, três foram a termo e um recém-nascido foi pós-termo. Entre os recém-nascidos observou-se que não houve significativa influência relativa a idade gestacional, o peso e ao escore de Apgar, por serem portadores de sífilis congênita.

Correlacionando a idade gestacional e peso, dois recém-nascidos foram classificados como PIG (pequenos para a idade gestacional) e três foram classificados como AIG (adequado para a idade gestacional). Dos cinco recém-nascidos, quatro apresentaram boa vitalidade ao nascer pela avaliação de Apgar e um apresentou asfixia leve no primeiro minuto, com melhora do quadro no quinto minuto.

A titulação da sorologia realizada nos recém-nascidos mostrou uma variação entre 1/2 e 1/32, sendo que esta última titulação estava bastante elevada. A criança com essa titulação elevada foi encaminhada para a unidade neonatal, para realizar fototerapia já que apresentava icterícia severa associada a um desconforto respiratório. Os demais recém-nascidos permaneceram com suas mães em alojamento conjunto e com aleitamento materno exclusivo.

ANALISANDO OS DEPOIMENTOS

A culpabilização materna pela transmissão vertical

Algumas mulheres culpam o marido pela sua contaminação. No entanto, os casos de infidelidade conjugal não são exclusivos dos homens, como ficou evidente nos depoimentos. Cabe ressaltar que as mulheres desconhecem que em uma única relação sexual elas podem adquirir uma DST, como observamos nos depoimentos de Esmeralda e Rubi:

A senhora acha que uma única saída com outra pessoa faz com que eu pegue a doença? Meu marido é pedreiro, trabalha em uma obra e como eu tive uma discussão com ele resolvi sair com um companheiro da minha igreja. Não considero isso traição. Na verdade, eu peguei a sífilis foi desse companheiro, porque o meu marido fez o exame e deu negativo (Esmeralda, 28 anos).

Eu fico pensando de quem foi a culpa. Mas, com certeza eu não tinha essa doença, já que ele foi o meu primeiro homem. E ele diz que só tinha relação comigo, porque eu me perdi praticamente com ele. Então, com certeza ele deve ter tido uma relação com outra pessoa e deve ter passado isso para mim (Rubi, 16 anos).

Percebemos claramente, nos depoimentos de Esmeralda e Rubi, a importância de uma abordagem preventiva para esclarecer a família, quer seja o homem ou a mulher, sobre a importância do uso de preservativo nas relações sexuais. Essa doença tem passado de geração para geração enfraquecendo e adoecendo as linhagens de membros de uma mesma família, ou seja, atinge o homem hoje, a mulher amanhã e finalmente, atinge o filho depois de amanhã⁶.

Entretanto, é muito difícil entender as maneiras pelas quais as pessoas encaminham a sua vida sexual, quando se trata da opção em ter mais de um parceiro e discernir entre o certo e o errado. As generalizações são perigosas, podendo levar ao desenvolvimento de estereótipos, preconceitos e discriminação, durante a prestação do cuidado. Portanto, é necessário transformar o atendimento

às mulheres, tão rígido e cheio de normas, em acolhimento para facilitar, compreender e estabelecer um vínculo de confiança entre as usuárias dos serviços de saúde e os profissionais, sem questionar uma multiplicidade de parceiros, quando ela ocorrer.

Muitas mulheres descobriram-se portadoras de sífilis durante a gravidez. Das cinco mães entrevistadas, três delas (re)descobriram a sífilis através do filho no alojamento conjunto. Elas acreditavam que estivessem curadas por terem recebido duas doses de penicilina benzatina, na gestação anterior, ainda no alojamento conjunto. Informam ainda que se sentiam curadas, por não apresentarem nenhum sinal ou sintoma que indicasse a recorrência / permanência da sífilis.

Por uma série de razões, a população continua sem saber como ocorre a transmissão da sífilis e a existência de prevenção para ela. O processo de ficar doente é envolvido por expressões subjetivas caracterizadas pela inserção na cultura, que possui sua própria linguagem de sofrimento, determinada pelos sinais e sintomas. Como a sífilis apresenta sinais e sintomas passam muitas vezes despercebidos, ela não é vista como uma doença dificultando, assim o tratamento e entendimento sobre sua transmissão⁷.

Portanto, a mulher com sorologia para Lues positiva e assintomática pode portar conceitos de saúde e doença equivocados. No momento em que ela toma ciência da positividade, isso poderá passar a ter reflexos negativos tanto para a própria mulher, quanto para a sua a família. Durante as entrevistas, duas mães não acreditavam que isso poderia estar acontecendo novamente e que teriam de permanecer internadas, para que seus filhos recebessem antibioticoterapia. Elas tinham dado à luz filhos natimortos por sífilis em outras gestações, e não precisaram ficar necessariamente internadas, tendo sido logo liberadas.

Traduzir o conceito de saúde, doença, bem-estar, mal-estar e até culpabilização da doença, na qual a soropositividade não é apenas responsabilidade do homem, mas também da mulher e, portanto, do casal, possibilita que nossas intervenções de enfermagem adotem uma abordagem humanística. Nesta abordagem o cuidado é realizado tanto de fora para dentro (tratamento), quanto de dentro para fora (mulher e sua família falando como sujeitos do cuidado).

Na maioria das vezes, sabemos que o nascimento de uma criança, quando ela é desejada, é uma alegria para a mãe, para o pai e toda a família. Um filho geralmente traz mudanças na vida de uma mulher, mesmo que essa seja uma adolescente iniciando o processo de maternagem. Sem dúvida, é nessa faixa etária que a adolescente toma o seu rumo social e, em alguns

momentos de sua vida, ela poderá deparar-se com uma filha contaminada verticalmente com a sífilis. Certamente, essa nova experiência poderá trazer mudanças para o resto de sua vida, como podemos ler no depoimento de Rubi apresentado a seguir.

A minha vida foi sempre de 'bagunça', festa. Mas, é inexplicável ser mãe dessa coisa, a Monalisa. Eu nunca pensei que ia acontecer isso na minha vida, que eu iria me importar. Mas agora, eu não desgrudo dela nem por um segundo e é por isso que eu não fui embora desta maternidade. Eu não gosto de ficar presa aqui, eu detesto esses médicos (Rubi, 16 anos).

Durante a nossa atuação no alojamento conjunto, escutamos alguns comentários de alguns profissionais quando falavam, nos bastidores, de jovens adolescentes que acabaram de dar à luz e encontravam-se com seu filho hospitalizado para antibioticoterapia, por sífilis. Ficamos refletindo sobre o sentimento materno de uma adolescente mãe recente, quando os profissionais não aceitam uma menor grávida e, ainda por cima, que tenha contaminado uma criança com sífilis. Não podemos a responsabilização ou não dessa adolescente não deve ser feita, quando nos deparamos com ela tanto na consulta de pré-natal, quanto na hora do parto e no puerpério. Precisamos acolher as adolescentes que por ventura fiquem grávidas, no sentido de compreender e estar ao lado dessa jovem mãe, já que a maternidade na adolescência não é apenas um ato meramente reprodutivo, e sim um processo social cada vez mais freqüente, ainda que de maneira desajustada, pois a formação do núcleo familiar de forma consciente nem sempre ocorre.

No início do século XX, as mulheres casavam-se cedo. Alguns livros relatam mulheres de 14 anos já com filhos e responsáveis por uma família. No nosso estudo, todas as depoentes vivem com seus companheiros. Entretanto, torna-se necessário refletir também que muitas adolescentes ficam grávidas, como Rubi (16 anos), e são julgadas pelos profissionais que as assistem. Nesse sentido, com relação às reações dos profissionais de saúde, Luz⁸ alerta que as enfermeiras, os médicos e os educadores podem sentir desconforto em sua prática profissional, frente a irregularidade representada pela maternidade na adolescência, principalmente quando ela ocorre em jovem, solteira. Tudo que é contrário ao "deve ser", ou seja uma diferença na desigualdade (e não na igualdade), passa a ser percebido como uma ameaça ou impertinência, podendo gerar conflitos na convivência.

Cabe ressaltar que, dependendo da idade materna e da paridade, as mães apresentam um grau maior de sentimento de culpa, pois já tiveram e perderam outros

filhos contaminados com a infecção por sífilis, como exemplificam os depoimentos de Safira e Pérola:

O afeto que eu tenho pelos meus filhos, nem eu sei explicar. O pior de tudo não é ficar aqui no hospital internada esperando o tratamento, mas é a culpa que eu sinto por dentro em ter contaminado o meu filho que morreu, simplesmente porque eu não acreditei que essa doença poderia matar. E agora, eu tenho muito medo de perder esse bebê (Safira, 23 anos).

Eu tenho dois filhos e perdi um filho. E esse que eu perdi, (...) tenho certeza que foi por causa da sífilis. Ele morreu com o cordão umbilical enforcado no pescoço. E se eu tivesse feito o tratamento correto, (...) teria salvado a vida dele. E agora, novamente me vem o sentimento de culpa por ter contaminado o Felipe. Fico sempre pensando: aonde foi que eu errei? (Pérola, 23 anos).

Tanto no depoimento de Safira quanto no de Pérola percebe-se claramente o sentimento de culpa. As duas mães possuem história de sífilis em gestações anteriores com filhos natimortos. Vale ressaltar que Pérola realizou 11 consultas de pré-natal, sendo que o Ministério da Saúde preconiza um mínimo de seis consultas. Portanto, essa depoente realizou um número de consultas em quase o dobro do esperado.

A reflexão sobre o problema da sífilis deve explorar mais se os profissionais de saúde, que realizam consultas de pré-natal, não estão conseguindo mostrar a importância do tratamento quando cuidam da gestante e/ou se as mulheres com história de sífilis em outras gestações realmente não acreditam no fato de que possam novamente contaminar seus filhos. Esse, certamente, é um dos maiores desafios para a Saúde Pública, ou seja, a erradicação da sífilis, como uma doença que tem prevenção, pois ela tem um determinado tratamento específico.

Percebemos também que algumas mulheres emocionaram-se durante seus depoimentos quando falaram sobre a culpa. Elas ainda destacaram sua fé em Deus, para ter garra e energia para superar e aceitar a doença, além de confortar um pouco essa mistura de sentimentos de culpa pela contaminação e de não aceitação da doença. Alguns depoimentos ressaltaram a falta de visão da sífilis no filho como uma doença, um mal. Pelo contrário, a visão era de apenas algo muito transitório. O depoimento de Pérola mostra essa posição:

Eu acho que (...) sou uma ótima mãe. Eu acho que é por isso que Deus tem tanta misericórdia de mim. Até agora, [Ele] não deixou que nada acontecesse com este meu filho. Porque, [de] uma

coisa eu tenho certeza: Deus não dá nada que a gente não possa superar. E se Deus fosse me dar um filho doente, Ele tiraria de mim como tirou o outro (Pérola, 23 anos).

A sociedade modela e reprime a mãe através da cultura da culpa, que está tão profundamente arraigada, que o mau desempenho da mãe é visto como tributário de uma lista de problemas contemporâneos⁹. Portanto, a culpa está tão associada à maternidade que acaba passando a ser um sentimento "natural", naturalizado, do ponto de vista cultural, em nossa sociedade.

Uma das ajudas necessárias para as mulheres internadas no alojamento conjunto aguardando tratamento de seus filhos com sífilis congênita é não responsabilizá-las pela transmissão da doença. Se, ao invés de reforçar sua culpa falando sobre sua responsabilidade na situação que vive, houver a adoção de um diálogo franco, sem rodeios, esclarecedor, com uma linguagem concisa, poderemos diminuir suas ansiedades e culpas, tão presentes na fala das depoentes deste estudo.

O significado do adoecer para as mulheres com história de sífilis

O conhecimento e o desconhecimento desta DST muitas vezes cruzaram-se nos relatos das mulheres, já que, das cinco entrevistadas, quatro delas tinham escutado falar na sífilis, em algum momento de sua vidas. Porém, como é uma doença de difícil diagnóstico clínico na fase primária, ela passou muitas vezes despercebida e sua fase latente prolongou-se por muitos anos, dificultando o seu diagnóstico e conseqüentemente seu controle epidemiológico. Rubi e Esmeralda não aceitaram o processo de adoecer, como fica evidenciado na falas apresentadas a seguir:

Eu nunca escutei falar nela e nunca senti nada, não apareceu nada que mostrasse sífilis. Eu ia no ginecologista uma vez por mês, e ele nunca me pediu um exame de sangue. Eu só ia para ele me ver e passar pomada, eu só fazia preventivo, e eu descobri isso aqui na maternidade (Rubi, 16 anos).

Eu nunca tive nada, nem uma coceira nem nada. Por isso, [é] que não entendo essa doença, pois não modificou nada em meu corpo e nem apareceu nenhum escorrimento. Fiquei grávida e ninguém passou nada (Esmeralda, 28 anos).

Safira relata sua experiência com a doença, quando em outras gestações deu à luz a um filho natimorto. Porém,

ela não acredita na infecção, uma vez que não apresenta sintomas visíveis, tal como fica explicitado a seguir:

Eu tive um filho que morreu de sífilis. Mas, a gente nunca acredita que realmente tem essa doença, porque eu não sinto nada (...). Eu já comecei novamente, com o pré-natal atrasado e o pior, é que eu sabia que poderia ter sífilis deste relacionamento (Safira, 23 anos).

Os depoimentos evidenciam que o risco de se infectar independe da idade materna. Tanto a mãe adolescente como as mães adultas apresentaram a mesma vulnerabilidade para se contaminarem com uma DST, mesmo aquelas que, em algum momento, já escutaram falar dessa doença, quer seja na escola, em propagandas veiculadas na mídia, nas consultas de pré-natal e nas salas de espera e/ou nos cursos de gestantes realizados pelas enfermeiras nas unidades básicas de saúde.

Estabelecer um diagnóstico clínico da sífilis, seja qual for o estágio da doença, é difícil, por causa da sutileza de seus sinais e sintomas. Nesse sentido, seria aconselhável, durante as consultas ginecológicas, que fossem oferecidos regularmente a realização de exames sorológicos para detecção das DST e não apenas quando a mulher estiver grávida para possibilitar a prevenção da transmissão vertical. Exemplificando o processo de adoecer e o que seja saúde, o depoimento de Pérola fala de saúde e de sua descrença na doença, mesmo que exista uma confirmação sorológica da sífilis:

Eu sempre tive muita saúde, nunca tive nem resfriado e até agora eu não acredito que eu tenha essa tal de doença venérea. Nunca tive nada, nenhuma mancha ou ferida no meu corpo. Eu espero em Deus, que o exame esteja errado e que eu vá logo para casa cuidar dos outros filhos (Pérola, 23 anos).

Vale ressaltar que, na história clínica de Pérola, ela é gesta V e para V, sendo um natimorto por sífilis e os outros filhos nasceram portando sífilis congênita. Acreditamos que ela não acreditou na doença, pois nunca apresentou sinais/sintomas da infecção, quer seja na fase latente ou na fase secundária.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Otawa, em 1986, postula a idéia da saúde como qualidade de vida resultante de um complexo processo condicionado por diversos fatores: alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação. Na verdade, a saúde não é um objeto que podemos delimitar. Ela não pode ser traduzida em conceito científico, da mesma maneira que o sofrimento caracteriza o adoecer. Cada

ser humano possui o seu conceito sobre o que seja saúde e doença, cada indivíduo possui a sua história de vida que merece compreensão e respeito por parte dos profissionais de saúde. Podemos, sim, como agentes transformadores e a partir do relato das mulheres, demonstrar para elas como cuidar/preservar sua saúde e de sua família.

Segundo a Organização Mundial de Saúde¹⁰, estima-se que, nos países em desenvolvimento, do total das mulheres atualmente gestantes, 10 a 15% têm sífilis. Nos países da África, onde 15% de todas as gestantes estão acometidas pelo flagelo, o resultado encontrado é o de que 5% de todas as crianças sofrem de malformações, retardos mentais ou morrem por sífilis congênita. Assim, torna-se clara a necessidade de mudarmos as rotinas nas consultas de ginecologia e solicitarmos o exame de VDRL antes da gravidez, como uma medida para evitar a transmissão vertical.

Nesse sentido, a mulher, quer seja gestante ou não, deverá ser atendida por profissionais compromissados com uma assistência mais abrangente, visando uma interação positiva capaz de sanar todas as demandas da clientela, ou sejam elas dúvidas e solicitações. Um novo modelo técnico - assistencial para fundamentar essa assistência baseia-se numa concepção ampliada do processo saúde - doença, na qual o acesso a bens e serviços de saúde é apenas um de seus componentes, que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas e capazes de prover qualidade de vida. Esse novo modelo distingue-se do anterior, que dissociava inteiramente as ações preventivas das ações curativas, a saúde coletiva da atenção individual e era inteiramente centrado no atendimento à demanda por assistência médica¹¹.

Este novo modelo técnico-assistencial deveria ser complementado com uma assistência holística, para entender e cuidar do ser humano integralmente, e não de maneira fragmentada, uma característica do modelo biomédico. Por exemplo, se uma mulher apresenta uma DST durante a gravidez, é necessário que saibamos escutá-la antes de tudo e saber um pouco da sua história de vida, para que possamos direcionar o cuidado de maneira coerente com a sua compreensão e o seu modo de vida.

Como enfermeiras obstetras e envolvidas com o cuidado, desejamos que a mulher e sua família cuidem de forma integral de sua saúde e não adoçam. A teoria do cuidado cultural descrita por Leininger diz que, para o cuidado humano ser significativo e terapêutico, as enfermeiras precisam adequar-se aos valores culturais e as convicções e expectativas da clientela¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos este estudo, verificamos que foi importante dar voz às cinco mães depoentes. Tivemos uma surpresa, pois todas elas se mostraram satisfeitas por participarem da pesquisa e agradeceram por terem tido a oportunidade de falar sobre a sífilis e a transmissão vertical, sem serem criticadas e/ou oprimidas.

Este estudo demonstrou que a enfermeira que trabalha em alojamento conjunto deverá estar atenta para as alterações emocionais que ocorrem nas mulheres portadoras de sífilis, no momento da confirmação ou até re-confirmação diagnóstica de sorologia positiva para sífilis ou qualquer outra DST, apoiando-a, compreendendo-a, esclarecendo-a quanto a este novo confronto com a realidade que se apresenta. A profissional também deve procurar eliminar falsos conceitos e tabus que ainda persistem em relação a esta DST. Sem dúvida, é um momento de reforço das orientações para a saúde quanto à importância do tratamento e do uso de preservativos nas relações sexuais.

Considerando tais reflexões, faz-se necessário compreender que o ser humano necessita ser percebido como um ser com potencialidades, capaz de escolhas responsáveis e que é possuidor de sentimentos e de forças internas diante das mais diversas e diferentes situações que a vida impõe.¹³

Certamente, a maneira como são abordados a sífilis e o seu tratamento irá influenciar diretamente na cura da mulher e, conseqüentemente de toda sua família. A enfermeira, certamente é a profissional de destaque na assistência a essa população, tanto nas consultas de ginecologia e pré-natal quanto no alojamento conjunto.

A experiência dessas mulheres mostrou a necessidade de um novo olhar sobre as DST, destacando-se a sífilis. Somente assim, conseguiremos diminuir sua incidência no Brasil. É urgente e necessária uma modificação desse

quadro epidemiológico, já que nosso país ocupa o 3º lugar no mundo, em número de casos de sífilis congênita, estando atrás apenas da África e do Oriente Médio. Certamente ambicionamos, como país, estar entre os melhores lugares em saúde no mundo, durante este século.

Sem dúvida, para alcançarmos melhores resultados em relação às mães portadoras de sífilis e seus recém-nascidos com sífilis congênita, são necessárias várias mudanças que envolvem a compreensão da mulher e de seu parceiro sobre a importância do seu tratamento. Mas também é necessário um novo olhar dos profissionais que atendem nas consultas de ginecologia e pré-natal, já que a sífilis na gravidez é um problema de saúde pública.

Uma das iniciativas necessárias é a que tem por finalidade um âmbito de ação junto à população em geral. Nesse sentido e como exemplo, a Universidade Federal Fluminense possui o projeto "Sífilis Congênita: um Desafio para Todos", que tem como objetivo principal sensibilizar a população, os profissionais de saúde e os gestores de saúde pública para aumentarem a quantidade e qualidade na informação, através da divulgação da mídia escrita e falada (imprensa escrita, televisão e internet). A sua meta é a erradicação da sífilis congênita no país até o ano 2010¹⁴.

É preciso urgência nas discussões dentro dos espaços institucionais sobre temas tão relevantes como as questões éticas e morais e relações de vida e morte que uma DST possa trazer. Isso é pertinente uma vez que a sífilis não se resolve apenas junto a somente um membro da família. Este ciclo familiar deve ser interrompido tão logo ele seja detectado, para evitar o modo de transmissão vertical¹⁵.

Com determinação e respeito tanto às características individuais, quanto às características coletivas do ser humano e a vontade política, será possível erradicar a sífilis, a exemplo da erradicação da varíola, para livrar a humanidade de mais esse mal.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Boletim Epidemiológico. 1997 jul/set; 6(3).
2. Ministério da Saúde (BR). Projeto Nascer. Brasília; 2003. p.23.
3. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 1998.
4. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo(SP): Atlas; 1995.
5. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal. Brasília (DF); 2000.
6. Carrara S. Tributo à Vênus: A luta contra a sífilis - da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1996. p.51.
7. Collaço VS. Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2002.
8. Luz AMH. Mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 1999.
9. Forna A. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro (RJ): Ediouro; 1999.
10. WHO - World Health Organization. Sexually transmitted diseases three hundred and thirty-three million new curable cases. Genebra; 1993.
11. Carvalho AI. Política de saúde e organização setorial. Rio de Janeiro (RJ): ENSP / FIOCRUZ; 1999. Documento preparado para o curso de especialização à distância. Autogestão em saúde.
12. Leininger M, McFarland M. Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices. 3.ª ed. New York (USA): McGraw Hill; 2002.

13. Schaurich, D et al Gênero, HIV/AIDS e o cuidado da mulher. Esc Anna Nery Rev Enferm 2004 abr; 8 (1): 101-8.

14. Universidade Federal Fluminense. Projeto Sífilis Congênita: um desafio de todos. [on line]; 2004 out; [citado 17 out 2004]; [aprox. 12 telas]. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/projetosifilis>.

15. Silva LR. Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social - história de vida de mães com sífilis [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ; 2003.

Sobre as Autoras

Leila Rangel da Silva

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. Doutora em Enfermagem - EEAN/UFRJ.
E-mail: lrangel@rio.com.br

Rosângela da Silva Santos

Professora Titular e Diretora do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher do Departamento de Enfermagem Materno - Infantil da Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ. Doutora em Enfermagem.
E-mail: roiva@superig.com.br

Recebido em 20/10/2003
Reapresentado em 17/11/2004
Aprovado em 05/12/2004