

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS: UMA INVESTIGAÇÃO COM MULHERES ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SOBRAL, CEARÁ

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SYPHILIS: AN INVESTIGATION WITH WOMEN SEEN IN PRIMARY CARE IN SOBRAL, CEARÁ

Ana Egliny S Cavalcante¹, Maria Adelane M Silva², Antonia Regynara M Rodrigues³, José Jeová Mourão Netto⁴, Andréa CA Moreira⁵, Natália F Goyanna⁶

RESUMO

Introdução: a sífilis é uma DST que acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, mantém-se como problema de saúde pública até os dias atuais. Nas mulheres, a sua incidência é elevada e o controle é um desafio devido às implicações sociais e de gênero. **Objetivo:** conhecer a vivência de mulheres portadoras de sífilis, acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral, Ceará. **Métodos:** trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, envolvendo sete mulheres que estavam em tratamento ou acompanhamento de sífilis em uma Unidade Básica de Saúde do município de Sobral. As informações foram coletadas mediante a aplicação de entrevista semiestruturada com as referidas mulheres e os resultados foram analisados conforme a técnica de categorização das falas das participantes. A pesquisa atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais para o trabalho com seres humanos. **Resultados:** os resultados foram analisados em três categorias: conhecimento sobre a doença, sentimentos despertados e dificuldades enfrentadas diante da sífilis. Constatou-se que as participantes desconhecem a doença e a ocorrência da sífilis resulta em impacto negativo para a vida das mulheres em relação ao seu convívio social e ao seu relacionamento familiar, principalmente com o parceiro sexual. **Conclusão:** o diagnóstico de uma DST, particularmente da sífilis, para a maioria das mulheres, resulta em sentimentos negativos e receio de serem alvo de preconceito por parte do parceiro sexual e da sociedade, podendo acarretar alterações emocionais e psicológicas nas pessoas acometidas com a doença. **Palavras-chave:** sífilis, saúde da mulher, atenção primária à saúde, DST

ABSTRACT

Introduction: syphilis is a sexually transmitted disease which affects almost all organs and systems of our body. Although it has an affective and low cost treatment, it remains a public health problem until nowadays. It has a high incidence among women and its control is a big challenge because of the social implications. **Objective:** to know the experience of women who carry syphilis, accompanied by the family health system in the city of Sobral. **Methods:** this is an exploratory qualitative study involving seven women who were undergone to a syphilis treatment in a health center in Sobral. The information was collected by means of a semi-structured interview and the results were analyzed according to a categorizing technique of their speeches. The research has met the scientific and ethical requirements for a work involving people. **Results:** the results were analyzed according to three categories: the knowledge about the disease, impressions about syphilis and difficulties faced due to Syphilis. It was found that the participants do not know much about that disease and its incident results in a negative impact on women's lives, involving their social coexistence and their family relationships, mainly their partners. **Conclusion:** the diagnostic of a sexually transmitted disease, particularly syphilis, for most women, results in negative feelings and fear of being a target of prejudice from their partners and society, resulting on psychological and emotional problems. **Keywords:** syphilis, women's health, primary health care, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis ou lues é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, que ocupa uma importância significativa entre os problemas mais frequentes de saúde pública em todo o mundo. O agente causador da sífilis foi denominado em 1905, como sendo o *Treponema pallidum*, um espiroqueta adquirido na maioria dos casos durante relações sexuais⁽¹⁾. Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais⁽²⁾.

A doença é classificada, de acordo com suas diferentes vias de transmissão, em sífilis adquirida e sífilis congênita⁽²⁾.

Na sífilis adquirida a transmissão é sexual, sendo o contágio extragenital raro. A transmissão sexual da sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação

acidental⁽³⁾. Já a sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (transmissão vertical). Quando não tratada adequadamente, a doença pode evoluir atingindo diferentes fases: primária, secundária e terciária⁽²⁾.

Segundo Avelleira e Bottino⁽²⁾, com o advento da penicilina e sua eficácia no tratamento da doença, pensou-se que a mesma estava controlada, porém com as mudanças no comportamento sexual da população após a utilização da pílula anticoncepcional houve o aumento dos casos de sífilis, envolvendo homens, recém-nascidos e, principalmente, mulheres.

Nesse contexto, tem sido observado, em anos mais recentes, um aumento da prevalência da sífilis em países em desenvolvimento e industrializados, destacando-se o aumento dos casos de sífilis primária e secundária em mulheres em idade fértil⁽⁴⁾.

No Brasil, as taxas de soropositividade para sífilis em mulheres na idade fértil variam entre 1,5 e 5,0%, com níveis mais elevados em grupos de maior risco, de baixo nível socioeconômico e acesso mais complexo à educação e aos serviços de saúde⁽⁵⁾.

As mulheres são especialmente vulneráveis à sífilis por características biológicas: a superfície vaginal exposta ao sêmen é

¹ Enfermeira graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

² Enfermeira PHD, professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

³ Enfermeira graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

⁴ Enfermeiro Especialista em Saúde da Família e em Saúde do Adolescente.

⁵ Enfermeira Mestre, professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

relativamente extensa. As doenças sexualmente transmissíveis – DST são mais frequentemente assintomáticas e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens. O papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas⁽⁶⁾.

As mulheres vivem em condições de vulnerabilidade em virtude ainda da submissão ao parceiro, e estas se expõem mais, por acreditarem serem fortes, imunes à doença e terem a infidelidade como fato natural. Os homens se lamentam por não terem se prevenido, e as mulheres, mesmo com único parceiro, muitas vezes são acusadas de terem adquirido a doença⁽⁷⁾.

Dessa forma, a confirmação do diagnóstico de DST acarreta na mulher, em particular, alterações biológicas e psicológicas em razão dos aspectos culturais e do prejuízo causado ao relacionamento, sendo a sífilis considerada 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⁽⁸⁾.

O aumento de mulheres infectadas pela sífilis e as graves consequências resultantes dessa patologia, especialmente quando não tratada, levantaram a necessidade de questionamentos acerca do problema. Percebemos que ainda existem lacunas sobre estudos abordando as características da ocorrência da sífilis em mulheres na nossa realidade.

Dessa forma, a presente pesquisa pretende conhecer as vivências de mulheres portadoras de sífilis em uma microrregião do município de Sobral, visto que o município apresenta uma alta incidência dessa patologia, com 302 notificações da doença somente no ano de 2011⁽⁹⁾. Além das dificuldades, é válido investigar as mudanças vivenciadas e os sentimentos despertados nas mulheres portadoras de sífilis frente ao diagnóstico e tratamento da patologia, bem como a reação das mesmas e de seus familiares quanto ao problema de saúde, tendo em vista contribuir para o entendimento desse agravamento, além de propor uma melhor qualidade da assistência prestada, de modo que essas pessoas se tornem mais esclarecidas e seguras quanto à patologia e, principalmente, quanto às formas de prevenção da sífilis.

Registramos ainda que a pesquisa encontra sua relevância no fato de poder contribuir para a construção de informações que favoreçam o desenvolvimento de ações conjuntas dos programas de DST, dentro da perspectiva de avanço dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, cabe elucidar as seguintes questões que nortearam o estudo: Qual o conhecimento das mulheres portadoras de sífilis quanto à patologia? Que sentimentos são despertados na mulher portadora de sífilis quanto a esse problema de saúde? Quais as necessidades e os problemas vivenciados pelas mulheres com diagnóstico de sífilis?

OBJETIVO

Conhecer a vivência de mulheres portadoras de sífilis, acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Sobral, Ceará; identificar o conhecimento das mulheres acerca da sífilis; investigar os sentimentos despertados diante do problema

de saúde e conhecer as dificuldades enfrentadas por essas mulheres portadoras de sífilis.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em um Centro de Saúde da Família – CSF da zona urbana do município de Sobral, Ceará. A escolha do local se deu pelo fato de o CSF estar incluso entre os primeiros do município de Sobral a apresentar um maior número de notificações dos casos de sífilis nos anos de 2011 e 2012, sendo realizadas 13 notificações da doença no referido período, de acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN da Secretaria de Vigilância em Saúde de Sobral⁽⁹⁾.

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se em mulheres portadoras de sífilis que são acompanhadas pelos cuidados dos profissionais do Centro de Saúde da Família do território em estudo.

Para a seleção dos sujeitos foram considerados os seguintes critérios: mulheres com diagnóstico de sífilis que estavam em tratamento/acompanhamento na Unidade de Saúde mencionada e que apresentaram disponibilidade e aceitação para participar do estudo, independentemente de crenças, procedências, nível socioeconômico ou educacional. As mulheres com sífilis que se encontravam no período gestacional não foram incluídas na pesquisa pelo fato de os possíveis resultados a serem obtidos sobrepor o foco principal da pesquisa, ao direcionar as respostas à gravidez propriamente dita. O anonimato das participantes foi preservado e a participação no estudo ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2012.

O número de mulheres portadoras de sífilis acompanhadas pelo Centro de Saúde da Família em estudo nos anos de 2011 e 2012 foi equivalente a 13 notificações⁽⁹⁾. Porém, o número de sujeitos do estudo foi reduzido a sete participantes, visto que foi identificado que dentre as mulheres, uma era portadora de transtorno mental, iniciando o tratamento por duas vezes, sem realizar uma conclusão efetiva, tornando inviável o acompanhamento; duas trabalhavam como doméstica, o que impossibilitou a participação no estudo por indisponibilidade de tempo; uma se recusou a participar da pesquisa e duas encontravam-se gestantes durante a coleta de informações, não se enquadrando no perfil das participantes exigido pelo estudo.

A coleta das informações deu-se mediante a aplicação de uma entrevista semiestruturada com as referidas mulheres. Segundo Gil⁽¹⁰⁾, entre as técnicas de interrogação, a entrevista é a que apresenta maior flexibilidade, sendo guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do curso da entrevista. Após a autorização dos sujeitos da pesquisa, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

As informações coletadas foram analisadas conforme a técnica de agrupamentos e categorização das falas, sem triangulação ou modificação das mesmas⁽¹¹⁾. Após a apropriação e seleção das falas, as participantes do estudo foram identificadas por numerais arábicos conforme a ordem em que as entrevistas foram realizadas e, assim, as unidades temáticas foram construídas respeitando a individualidade e a especificidade de cada depoente. As falas selecionadas puderam ser agrupadas em três categorias temáticas, o

que nos permitiu perceber o conhecimento, os sentimentos e as dificuldades das mulheres em relação à sífilis.

A pesquisa foi pautada nos princípios da Resolução 196/96 e atendemos às exigências éticas e científicas fundamentais para o trabalho com seres humanos⁽¹²⁾.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, obtendo parecer favorável, com número 133.678.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizando os sujeitos do estudo

Participaram do estudo sete mulheres portadoras de sífilis que estavam em tratamento ou acompanhamento em um Centro de Saúde da Família da zona urbana do município de Sobral. A idade das mulheres variou de 27 a 43 anos e, quanto à escolaridade, três tinham o ensino fundamental incompleto, uma terminou o ensino fundamental, uma tinha o ensino médio incompleto e duas tinham concluído o ensino médio. A maioria dessas mulheres exercia atividades domésticas. No que diz respeito ao estado civil, duas eram casadas, quatro possuíam uma união estável e uma era divorciada. Cinco das participantes detectaram o diagnóstico no período gestacional.

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 fosse oferecida regularmente a realização de exames sorológicos para detecção das DST, e não apenas durante o período gestacional para a prevenção da transmissão vertical⁽⁸⁾.

A partir da análise aprofundada dos dados, três categorias foram definidas: conhecimento sobre a doença, sentimentos despertados e dificuldades enfrentadas diante da sífilis, descritas a seguir.

Conhecimento sobre a doença

O conhecimento e o desconhecimento da sífilis muitas vezes cruzaram-se nos relatos das mulheres, já que algumas afirmaram não conhecer a doença e outras ouviram falar na sífilis, em algum momento de suas vidas, porém não reconheciam as manifestações clínicas e as formas de prevenção e transmissão da doença, dificultando o seu diagnóstico precoce.

As mulheres entrevistadas, através dos seus relatos, demonstraram ausência ou conhecimento inadequado acerca da sífilis, de seus sinais e sintomas e sua forma de transmissão, evidenciado pelas seguintes falas das participantes:

“Tinha um bocado de sintomas que eu não lembro.” (E01)

“Não, eu não sei. Não recebi orientações. Apareceu umas manchas em mim, eu não sei que manchas foram essas.” (E02)

“Bem ainda pra saber direito o que é mesmo detalhado eu não sei não.” (E04)

Por uma série de razões, a população continua sem saber o que é a doença, 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 que passam muitas vezes despercebidos, ela não é vista como uma doença, dificultando assim o tratamento e entendimento sobre sua transmissão⁽⁸⁾.

A Organização Mundial de Saúde – OMS⁽¹³⁾ ressalta que os usuários dos serviços devem receber informação sobre a doença e ser convencidos de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde das mulheres.

Observamos que as mulheres não receberam informações acerca da doença ou, quando informadas, não conseguiram assimilá-las.

“Não. Não recebi orientação. Só mandaram eu fazer o exame e tomar a injeção.” (E03)

“Me disseram mas eu não entendi não.” (E07)

É importante destacar a possibilidade de que as mulheres tenham sido informadas sobre a doença e este resultado sugere a necessidade de reavaliar as estratégias educativas que, ao longo da história, vêm sendo reproduzidas dentro do setor saúde. Também é de se esperar que populações pobres, com baixo nível de escolaridade, tenham dificuldades de apreender informações⁽¹⁴⁾.

O Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾ afirma que o nível de instrução dos indivíduos pode ter efeito na percepção dos problemas de saúde e na capacidade de entendimento das informações nessa área, como também no consumo e na utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos. Dessa forma, percebemos que o conhecimento inadequado das participantes também pode estar associado ao nível de escolaridade das mesmas.

Outra questão é que o pouco conhecimento das mulheres quanto à sífilis pode ter sido adquirido somente após a confirmação da doença. Isso nos leva a acreditar que antes do diagnóstico as mulheres não possuíam conhecimento algum acerca da sífilis.

Nesse sentido, o enfermeiro deve exercer um papel importante como educador, uma vez que ele é o profissional de saúde mais apto a fornecer as orientações a esta clientela, pois além de possuir os conhecimentos científicos necessários, é o profissional que presta assistência à saúde da mulher, estabelecendo assim, na maioria das vezes, uma relação de cumplicidade com as mesmas.

Vale ressaltar que o conhecimento sobre a sífilis pode ajudá-las no enfrentamento da doença, minimizando os sentimentos negativos e as repercussões desse problema de saúde em suas vidas.

Sentimentos despertados com o diagnóstico da sífilis

Muitos pacientes que passam pela experiência de ter uma DST vivenciam sentimentos negativos, como tensão e perda de confiança entre o casal, medo, raiva, vergonha e diminuição da autoestima⁽¹⁶⁾. Evidenciamos nesse estudo, sobretudo, o desconforto e a tristeza após a constatação da doença.

“Eu me senti muito triste né, em saber que eu tava com isso.” (E02)

“Eu fiquei triste e quando eu tou triste eu choro mesmo. Eu até fiz tratamento com a psicóloga.” (E03)

“Eu fiquei triste, não imaginava nunca.” (E05)

A tristeza é um período transitório de desânimo, sendo que este sentimento é ocasionado por algum tipo de desapontamento ou perda. Souza e Barroso⁽¹⁷⁾ consideram, nesse contexto, o choro como uma reação natural, presente desde os primeiros instantes de nossas vidas, que explica, com lágrimas ou sem elas, a tristeza e a dor causadas pela perda da saúde e o arrependimento pelas condutas que levaram à contaminação pela DST.

O fato de ter adquirido uma doença sexualmente transmissível faz com que as mulheres se tornem envergonhadas diante do problema de saúde e da repercussão da doença em suas vidas:

“Eu fiquei envergonhada né comigo mesmo.” (E02)

A vergonha produzida possivelmente se deve ao fato de que a doença carrega estigmas e preconceitos, como praticamente em todas as DST⁽¹⁴⁾.

Percebemos também que uma das mulheres se emocionou durante seu depoimento, ao sentir-se culpada pela contaminação.

“Isso é castigo. Serve de exemplo pra mim aprender também né.” (E02)

Sentir-se culpado é um comportamento emocional, um sentimento que pode ou não ter relação com o fato da pessoa ser ou não culpada. Uma pessoa está aceitando a responsabilidade por algo que tenha acontecido ou por algo que ela tenha feito⁽¹⁸⁾.

Uma das ajudas necessárias para as mulheres portadoras de sífilis é não responsabilizá-las pela transmissão da doença. Se, em vez de reforçar sua culpa falando sobre sua responsabilidade na situação em 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.

A mulher, ao se deparar com o diagnóstico de sífilis, vivencia também diversas preocupações. Evidenciamos preocupação quanto ao estado de saúde, como podemos verificar na fala da entrevistada número 01: *“Eu fiquei um pouco preocupada né. Eu fiquei preocupada por causa dos sintomas”*. As mulheres preocupam-se com as manifestações clínicas da doença, inclusive, no que diz respeito à cura e ao restabelecimento de sua saúde.

“O seguimento da doença também é uma preocupação porque a gente fica assim ansiosa né pra saber se já tá boa.” (E04)

Outra preocupação demonstrada pelas mulheres que diagnosticaram a doença durante o período gestacional foi quanto à transmissão vertical da doença e ao estado de saúde da criança. Nesse aspecto, o medo também foi um sentimento muito presente.

“Porque esse problema aí eu descobri na gravidez, aí eu fiquei preocupada que é uma doença grave e tem que tratar.” (E01)

“Eu tinha medo que acontecesse alguma coisa com o bebê, porque a criança corre o risco de ter problema.” (E05)

“Eu tive medo da minha filha nascer com algum problema, preocupação.” (E07)

Verificamos que além da preocupação da mulher com sua condição de saúde, coexiste também uma grande preocupação com a saúde da criança. Braga⁽¹⁹⁾ reforça que o medo iminente da transmissão vertical e a ansiedade durante a espera do resultado do teste VDRL do bebê permanecem como ameaça contínua no pensamento dessas mulheres.

Portanto, entendemos que todos esses sentimentos manifestados estão relacionados às repercussões que a doença pode apresentar na vida das mulheres e de sua família.

Dificuldades enfrentadas diante da sífilis

Os discursos apresentados por essas mulheres nos permitiu subdividir essa categoria, de acordo com as dificuldades mais abordadas, em tratamento da doença, relacionamento conjugal e relação familiar.

Apesar de a sífilis ser uma doença antiga e curável, percebemos que as mulheres enfrentam grandes dificuldades ao adquirirem a doença, sofrendo com a descoberta da DST, com a realização do

seu tratamento e todas as implicações no seu relacionamento familiar e conjugal.

Tratamento da doença

Segundo normas do Ministério da Saúde⁽³⁾, para tratamento da sífilis primária indica-se penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Na sífilis recente secundária e latente, prescreve-se penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, que deve ser repetida após 1 semana, totalizando 4,8 milhões UI. Já na sífilis tardia, a indicação é de penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal, durante 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI.

Todas as mulheres entrevistadas já haviam concluído o tratamento da doença e podemos evidenciar que o mesmo se constituía em uma dificuldade para as participantes do estudo, já que ocasionava dor e sofrimento:

“Mulher o que eu achei ruim foi as injeção, foi horrível, doia tanto, eu peço a Deus pra eu não ter que tomar mais.” (E01)

“O tratamento é uma dificuldade porque dói muito. A injeção é doedeira demais.” (E02)

O tratamento das DST, de preferência, deveria ser ministrado em dose única, visto que o seu objetivo é a quebra imediata da cadeia de transmissão⁽²⁰⁾. Porém, no caso da sífilis, são necessários, na grande maioria das vezes, tempo e empenho dos seus portadores, uma vez que o tratamento é geralmente doloroso e, dependendo dos casos, prolongado, levando algumas pessoas a apresentarem dificuldades em dar seguimento. Esse fato também corrobora para o risco de recidiva da sífilis, visto como outra dificuldade para essas mulheres, já que acabam tendo que se submeter novamente ao tratamento da doença.

“Eu penso assim eu tive na minha primeira gravidez aí eu fiz o tratamento aí na segunda gravidez não deu. Na terceira e na quarta gravidez deu de novo aí eu fiz o tratamento de novo. Aí foi o que eu achei ruim.” (E01)

“Quando eu descobri que eu tinha eu fiz o tratamento né durante a gravidez aí após 4 anos eu engravidei da minha menina aí deu novamente aí eu fiz o tratamento de novo.” (E05)

Muitas vezes, a recidiva da sífilis está associada à recusa do parceiro em realizar os exames e tratamento da doença, como observamos:

“O meu esposo no começo não quis fazer o tratamento aí eu ficava reclamando porque eu fazia o tratamento e ele não fazia aí eu ficava boa e depois começava tudo de novo.” (E01)

“O meu companheiro se recusa a fazer o exame e o tratamento e isso é uma dificuldade.” (E03)

Um dos importantes fatores relacionados à não adesão ao tratamento é o temor de que outros descubram a soropositividade. Para manter sigilo do seu *status*, o paciente recusa o tratamento, o que é consequência do medo de discriminação, rejeição e estigma⁽²¹⁾.

Enfatiza-se que o tratamento do parceiro se torna um determinante para a cura eficaz da mulher, assim como para o fim do agravo, visando o controle da doença e a detecção precoce e válida das mulheres em idade fértil que apresentam riscos de uma reinfecção, problemática abordada como um possível agravante para a prevalência da sífilis⁽²²⁾.

Nesses termos, acredita-se que uma abordagem baseada em esforços voltados para a captação e a orientação da mulher e do parceiro por parte do profissional de saúde possa contribuir de maneira decisiva para a realização de ações eficazes para o combate da sífilis, de maneira a ser implementada em uma relação harmoniosa e ética, sustentada no compromisso com a segurança do cliente e com a resolubilidade de seus problemas⁽¹⁶⁾.

Percebemos também que a sífilis traz repercussões ao relacionamento conjugal da mulher e esta, muitas vezes, encontra-se fragilizada e temerosa quanto às implicações da doença na sua vida com o parceiro.

Relacionamento conjugal

No contexto dos relacionamentos conjugais, uma dificuldade relatada pelas mulheres foi quanto à revelação do diagnóstico aos seus parceiros sexuais. Cinco mulheres revelaram ao parceiro sexual o diagnóstico da sífilis e duas ocultaram a informação:

“Meu companheiro não sabe da doença. Começou a aparecer umas manchas e umas feridas aí eu disse a ele que as injeção era pra ficar bom disso.” (E02)

“O meu parceiro sabe que eu tomei a bezetacil, mas não sabe pra que é não, eu não contei a ele não. Eu só disse a ele que nós dois precisava tratar senão a neném nascia com problema.” (E07)

O estigma da sífilis tem repercussões negativas para as pessoas, suas famílias e a comunidade. Provoca isolamento social e implica em relutância para a revelação do diagnóstico mesmo quando se pretende, deseja ou necessita fazê-lo. Um dos principais motivos para a decisão de não revelação do diagnóstico nos grupos dessa pesquisa foi o temor de serem rejeitadas e a preocupação com o que os outros pensarão se forem identificadas como portadoras da doença.

Nesse sentido, as mulheres vivenciam situação de vulnerabilidade, mesmo após o diagnóstico da DST, quando não encontram abertura suficiente para discutir com os seus parceiros acerca do problema. Nesse caso, a situação tende a se agravar, considerando que eles precisam comparecer à unidade para avaliação diagnóstica e tratamento, e, por outro lado, mantém-se a cadeia de transmissão da doença, uma vez que impossibilita também o tratamento de possíveis contactantes do parceiro sexual.

Por isso, Araújo e Silveira⁽⁷⁾ ressaltam que os profissionais de saúde devem disponibilizar-se para ajudar na revelação do diagnóstico, oferecer apoio emocional e orientações precisas acerca das formas de transmissão e prevenção, além de favorecer um ambiente acolhedor, com a possibilidade de vários encontros durante esse processo.

Nos casos de revelação do diagnóstico ao parceiro, as mulheres temem ser responsabilizadas pelo problema e não conseguem lidar com a possibilidade de infidelidade, o que resulta em desentendimentos entre o casal:

“Ele era sem vergonha, não parava em casa, era cheio de cutruvia.” (E02)

“Eu chegava em casa tão chateada, ficava falando não sei porque acontece essas coisas comigo. Eu me sentia muito presa a ele, aí ter que me submeter a um tratamento que era bastante doloroso. Aí ele falava assim isso aí não é de mim não. E eu, como não é de ti?! Até hoje ele ainda fala, diz que eu culpo ele de tudo mas o

problema é só meu e eu fico muito constrangida. E ele nem liga eu sou tão sensível e ele tão grosseirão.” (E05)

“Teve aquela culpação, né. Eu disse que foi ele que passou pra mim porque é mais fácil o homem passar pra mulher né?” (E06)

Silva *et al.*,⁽¹⁴⁾ em estudo semelhante, também observaram que a maioria dos sujeitos culpou seus parceiros por sua contaminação. Esse comportamento pode revelar a passividade das mulheres diante do cuidado com a sua própria saúde e, em decorrência, a manutenção ainda dos casos de sífilis adquirida nessa população definida. O sentimento de culpa, a comprovação da traição e o medo de ter contaminado o companheiro fazem dessa comunicação um momento ímpar em suas vidas.

A descoberta da DST e o fato de ter que enfrentar todas as questões que ficam evidentes com o seu diagnóstico trazem sérios desafios à relação. Desconfiança e descrédito passam a fazer parte do cotidiano dos casais que vivenciam essa experiência, alguns chegando até a se separar.

“O meu companheiro ficou com raiva, brigamos, até nos separamos porque ele me culpa, né? Ele tava falando na minha cara que ia ficar com outras. Ele é safado.” (E03)

Outro aspecto importante que observamos foi quanto ao uso de preservativos durante as relações sexuais, nas quais as mulheres admitiram estar se prevenindo após adquirirem a doença. Esse fato revela mudanças de comportamento por essas mulheres no que diz respeito à conscientização em relacionamentos e à prática sexual segura.

“Agora tem que ter mais cuidado, né, com quem vai ficar, usar preservativo, que eu não me cuidei também.” (E02)

“Mudou pra eu aprender a ter mais cuidado, né?” (E03)

“A minha preocupação é de evitar, né, pra não pegar de novo.” (E05)

Entretanto, cabe ressaltar um depoimento em que a entrevistada revela o poder que o seu companheiro tem em decidir sobre a adoção de medidas preventivas. Percebemos que, mesmo após o diagnóstico de DST, algumas mulheres ainda apresentam dificuldades para a adoção dessas práticas.

“Ele também não quis usar camisinha. Mas eu disse a ele que ou era com camisinha ou não tinha nada. Mas ele não quer usar não. Pra falar a verdade eu também não gosto de camisinha. Eu já sou operada, ligada.” (E03)

A recusa dos homens em usar preservativo permanece como a chave do problema. Como visto em diversos estudos, os homens pensam que apenas podem sentir o orgasmo de suas parceiras e o seu próprio orgasmo quando não usam preservativos, e por isso não usam⁽²³⁾.

Propagandas que pregam a adoção de práticas sexuais seguras têm pouco êxito em grupos de mulheres em relacionamento fixo por várias razões: a ideia de uma exigência no campo sexual é bastante contraditória com as representações de amor e da própria sexualidade que muitas mulheres e homens têm como balizamento para seus encontros sexuais, além de não ser hábito, entre muitos casais, a discussão aberta sobre sexo e modos de proteção sexual, já que a concepção é vivida como uma responsabilidade das mulheres e as DST não costumam ser tematizadas entre os casais ou pelos serviços de saúde⁽²³⁾.

Por esse motivo, os profissionais de saúde devem realizar o aconselhamento, que consiste em um processo de trocas com o

cliente, em que o profissional estabelece um clima de respeito e confiança, oferecendo estratégias que façam o mesmo também se sentir responsável pela sua saúde. Visa à adoção de medidas de proteção, além de proporcionar apoio emocional diante do impacto do diagnóstico da infecção⁽²⁰⁾.

Observamos que com a descoberta de que a mulher é portadora de sífilis, o relacionamento conjugal, na maioria das vezes, é afetado. Surgem mudanças que podem interferir nas atitudes do casal ou até mesmo culminar com a separação de ambos. Além de repercussões no relacionamento com o parceiro, as mulheres portadoras de sífilis vivenciam situações conflitantes com seus familiares e, muitas vezes, temem a revelação do diagnóstico aos mesmos, a fim de evitarem constrangimentos maiores.

Relação familiar

Acreditamos que as reações da família e do portador de sífilis decorrem da percepção sobre a doença e assim comportam-se influenciados por uma gama de significados estigmatizantes que envolvem a doença e que foram construídos socialmente, podendo interferir nas relações dentro e fora do grupo familiar.

As mulheres demonstram que a revelação do diagnóstico de sífilis aos seus familiares é um ato que gera grandes dificuldades e angústias. Isso ocasiona a prática do segredo, ou seja, o ocultamento da doença por essas mulheres.

“Ninguém sabe. Minha mãe me perguntou pra que era essas injeção aí eu disse que era pra coceira porque eu não queria falar isso pra ela. Fiquei com vergonha de falar a verdade pra ela, né.” (E02)

“Quando eu descobri que tava doente eu não comentei com ninguém. Minha família perguntava o que eu tinha, mas eu me sentia com vergonha e dizia que ia tomar remédio pra qualquer coisa como pra inflamação na pele.” (E05)

“Minha família não sabe não, eu não conto a elas, coisa minha eu não gosto de contar a elas não.” (E06)

O silêncio em torno da doença, neste caso, pode ser considerado uma defesa para os sentimentos que fragilizam o ser humano, como tristeza, medo, depressão, entre outros, que possam surgir em função do diagnóstico, e como forma de preservar a reputação da família diante da sociedade⁽²⁴⁾.

A mulher portadora de sífilis mantém a doença em segredo pelo medo da perda e do afastamento dos amigos e dos familiares. O medo da discriminação transparece no depoimento a seguir:

“Eu não descobri pra ninguém, só comigo mesmo. Eu tenho medo, né, da mãe do meu companheiro saber disso, vai que ela sabe de uma coisa dessas.” (E02)

Creemos que o receio de desvelar o diagnóstico reside no temor quanto ao julgamento social, ou seja, há o medo da humilhação, o medo da vergonha e o medo da culpa, tendo em vista que, ainda hoje, a doença é vista com grandes estigmas sociais.

Trabalhar preconceitos, medos e o respeito à diferença é urgente. Isso pode propiciar maior eficácia em qualquer intervenção preventiva que vá além da simples distribuição de informações.

Quando, em poucos casos, a família tem conhecimento do diagnóstico da doença, preocupam-se com o restabelecimento de saúde das mulheres, apoiando o tratamento:

“Assim, né, a minha irmã descobriu aí ela disse, se cuida, se cuida senão tu pega de novo, né. A minha irmã não gosta muito

dele não, aí fica no meu pé. Minha família toda sabe e elas têm muito cuidado comigo, ficam dizendo pra eu me cuidar, pra não ir parar no hospital. As minhas filhas também me ajudam muito, mesmo não morando comigo.” (Entrevista Nº 03)

Cada família movimenta-se de forma singular, interpretando a situação a partir de uma percepção em que sua cultura, seus códigos e suas regras influenciam seu comportamento e o processo de comunicação entre seus membros⁽²⁴⁾.

Diante de tantas dificuldades, vale ressaltar o quanto estamos distantes do controle da sífilis, não apenas dispensando informações, mas ações diretas que mobilizem as comunidades para a mudança do comportamento e a diminuição dos preconceitos e estigmas em relação às DST.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de uma DST, em particular da sífilis, para a maioria das mulheres, resulta em sentimentos negativos e receio de serem alvo de preconceito e abandono por parte do parceiro sexual e da sociedade, podendo acarretar alterações emocionais e psicológicas.

A carência de informações acerca da sífilis foi notória nesse estudo. O conhecimento é inerente à prevenção e à adesão ao tratamento da doença e o seu desconhecimento torna a problemática das DST ainda maior, ocasionando sentimentos e atitudes que dificultam o processo de cura e prevenção da doença.

As mulheres portadoras de sífilis vivenciam também dificuldades associadas a contextos sociais e psicológicos no qual estão inseridas. A doença traz consigo estigmas que resultam em fortes implicações no seu enfrentamento. A descoberta da sífilis gera situações conflitantes para as portadoras femininas, desde a realização de seu próprio tratamento à revelação do diagnóstico aos seus familiares e parceiro sexual, e a posterior relação com essas pessoas.

Dessa forma, observamos a necessidade de promoção de ações direcionadas ao controle da doença, incluindo ações de notificação, busca ativa, tratamento adequado e acompanhamento sorológico para comprovação da cura, a fim de que possam ser propostas mudanças que impliquem em um melhor enfrentamento da doença e, por sua vez, numa melhor qualidade de vida às mulheres.

Concluída a pesquisa, todos os objetivos traçados foram alcançados e os resultados apontaram a necessidade de ações resolutivas pelos profissionais de saúde, para que sejam amenizadas as angústias, facilitando o enfrentamento dos problemas desencadeados a partir do diagnóstico da sífilis.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana RL, Parahyba MJPC, Alencar MJ, Marques DA. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. RBAC, 2006;38(2):71-73.
2. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111-26.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed., 2010.

4. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):168-75.
5. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico - Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, dezembro de 2010.
6. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(6):670-7.
7. Araújo MAL, Silveira CB. Vivências de Mulheres com Diagnóstico de Doença Sexualmente Transmissível - DST. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007;11(3):479-86.
8. Silva LR, Santos RS. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. 8ª ed. São Paulo: Escola Anna Nery R. de Enfermagem; 2004. p. 393-401.
9. Sobral, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sobral: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2009.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Brasil, Ministério da saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.
13. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Washington; 2008.
14. Silva MRF, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages I. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev APS*. 2010;13(3):301-309.
15. Brasil, Ministério da Saúde. As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 1-216. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
16. Pisani JP, Zoboli ELCP, Fraccolli LA. Privacidade e confidencialidade em casos de casais discordantes para sífilis. *Cogitare Enferm*. 2011;16(2):213-8.
17. Souza LB, Barroso MGT. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(1):123-13.
18. Sousa MLA, Araújo RT, Sales ZN. Sentimentos manifestados por mulheres com HIV. *Revista Saúde Com*. 2009;5(1):50-61.
19. Braga ICC. Mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV: contribuição para a prática da enfermagem / Isabel Catarina Correia Braga, 2009.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª ed. Brasília (DF), 2006.
21. Nascimento VLV. Contar ou contar: a revelação do diagnóstico pelas pessoas com HIV/aids / Vanda Lúcia Vitoriano do Nascimento. São Paulo: PUC, 2002.
22. Oliveira DR, Figueiredo MSN. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. *Enfermagem em Foco*. 2011;2(2):108-111.
23. Silva VM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enfem USP*. 2009.
24. Sousa AS, Kantorski LP, Bielemann VLM. A Aids no interior da família - percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá. 2004;26(1):1-9.

Endereço para correspondência:**ANA EGLINY SABINO CAVALCANTE**

Endereço: Rua José Leôncio da Ponte, S/N, Centro, Santana do Acaraú - CE.

CEP: 62150-000.

E-mail: eglinysabino@yahoo.com.br

Telefone: (+5588) 9957-5674.

Recebido em: 16.01.2013

Aprovado em: 26.03.2013