



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CAROLINA SANTOS SOUZA TAVARES

**QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIEDADE E FUNÇÃO
SEXUAL EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SÍFILIS CONGÊNITA**

**Aracaju
2020**

TAVARES/ CAROLINA

**QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIEDADE E FUNÇÃO
SEXUAL EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SÍFILIS CONGÊNITA.**

2020

CAROLINA SANTOS SOUZA TAVARES

**QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIEDADE E FUNÇÃO
SEXUAL EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SÍFILIS CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Saquete Martins Filho.

**Aracaju
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE – BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Tavares, Carolina Santos Souza

T231q Qualidade de vida, sintomas depressivos, ansiedade e função sexual em mães de recém-nascidos com sífilis congênita / Carolina Santos Souza Tavares ; orientador Paulo Ricardo Saquete Martins Filho. – Aracaju, 2020.

55 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2020.

1. Sífilis Congênita. 2. Qualidade de vida. 3. Depressão. 4. Ansiedade. 5. Sexualidade. I. Martins Filho, Paulo Ricardo Saquete, orient. II. Título.

CDU 616.972

CAROLINA SANTOS SOUZA TAVARES

**QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIEDADE E FUNÇÃO
SEXUAL EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SÍFILIS CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção
do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA - DEFESA

Orientador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Saquete Martins Filho
Universidade Federal de Sergipe

1º Examinador: Prof. Dr^a. Silvia de Magalhães Simões
Universidade Federal de Sergipe

2º Examinador: Prof. Dr^a. Débora Cristina Fontes Leite
Maternidade Santa Izabel/ Universidade Tiradentes

AGRADECIMENTOS

Nada do que realizamos é solitário, para que um trabalho aconteça várias pessoas estão envolvidas a fim de que o sonho se torne realidade. Por isso, é chegada a hora de agradecer a todos que tornaram essa caminhada um pouco mais leve. Agradeço à Deus e a Nossa Senhora, que guiaram meu caminho!

Ao meu esposo, Adriano Tavares, muito obrigada pelo carinho, amor, zelo, por compartilhar todas as angústias, aflições e por ter sido meu grande incentivador. Você é co-autor de todas as vitórias e realizações.

Aos meus pais meu significado de força e determinação. Muito obrigada por tudo.

As minhas irmãs, tias e a minha sogra por todo carinho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Ricardo Saquete Martins Filho, muito obrigada por todo aprendizado, paciência, auxílio em toda essa jornada, e, principalmente, por ter acreditado em mim. Sem a sua ajuda esse trabalho não seria possível.

À Andreia Centenaro, grande amiga e incentivadora, sou imensamente grata por todo suporte ofertado ao longo desses anos.

As alunas Clara Oliveira, Licia Rezende, Paula Souza, Ana Mirian Sizino, Larissa Diovana, Maria Helena Oliveira, Mariany Oliveira, Nayra Alves e Thayane Macedo por toda ajuda na realização dessa pesquisa.

Ao amigo Max Oliveira, eterna dupla da faculdade, pela grande amizade e apoio.

Aos colegas do Laboratório de Patologia Investigativa- UFS que além de colegas tornaram-se amigos. Serei grata pela ajuda e torcida. Que continuemos a crescer juntos!

A todos os colegas da turma de Mestrado do Programa de Ciências da Saúde 2018-1, pelas palavras de conforto, pelo conhecimento compartilhado e momentos vivenciados.

Aos professores componentes das bancas de Qualificação e Defesa da dissertação Prof. Dr^a Leila Luiza Gonçalves, Prof. Dr. Diego Tanajura, Prof. Dr^a Silvia de Magalhães e Prof. Dr^a Débora Cristina Fontes, meu muito obrigada pela disponibilidade e contribuição para a finalização deste trabalho.

A todas as voluntárias da pesquisa pela contribuição, paciência e por tantas histórias vivenciadas.

A Maternidade Santa Isabel pelo acolhimento e permissão para o desenvolvimento da pesquisa. Por fim, meu sincero agradecimento a todos que contribuíram durante toda essa jornada.

Carolina Santos Souza Tavares

EPÍGRAFE

“De tudo ficam três coisas: a certeza de que estamos começando, a certeza de que preciso continuar, e, a certeza de que podemos ser interrompidos a qualquer momento”

Fernando Sabino

RESUMO

QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIEDADE E FUNÇÃO SEXUAL EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SÍFILIS CONGÊNITA, C.S.S.T., Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2020.

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum* podendo ser transmitida por via sexual ou vertical. A transmissão vertical ocorre quando a mãe se encontra com infecção ativa e em qualquer fase clínica da doença, seja durante a passagem do bebê pelo canal do parto ou via transplacentária. A incidência de sífilis congênita é considerada um importante indicador de qualidade do sistema de saúde pública. Além da necessidade de internamento e dos sintomas associados à doença, a transmissão vertical da sífilis pode acarretar altos níveis de ansiedade, sintomas depressivos e pobre qualidade de vida nas mães de recém-nascidos com sífilis congênita. O **objetivo** do estudo foi avaliar a qualidade de vida, sintomas depressivos, ansiedade e função sexual em mães de recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com amostra de conveniência realizado com mães de recém-nascidos hígidos e mães de recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita. Foram incluídas 126 mães (63 em cada grupo) maiores de 18 anos admitidas na maternidade no período de janeiro de 2018 a março de 2019. As entrevistas foram realizadas nas primeiras 48 horas do pós-parto e três meses após o nascimento da criança. Foi utilizado um questionário de caracterização da amostra, WHOQoL-BREF, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger e Índice de Função Sexual Feminina. As variáveis categóricas foram comparadas através do teste de Qui-quadrado. As variáveis contínuas foram avaliadas pelo teste de Mann-Whitney para amostras independentes. As diferenças entre os escores de qualidade de vida, sintomas depressivos, ansiedade e função sexual nos dois momentos de avaliação foram realizados pelo teste de Wilcoxon, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A maioria das mães em ambos os grupos eram jovens (mediana de 23 anos de idade), com mais de nove anos de escolaridade (> 60%) e relações conjugais estáveis (> 70%). Durante o período intra-hospitalar, as mães de recém-nascidos com sífilis congênita apresentaram menores escores de qualidade de vida global do que as mães de recém-nascidos hígidos ($p < 0.0001$), maiores níveis de ansiedade-estado ($p < 0.0001$) e sintomas depressivos ($p < 0.0001$). Não houve diferença na função sexual entre os grupos. Três meses após a primeira avaliação, as mães de recém-nascidos com sífilis congênita apresentaram maiores escores de sintomas depressivos ($p = 0.021$) e baixa função sexual global ($p = 0.041$) em

comparação com as mães de recém-nascidos hígidos. **Conclusão:** Mães de recém-nascidos com sífilis congênita apresentam nos três primeiros meses após o nascimento das crianças pior saúde mental e baixa função sexual em comparação às mães dos RNs hígidos.

Descritores: Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida. Sexualidade. Sífilis Congênita.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE, DEPRESSIVE SYMPTOMS, ANXIETY AND SEXUAL FUNCTION IN MOTHERS OF NEWBORNS WITH CONGENITAL SYPHILIS, C.S.S.T., Federal University of Sergipe, Health Sciences PostGraduate Program, 2020.

Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema pallidum* and can be transmitted sexually or vertically. Vertical transmission occurs when the mother has an active infection and it can happen at any clinical stage of the disease, whether during the baby's passage through the birth canal or through the transplacental route. The incidence of congenital syphilis is considered an important indicator of the quality of the public health system. In addition to the need for hospitalization and symptoms associated with the disease, vertical transmission of syphilis can lead to high levels of anxiety, depressive symptoms and poor quality of life in mothers of newborns with congenital syphilis. The aim of the study was to assess quality of life, depressive symptoms, anxiety and sexual function in mothers of newborns diagnosed with congenital syphilis. Methods: This is a cross-sectional study with a convenience sample carried out with mothers of healthy newborns and mothers of newborns diagnosed with congenital syphilis. 126 mothers (63 in each group) over 18 years old admitted to the maternity hospital from January 2018 to March 2019 were included. The interviews were conducted in the first 48 hours after the childbirth and again three months after it. A sample characterization questionnaire, WHOQoL-BREF, Beck's Depression Inventory, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory and Female Sexual Function Index were used. Categorical variables were compared using the Chi-square test. Continuous variables were assessed using the Mann-Whitney test for independent samples. The differences between the scores of quality of life, depressive symptoms, anxiety and sexual function in the two different moments of evaluation were performed by the Wilcoxon test, with a significance level of 5%. Results: Most mothers in both groups were young (median 23 years old), with more than nine years of schooling (> 60%) and stable marital relationships (> 70%). During the time spent in the hospital, mothers of newborns with congenital syphilis had lower scores for overall quality of life than mothers of healthy newborns ($p < 0.0001$), higher levels of state-anxiety ($p < 0.0001$) and depressive symptoms ($p < 0.0001$). There was no difference in sexual function between the two groups. Three months after the first assessment, mothers of newborns with congenital syphilis had higher scores for depressive symptoms ($p = 0.021$) and lower overall sexual function ($p = 0.041$) compared to mothers of healthy newborns. Conclusion: Mothers of newborns with congenital syphilis

present worse mental health and lower sexual function in the first three months after the birth of children compared to mothers of healthy newborns.

Keywords: Anxiety. Depression. Quality of Life. Sexuality. Congenital Syphilis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Níveis de depressão conforme distribuição dos escores do inventário de depressão de Beck.....	21
Tabela 2. Escores dos domínios do índice de função sexual feminina.....	22
Tabela 3. Caracterização do grupo de mães em maternidade de Aracaju no período de 2018-2019.....	25
Tabela 4. Características dos recém-nascidos em maternidade de Aracaju no período de 2018-2019.....	25
Tabela 5. Comparação dos desfechos em mães de recém-nascidos com sífilis congênita e mães de recém-nascidos hígidos em maternidade de Aracaju no período de 2018-2019.....	28

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. Sistemática de recrutamento de seguimento das participantes.....	20
FIGURA 2: Seleção das mães de recém-nascidos com sífilis congênita e mães de recém-nascidos hígidos.....	24
FIGURA 3. Box-plot de distribuição dos escores de qualidade de vida (A), ansiedade-estado (B), sintomas depressivos (C) e função sexual (D) de mães de recém-nascidos com sífilis congênita durante o período intra-hospitalar e no seguimento.....	26
FIGURA 4. Box-plot de distribuição dos escores de qualidade de vida (A), ansiedade-estado (B), sintomas depressivos (C) e função sexual (D) de mães de recém-nascidos hígidos durante o período intra-hospitalar e no seguimento.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNV	Declaração e Nascidos Vivos
FSFI	Índice de Função Sexual Feminina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDB	Inventário de Depressão de Beck
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RN	Recém-nascidos
RPR	Rapid Plasmatic Reagin
SC	Sífilis Congênita
SNC	Sistema Nervoso Central
STAI	Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
TRUST	Toluidine Red Unheated Serum Test
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCO	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UFS	Universidade Federal de Sergipe
USR	Unheated Serum Reagin
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	17
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	18
3.1 Desenho do Estudo.....	18
3.2 Contexto.....	18
3.3 Participantes	18
3.2.1 Critérios de Elegibilidade	18
3.2.2 Alocação dos Participantes nos Grupos.....	18
3.2.3 Tamanho do Estudo.....	19
3.4 Entrevistas e Seguimento	19
3.5 Caracterização da Amostra.....	20
3.6 Desfechos e Medidas.....	20
3.6.1 Qualidade de vida.....	20
3.6.2 Sintomas Depressivos.....	21
3.6.3 Ansiedade.....	21
3.6.4 Índice de Função Sexual Feminina.....	22
3.7 Tratamento e Análise dos Dados	22
3.8 Aspectos Éticos	23
4. RESULTADOS.....	24
4.1 Seleção	24
4.2 Caracterização da amostra.....	24
4.3 Descrição dos desfechos de interesse em mães de RN com SC.....	26
4.4 Descrição dos desfechos de interesse em mães de RN hígido	27
4.5 Comparação dos desfechos em mães de RNs com SC e mães de RNs hígidos.....	28
5 DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE A- CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES DO ESTUDO	39
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO.....	40
ANEXO A- WHOQOL – BREF	41
ANEXO B- INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	44
ANEXO C - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO- ESTADO.....	45
ANEXO D- ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA	47
ANEXO E - APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA	49

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pelo *Treponema pallidum* e atinge pessoas de ambos os gêneros e diversas faixas etárias, podendo ser transmitida por via sexual ou vertical (LOPES et al., 2016; PHILLIPS; GAUNT; PHILLIPS, 2014) A transmissão vertical ocorre quando a mãe se encontra com infecção ativa e em qualquer fase clínica da doença, seja durante a passagem do bebê pelo canal do parto ou via transplacentária (THOMAS et al., 1988).

Nos últimos anos, tem se observado um aumento do número de casos de sífilis na população geral e em recém-nascidos (RN) gerando uma crise de saúde pública (WILLEFORD; BACHMANN, 2016). No mundo, o número de casos estimados de Sífilis Congênita (SC) é de 661.000 e a taxa de incidência de 473 casos por 100.000 nascidos vivos (KORENROMP et al., 2019). No Brasil, em 2017, foram notificados 24.666 casos de SC com taxa de incidência de 8,6 casos para 1000 nascidos vivos. O estado de Sergipe foi uma das unidades federativas que apresentou uma taxa de incidência maior que a encontrada nacionalmente com 9,8 casos/ 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2018).

A incidência de SC é considerada um importante indicador de qualidade do sistema de saúde pública, pois reflete a prevalência da doença em âmbito comunitário e a intervenção adotada durante o período pré-natal (SU et al., 2016). Este indicador é utilizado pelos serviços de saúde a fim de reduzir os desfechos desfavoráveis provocados pela SC incluindo aborto espontâneo ou morte fetal, perda fetal precoce, baixo peso ao nascer ou parto prematuro, óbitos neonatais (QIN et al., 2014) e crianças a termo com sinais de infecção (ARRIAGADA; DONOSO; CRUCES, 2012).

Três aspectos são fundamentais para a definição de um caso de SC: (1) história clínico-epidemiológico da mãe; (2) exames clínico-laboratoriais da mãe e RN e; (3) exames radiológicos do RN (BRASIL 2017; DOU et al., 2016). Além disso, considera-se como SC precoce aquela que ocorre até o segundo ano de vida e a tardia aquela que surge após o segundo ano de vida (WOODS, 2005). A SC é doença de notificação compulsória nacional desde 1986 e a notificação dos casos depende da capacidade do serviço de saúde de diagnosticar e tratar as gestantes e seus parceiros, reduzindo dessa forma as chances de transmissão vertical (DOMINGUES; LEAL, 2016).

A SC é considerada uma doença de difícil diagnóstico devido a semelhanças com outras patologias (ARRIAGADA; DONOSO; CRUCES, 2012). Além disso, deve-se considerar

também a existência da co-infecção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e assim testes sorológicos para ambas as doenças devem ser realizados (SWANSON; WELCH, 2016). Devido ao risco de transmissão vertical, é preconizada durante a assistência pré-natal a realização de testes para sífilis nos seguintes momentos: primeiro trimestre da gravidez, segundo trimestre e imediatamente após a admissão da gestante na maternidade (BRASIL, 2019; BRASIL, 2016). Os testes diagnósticos para SC são divididos em (1) exames diretos, que são aqueles que procuram identificar a presença da bactéria em amostras coletadas de lesões da pessoa infectada, e (2) testes imunológicos, os quais se dividem em testes treponêmicos e não-treponêmicos (BRASIL, 2019; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015). Os testes não-treponêmicos (*Venereal Disease Research Laboratory - VDRL, Rapid Plasmatic Reagin - RPR, Unheated Serum Reagin-USR, Tolidine Red Unheated Serum Test-TRUST*) são os mais indicados para o diagnóstico e seguimento da SC em menores de 18 meses por expressarem seus resultados pelo número de anticorpos presentes no sangue do RN. O resultado será positivo para sífilis se a titulação for maior que duas vezes a encontrada no sangue materno (Brasil, 2018).

Como os anticorpos não são produzidos exclusivamente pela destruição celular causada pelo *Treponema pallidum*, resultados falsos-positivos podem ser encontrados principalmente em agravos que causem a destruição celular. Da mesma forma, resultados falsos-negativos são relatados quando há uma grande quantidade de anticorpos levando ao chamado fenômeno de prozona, teste não reagente em uma amostra não-diluída (RATNAM, 2005). É recomendada a não realização de coleta de sangue por meio do cordão umbilical devido a possibilidade da existência de sangue materno gerando um resultado falso-positivo ou falso-negativo (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

A transmissão vertical da sífilis pode ser prevenida durante o pré-natal da gestante e, nos casos confirmados, através da administração de penicilina tanto na gestante quanto no parceiro (LAGO, 2016). O tratamento de escolha do RN com diagnóstico de SC, por sua vez, é realizado com internamento para antibioticoterapia venosa através do uso de penicilina G cristalina ou procaína durante os dez primeiros dias de vida. Em recém-nascidos, de mães que foram tratadas inadequadamente ou não tratadas, e que apresentam teste não treponêmico não reagente, exame físico e complementares normais pode-se optar por administração da benzilpenicilina benzatina em dose única. Nos casos em que os recém-nascidos manifestam-se com neurosífilis o tratamento de escolha é realizado com a benzilpenicilina cristalina por 14 dias. Em todos os casos, deve-se proceder o seguimento clínico laboratorial com consultas

mensais até o 6º mês de vida e bimestrais até o 12º mês. A realização de testes não-treponêmicos deve ser feita no 1º, 3º, 6º, 12º e 18º mês de idade sendo interrompido após dois exames consecutivos negativos. Nos casos de alteração liquórica, uma reavaliação faz-se necessário a cada 6 meses (BRASIL, 2019).

Tipicamente, a SC pode causar envolvimento de vários sistemas, incluindo erupção cutânea, secreção nasal, hepatomegalia, esplenomegalia, anemia, trombocitopenia, lesão óssea e invasão do sistema nervoso central (SNC); entretanto, dois terços dos bebês nascidos vivos são assintomáticos (WOODS, 2005; ZHOU et al., 2012). A neurosífilis ocorre quando *Treponema pallidum* invade o SNC, sendo diagnosticada pela presença no líquido cefalorraquidiano (LCR), de leucócitos (superior a 25 células / mm³) e proteína (mais de 150 mg / dL). Na maioria das vezes é assintomática (BENZA; STANKOVIC, 2015) ou manifesta-se clinicamente como encefalite difusa (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Em RN com SC internados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), um aumento do risco de morte neonatal também tem sido associado a outras alterações comuns presentes nestes RNs como baixo peso ao nascer, prematuridade, sepse precoce e asfíxia (AKAHIRA-AZUMA et al., 2015; ARRIAGADA; DONOSO; CRUCES, 2012; NEWMAN et al., 2015; ZHOU et al., 2012). A SC tardia, ou seja, aquela que se manifesta após os dois anos de idade, pode causar complicações como: alterações ósseas na tíbia e face, alterações orais, surdez, hemoglobinúria (FRENCH, 2007); BENZA; STANKOVIC, 2015) e atraso no desenvolvimento (BENZA; STANKOVIC, 2015).

Tem sido demonstrado que mães de RN com SC apresentam déficit de conhecimento sobre a doença e por causa disso, durante o período de internação, alguns sentimentos apresentam-se exacerbados como preocupação e desconforto gerado pelo ambiente hospitalar, distanciamento familiar e de sua rotina (VÍCTOR et al., 2010). Além desses sentimentos provocados pelo internamento e as condições de saúde do RN com SC, o período pós-natal é acompanhado de alterações psicológicas, sociais e somáticas as quais são superadas de maneira variável de acordo com o funcionamento psíquico da mãe, o contexto em que ocorreu a gravidez e as experiências com o parto (BYDLOWSKI, 2015; MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2019; ZUBARAN et al., 2009). Uma vez que essas mães se encontram em um momento de extrema vulnerabilidade, a identificação e o tratamento precoce de sintomas psicológicos devem ser estimulados (GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ et al., 2019; PAUL et al., 2013; SEGRE et al., 2014; TRUMELLO et al., 2018), como uma forma de melhorar a qualidade de vida (QV) tanto das mães quanto dos RN (HEIDARI; HASANPOUR; FOOLADI, 2013). O bom estado mental das

mães favorece o melhor desenvolvimento infantil (PADOVANI; DE OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como “*a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (THE WHOQOL GROUP, 1995). Esse conceito abrangente envolve a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações nas características do ambiente (FLECK, 2000). A avaliação da QV é considerada nos dias atuais como um importante indicador de saúde (MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2019). Na prática clínica, a QV serve para priorizar e rastrear problemas, identificar preferências, monitorar terapêutica e facilitar a comunicação. Como melhoria para o cuidado em saúde, a avaliação da QV contribui para o treinamento dos profissionais e avaliação de terapêutica (HIGGINSON; CARR, 2001).

No período pós-parto, a avaliação da QV serve para identificação das reais necessidades das mães (GRYLKA-BAESCHLIN et al., 2019; MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2019), pois este período é caracterizado pela adaptação ao seu novo papel de mãe, diminuição do tempo com os demais filhos, com o parceiro e redução do autocuidado e de atividades de lazer (GRYLKA-BAESCHLIN et al., 2019). O período pós-parto é caracterizado por uma diminuição da QV das mães e encontra-se relacionado a fatores como tipo de parto, internamento da mãe na unidade de terapia intensiva (UTI), internamento do RN, ruptura perineal e episotomia (MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2019). Por outro lado, são considerados como fatores influenciadores positivos na QV o número de consultas pré-natal, suporte social e renda (HITIMANA et al., 2018). Os primeiros meses após o parto é caracterizado por menores escores nos domínios social e físico de QV (PARVANEHVAR et al., 2020; CHEN et al., 2019), este último devido a ocorrência de alterações como dor, distúrbios de sono, problemas urinários e sexuais que afetam as mães (PARVANEHVAR et al., 2020). Esse período é marcado não somente por alterações na QV, como também, a presença de sintomatologia depressiva e ansiedade (CHEN et al., 2019).

A sintomatologia depressiva presente no período pós-parto apresenta íntima associação com a QV (PAPAMARKOU et al., 2017). Por ser um período em que a mulher apresenta alterações no sistema endócrino ela encontra-se mais vulnerável para o desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão e ansiedade desencadeada por variantes biológicas, psicológicas e sociais (MELTZER-BRODY et al., 2018; MALUS et al., 2016). Toda essa

sintomatologia termina por afetar o relacionamento do binômio mãe-filho e interferir no desenvolvimento da criança (KASAMATSU et al., 2020; TANI; CASTAGNA, 2017). As mães que apresentam fatores como violência doméstica, falta de apoio do parceiro, condições de renda e moradia precárias, instabilidade emocional, confusão, culpabilidade, vergonha e pensamentos suicidas devem ser triadas precocemente para transtornos mentais com intervenções que possam influenciar positivamente o seu bem-estar (HASSERT et al., 2018; MELTZER-BRODY et al., 2018).

Para as mães que tem seus filhos internados em unidades de cuidados neonatais os níveis de ansiedade e depressão encontram-se ligeiramente altos predizendo alterações na saúde mental (BONACQUISTI; GELLER; PATTERSON, 2019). Observa-se uma associação positiva entre transtorno de ansiedade e desenvolvimento de sintomas depressivos, portanto a triagem precoce de ansiedade atua como um fator preventivo para o desenvolvimento de depressão (MEIER et al., 2015; NAKIĆ RADOŠ, 2018). A presença de altos níveis de ansiedade fundamenta-se nas alterações físicas, de rotina e o desgaste emocional enfrentado pela mãe no período pós-parto (Paul et al., 2013). Portanto, mães que apresentam ansiedade e ausência de rede de apoio devem ser direcionadas para tratamento precoce (DENNIS et al., 2017). Mães que apresentam níveis elevados de ansiedade após o nascimento da criança tendem a permanecer com os mesmos sintomas nos primeiros meses após o parto (NAKIĆ RADOŠ, 2018). A maternidade é muita das vezes superestimada em nossa sociedade que aliado ao estigma do transtorno mental faz com que a mãe muitas vezes deixe de procurar por ajuda profissional (TANI; CASTAGNA, 2017).

Além de alterações psicológicas e nos domínios de QV, a disfunção sexual está presente em grande parte das puérperas, porém a detecção de problemas relacionados à sexualidade é difícil em decorrência da dificuldade de abordagem do assunto (FERREIRA et al., 2012; LEITE et al., 2007; YILMAZ et al., 2018) Problemas tais como fadiga, diminuição da lubrificação vaginal, insônia, diminuição de tempo do momento íntimo do casal, problemas mamários e dor perineal têm sido descritos no período pós-parto e associados a uma piora da QV das mulheres (YILMAZ et al., 2018). Desta forma, a avaliação da saúde sexual das mulheres como um fator influenciador da QV tem sido recomendada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Além da necessidade de internamento e dos sintomas associados à doença, a transmissão vertical da sífilis pode acarretar altos níveis de ansiedade, sintomas depressivos e pobre QV nas mães de RN com SC. Destacamos que até o presente momento não existem estudos publicados

que avaliem esses desfechos em mães de RNs diagnosticados com SC. Dessa forma, a identificação precoce dos desfechos nessa população poderá contribuir na prevenção de agravos comportamentais, possíveis traumas e melhora no relacionamento mãe-filho e conjugal.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida, sintomas depressivos, ansiedade e função sexual em mães de RN diagnosticados com sífilis congênita.

2.2 Específicos

- Identificar o perfil sócio-demográfico e clínico das mães de RN diagnosticados com SC;
- Identificar o perfil clínico do RN;
- Avaliar a qualidade de vida, sintomas depressivos, ansiedade-estado e função sexual em mães de RN com sífilis congênita e mães de RN hígidos no pós-parto imediato e três meses após o nascimento;
- Comparar os desfechos de interesse entre os no pós-parto imediato e três meses após o nascimento.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal com amostra de conveniência realizado com mães de RN hígidos e mães de RN diagnosticados com SC.

3.2 Contexto

O estudo foi realizado na Maternidade Santa Isabel (Aracaju, Sergipe, Brasil). A referida maternidade apresenta gestão de ordem filantrópica e convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para partos de risco habitual, atende pacientes provenientes de todas as regiões do estado de Sergipe, bem como de municípios dos estados da Bahia e Alagoas. Nesta maternidade, são realizados de 800 a 1000 partos por mês, sendo aproximadamente 95% destes pelo SUS. A referida maternidade segue as normas estabelecidas para triagem da sífilis em todas gestante estando estas em condição de parto ou abortamento e, assim como, em recém-nascido com indicação clínica conforme preconizado pelo Projeto Nascer (BRASIL, 2003) e, atualmente, reafirmado pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

3.3 Participantes

3.2.1 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídas mães (maiores de 18 anos) de RN hígidos e diagnosticados com SC no período de janeiro de 2018 a março de 2019 que ficaram internados para tratamento com antibioticoterapia na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCINCO). Foram excluídas as mães com diagnóstico prévio de transtornos mentais ou psicomotores que interferissem na entrevista, mães de RN transferidos para outra instituição de saúde, internamento da mãe em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mães em regime prisional, mães que moravam em outro estado e em caso de óbito neonatal.

3.2.2 Alocação dos Participantes nos Grupos

Os grupos foram formados a partir da avaliação clínica dos RN realizada pelo pediatra na sala de parto ou alojamento conjunto. De acordo com o Ministério da Saúde o diagnóstico de SC deve ser realizado por meio do histórico e exames realizados na mãe, exame físico

detalhado do RN e resultados de testes laboratoriais e radiológicos (BRASIL, 2016). Destacamos que esta avaliação foi realizada antes do recrutamento das mães nos grupos, sem a interferência dos pesquisadores nas avaliações clínicas. Desta forma, as mães foram alocadas nos seguintes grupos: (1) mães de RN com SC e (2) mães de RN hígidos.

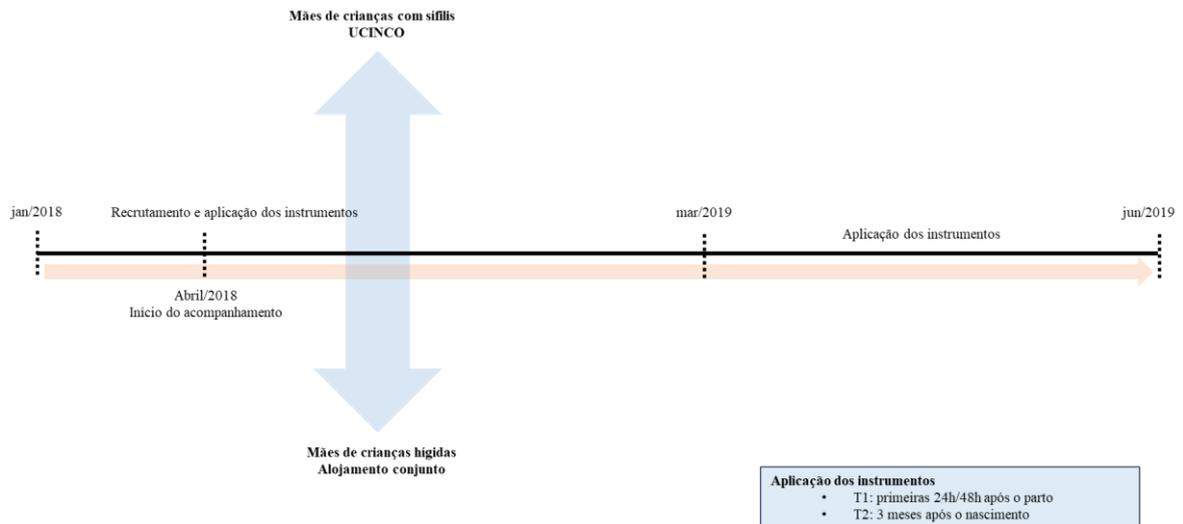
A seleção das mães de RN hígidos foi realizada após avaliação dos RN pelos pediatras, respeitando a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. As mães deviam possuir idade, escolaridade e renda semelhantes às mães de RN com SC selecionadas, além de terem realizado pré-natal no SUS e residirem em Aracaju.

3.2.3 Tamanho do Estudo

Para o cálculo do tamanho da amostra foi realizado um estudo piloto com dez mães de RN diagnosticados com SC. Através desse estudo, foi possível obter um escore geral de QV de 60 pontos (± 10) nessa população. Conforme encontrado em estudo realizado por Oliveira (2017) com mães de UTIN, procuramos identificar uma diferença média entre os grupos de cinco pontos. Foi utilizada a ferramenta *Epitools Epidemiological Calculators* (SERGEANT, 2018), assumindo um poder de teste ($1 - \beta$) de 80%, uma probabilidade de erro tipo I (α) de 5% e uma diferença de desvio padrão de um ponto. Dessa forma, obteve-se um tamanho amostral mínimo de 126 mães (63 para cada grupo).

3.4 Entrevistas e Seguimento

As entrevistas com as mães de RNs diagnosticados com SC foram realizadas em dois momentos: nas primeiras 48 horas após o neonato ser admitido na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCINCO) e três meses após o nascimento no ambulatório de retorno na Maternidade. Quanto às mães de RNs hígidos, a entrevista foi realizada nas primeiras 24 horas após o parto e três meses após o nascimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Figura 1).

Figura 1: Sistemática de recrutamento de seguimento das participantes

3.5 Caracterização da Amostra

Para a caracterização da amostra incluída, foi utilizado um instrumento composto por três partes: (1) condições educacionais, socioeconômicas e demográficas das mães; (2) dados obstétricos e; (3) caracterização do RN (APÊNDICE A). As informações referentes às condições educacionais, socioeconômicas e demográficas das mães incluíram idade, situação conjugal (casada/união estável, solteira ou divorciada), escolaridade (até 9 anos de estudo e mais de 9 anos de estudo) e renda familiar. Os dados obstétricos e do RN incluíram a idade gestacional, tipo de parto (vaginal ou cesáreo), gestação planejada, número de consultas pré-natal, número de filhos. Foram também coletados dados do neonato em relação ao sexo, Apgar no 1º e 5º minuto, peso ao nascer, perímetros cefálico e torácico, e alterações relacionadas à doença. Para coleta de dados obstétricos e neonatais foram utilizadas as informações contidas nos prontuários dos pacientes e na Declaração de Nascido Vivos (DNV).

3.6 Desfechos e Medidas

3.6.1 Qualidade de vida

A QV foi avaliada por meio do WHOQoL-BREF (ANEXO A), instrumento recomendado pela OMS e composto por 26 questões, sendo duas questões gerais (percepção da qualidade de vida global e da saúde em geral) e 24 distribuídas dentro de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (SKEVINGTON et al., 2004). Os itens são

graduados em uma escala de cinco pontos, que refletem a intensidade, frequência, capacidade ou avaliação, sendo a maior pontuação em cada domínio o indicativo da melhor QV (FLECK, 2000).

3.6.2 Sintomas Depressivos

Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (IDB) (1961), traduzido e adaptado para o Brasil por Cunha (2001). A escala inclui a escolha de alternativas que descrevem o que o sujeito tem sentido na última semana, inclusive na data da aplicação do inventário. A intenção é que ele aponte um traço mais persistente e não apenas do estado de humor do dia em que foi administrada a escala.

O IDB pode ser utilizado em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos na população em geral (GANDINI et al., 2007). É um questionário auto-administrado (ANEXO B) composto por 21 itens, sendo que cada um destes contém quatro alternativas, indicando graus crescentes de cada sintoma. Conforme as normas da versão em português, os níveis de depressão podem ser categorizados em mínimo, leve, moderado ou grave (Tabela 1).

Tabela 1. Níveis de depressão conforme distribuição dos escores do inventário de depressão de Beck.

Nível de depressão	Escore do inventário
Mínimo	0-11
Leve	12-19
Moderado	20-35
Grave	36-63

Adaptado de Gandini et al. 2007.

3.6.3 Ansiedade

Foi utilizado o Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger (STAI), traduzido para o português por Biaggio e Natalício (ANEXO C). O estado de ansiedade é o estado emocional transitório ou condição do organismo humano que pode variar de intensidade e tempo caracterizado por momentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos. O traço de ansiedade se refere às situações ameaçadoras com aumento da intensidade da ansiedade geralmente influenciado por experiências passadas do indivíduo (BIAGGIO, NATALÍCIO e SPIELBERGER, 1979).

Possui duas escalas distintas: uma para identificar o traço e a outra o estado de ansiedade. Cada uma dessas escalas é constituída por 20 questões. As respostas variam de 1 a 4, sendo: 1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = quase sempre. Para cada escala o indivíduo é instruído a ler cada um dos itens e assinalar a resposta que melhor se adequa

à sua situação. O somatório dos valores obtidos em cada resposta varia entre 20 a 80 pontos. No nosso estudo foi adotada uma pontuação > 40 para rastreio positivo para ansiedade (DENNIS et al., 2017; TRUMELLO et al., 2018; DENNIS; COGHLAN; VIGOD, 2013). Conforme estudo realizado com mães no período pós-parto, um ponto de corte > 40 para o rastreio sintomatológico de ansiedade apresenta especificidade de 87.9% e sensibilidade de 67.8% (DENNIS; COGHLAN; VIGOD, 2013).

3.4.5 Índice de Função Sexual Feminina

O Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) (ANEXO E) é um instrumento que permite avaliar a função sexual na população feminina, sendo utilizado em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos (ROSEN et al., 2000). É classificado como psicometricamente sólido por atender aos padrões de confiabilidade e validade (MESTON, 2003). No Brasil ele foi traduzido, adaptado culturalmente e validado por THIEL et al., 2008, sendo composto por 19 itens relacionados a atividade sexual nas últimas 4 semanas agrupados em 5 domínios: desejo/excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Cada item possui uma graduação de 0 a 6; para se obter o escore total soma-se o escore individual e multiplica-se pelo fator correspondente. Ao final obtém-se o escore total que pode variar de 2 a 36 (HENTSCHEL et al., 2007) (Tabela 2). Um escore total <26.55 foi considerado como fator de risco para disfunção sexual (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

Tabela 2. Escores dos domínios do índice de função sexual feminina.

Domínio	Questões	Variação do escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1,2	1 – 5	0.6	1.2	6.0
Excitação	3,4,5,6	0 – 5	0.3	0	6.0
Lubrificação	7,8,9,10	0 – 5	0.3	0	6.0
Orgasmo	11,12,13	0 – 5	0.3	0	6.0
Satisfação	14,15,16	0/1 – 5	0.4	0.8	6.0
Dor	17,18,19	0 – 5	0.4	0	6.0
Escore total				2.0	36.0

Adaptado de Hentschel et al. 2007. *Variação para o item 14= 0-5, variação para os itens 15 e 16= 1-5.

3.7 Tratamento e Análise dos Dados

Foram avaliados os pressupostos de normalidade através do teste de Shapiro-Wilk e homocedasticidade através do teste de Levene. As variáveis categóricas foram comparadas através do teste de Qui-quadrado. As variáveis contínuas foram avaliadas pelo teste de Mann-Whitney para amostras independentes. As diferenças entre os escores de QV, sintomas depressivos, ansiedade e função sexual nos dois momentos de avaliação foram realizados pelo

teste de Wilcoxon. Foi adotado o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no JASP statistical software (Version 9.1.0; Amsterdam, The Netherlands; <http://jasp-stats.org/>).

3.8 Aspectos Éticos

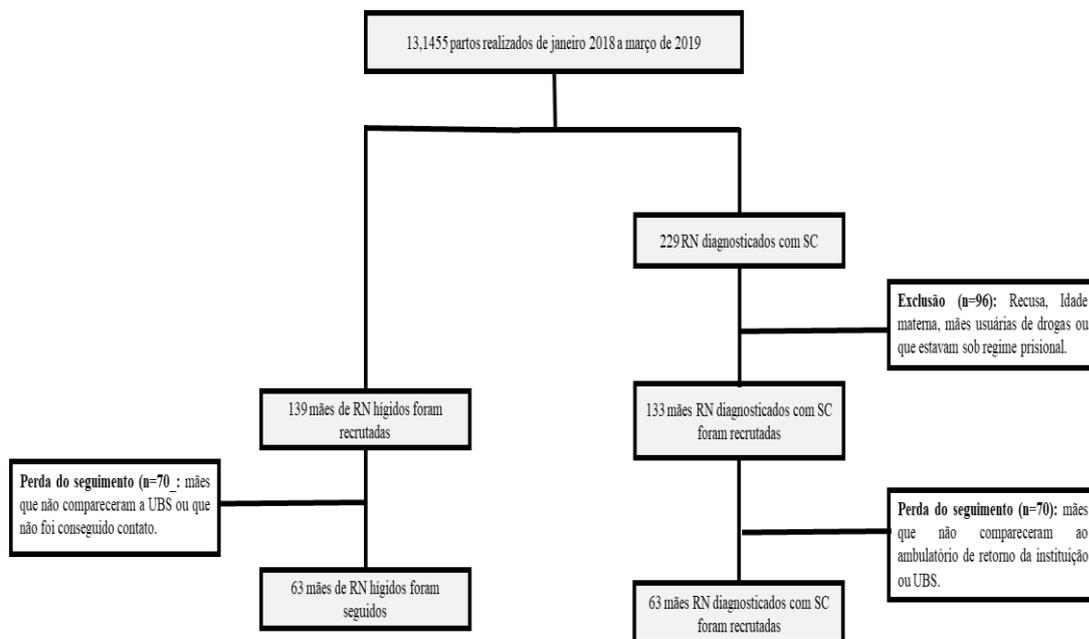
A pesquisa foi encaminhada para Plataforma Brasil para aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) sendo aprovada com o parecer 2.427.655 (ANEXO D) Todos os direitos e identidade dos participantes foram resguardados, bem como atendidos os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque e as recomendações da resolução de número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília/DF. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para participarem da pesquisa.

4. RESULTADOS

4.1 Seleção

De janeiro de 2018 a março de 2019 foram realizados 13,145 partos sendo diagnosticados 229 RNs com SC. De 133 mães de RNs com SC recrutadas, 63 foram entrevistadas durante o internamento e três meses após o nascimento do neonato. Em relação ao grupo de comparação, 139 mães de RNs hígidos foram recrutadas, das quais 63 permaneceram no estudo.

Figura 2: Seleção das mães de recém-nascidos com sífilis congênita e mães de recém-nascidos hígidos



4.2 Caracterização da amostra

A maioria das mães em ambos os grupos eram jovens (mediana de 23 anos de idade), com mais de nove anos de escolaridade (> 60%) e relações conjugais estáveis (> 70%). Todas as mães apresentavam renda familiar de até três salários mínimos. Em ambos os grupos, a mediana da idade gestacional e de consultas pré-natal foi de 39 semanas e 7 consultas, respectivamente. A maioria das mulheres tiveram parto vaginal (> 70%) e a gravidez não foi planejada (> 60%) (Tabela 3). Entre as mães de RN com SC, 63,5% (n=40) tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação. Quanto as características dos RNs, a mediana do peso ao nascer foi de 3000g e maioria nasceu com boa vitalidade segundo o escore Apgar. Não foram encontradas diferenças nos perímetros cefálico e torácico entre os grupos (Tabela 4).

Tabela 3. Caracterização do grupo de mães em maternidade de Aracaju no período de 2018-2019

Variáveis	Mães de RN com SC (n = 63)	Mães de RN hígido (n = 63)	p-valor
Idade [¥]	23 (21-29.5)	23 (21.5-29)	0.746
Situação conjugal			
Casada/união estável	49 (77.8%)	45 (71.4%)	0.539
Solteira/divorciada	14 (22.2%)	18 (28.6%)	
Escolaridade			
Até 9 anos de estudo	24 (38.1%)	23 (36.5%)	1.000
> 9 anos de estudo	39 (61.9%)	40 (63.5%)	
Idade gestacional [¥]	39 (39-40)	39 (39-40)	0.129
Consultas pré-natal [¥]	7 (5-9)	7 (6-9)	0.857
Tipo de parto			
Vaginal	51 (81.0%)	47 (74.6%)	0.520
Cesáreo	12 (19.0%)	16 (25.4%)	
Gestação planejada			
Sim	24 (38.1%)	25 (39.7%)	1.000
Não	39 (61.9%)	38 (60.3%)	
Número de filhos [¥]	2 (1-2)	2 (1-2)	0.707

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

[¥]Dados reportados em mediana (Q1-Q3).

Tabela 4. Características dos recém-nascidos em maternidade de Aracaju no período de 2018-2019

Variáveis	RN com SC (n = 64)	RN hígido (n = 64)	p-valor
Sexo			
Masculino	33 (51.6%)	21 (32.8%)	0.049
Feminino	31 (48.4%)	43 (67.2%)	
Apgar [¥]			
1º minuto	9 (9-9)	9 (8-9)	0.345
5º minuto	10 (10-10)	10 (9-10)	0.357
Peso(g) [¥]	3000.0 (2000.0-3000.0)	3000.0 (2000.0-3000.0)	0.575
Perímetro cefálico [¥]	34.0 (33.0-35.0)	34.0 (34.0-35.2)	0.307
Perímetro torácico [¥]	32.5 (31.0-34.0)	33.0 (32.0-34.3)	0.157
Manifestações clínicas			
Alterações ósseas	8 (12.5%)	-	-
Anemia	5 (7.8%)	-	-
Alteração no liquor	1 (1.6%)	-	-
Problemas cardíacos	1 (1.6%)	-	-
Problemas auditivos	1 (1.6%)	-	-
Problemas dentários	1 (1.6%)	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

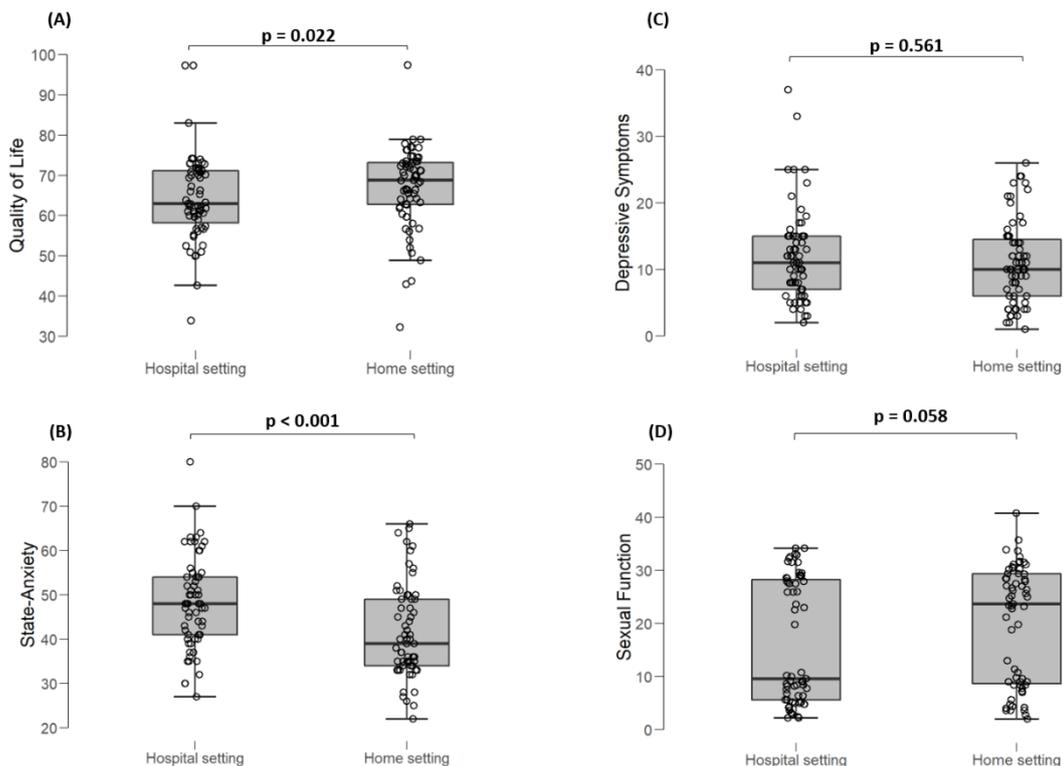
* Em ambos os grupos, houve a ocorrência de uma gestação gemelar; [¥]Dados reportados em mediana (Q1-Q3).

4.3 Descrição dos desfechos de interesse em mães de RN com SC

Durante o período intra-hospitalar, o escore geral de QV das mães de RN com SC teve mediana de 63.0 (Q1=58.2; Q3=71.2). Os sintomas depressivos, ansiedade-estado, ansiedade traço e função sexual apresentaram, respectivamente, valores de mediana de 11 (Q1=7.0, Q3=15.0), 48 (Q1=41.0, Q3=54.0), 44.0 (Q1=37.5, Q3=49.0) e 9,6 (Q1=5.4, Q3=28.3) (Figura 3). Aproximadamente 56% das mães apresentavam sintomas depressivos (IDB > 11) e 77.8% rastreamento positivo para ansiedade-estado (STAI-E > 40). Quarenta e duas mães (66.7%) apresentaram baixo função sexual (FSFI < 26,55).

No seguimento destas mães, foi observada um aumento no escore geral de QV (mediana=68.8; Q1=62.8, Q3=73.2) ($p=0.022$) (Figura 3A) e uma diminuição do nível de ansiedade-estado (mediana=39.0; Q1=34.0, Q3=49.0) ($p<0.001$) (Figura 3B). Entretanto, uma alta porcentagem de mães (47.6%) permaneceu com sintomas depressivos (mediana=10.0; Q1=6.0, Q3=14.5) ($p=0.561$) (Figura 3C) e baixo FSFI (60.3%) (mediana=23.7; Q1=8.7, Q3=29.4) ($p=0.058$) (Figura 3D).

Figura 3. Box-plot de distribuição dos escores de qualidade de vida (A), ansiedade-estado (B), sintomas depressivos (C) e função sexual (D) de mães de recém-nascidos com sífilis congênita durante o período intra-hospitalar e no seguimento.

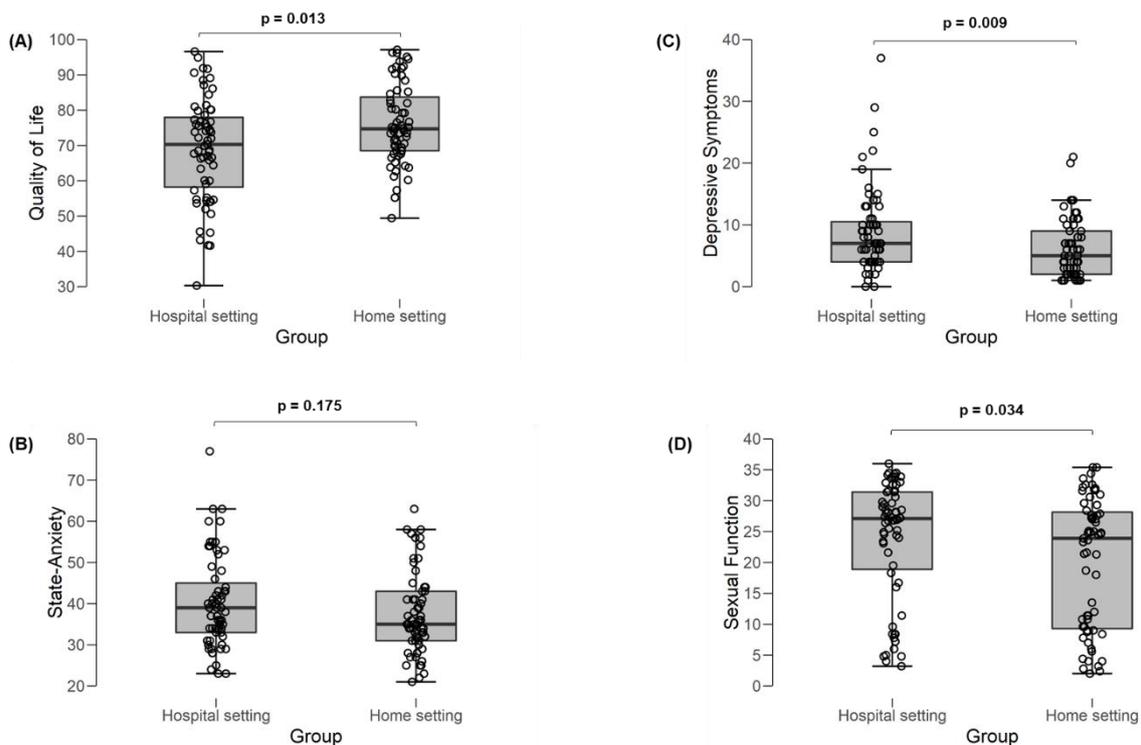


4.4 Descrição dos desfechos de interesse em mães de RN hígido

No período intra-hospitalar, o escore geral de QV das mães de RN hígidos apresentou mediana de 74,7 (Q1= 68.5; Q3= 83.7). Os valores das medianas dos escore geral dos sintomas depressivos, ansiedade-estado e função sexual, respectivamente, foram 5.0 (Q1= 2.0; Q3= 9.0), 35 (Q1= 31.0; Q3= 43.0) e 23,9 (Q1=9.3; Q3= 28.2) (Figura 4). Somente 13% das mães que compuseram a amostra apresentaram sintomas depressivos e 35% rastreamento positivo para ansiedade-estado. Trinta e nove mães (61.9%) apresentaram baixa FSFI.

Durante o período de seguimento foi observado uma diminuição do escore geral de QV (mediana= 70.3; Q1= 58.2; Q3= 78.0) ($p=0.013$) (Figura 4A) e aumento do nível de sintomas depressivos (mediana= 7.0; Q1= 4.0; Q3= 10.5) ($p=0.009$) (Figura 4B) e ansiedade-estado (mediada= 39.0; Q1= 33.0; Q3= 45.0) ($p=0.175$) (Figura 4C). Embora tenha-se observado uma diminuição do escore de QV e aumento dos sintomas depressivos e ansiedade-estado, somente 39% das mães apresentaram baixo FSFI ($p=0.034$) (Figura 4D).

Figura 4. Box-plot de distribuição dos escores de qualidade de vida (A), ansiedade-estado (B), sintomas depressivos (C) e função sexual (D) de mães de recém-nascidos hígidos durante o período intra-hospitalar e no seguimento.



4.5 Comparação dos desfechos em mães de RNs com SC e mães de RNs hígidos

Durante o período intra-hospitalar, as mães de RNs com SC apresentaram menores escores de QV global do que as mães de RNs hígidos ($p < 0.0001$). Diferenças significantes foram observadas em todos os domínios de QV (físico, psicológico, social e ambiente). Maiores níveis de ansiedade-estado ($p < 0.0001$) e sintomas depressivos ($p < 0.0001$) também foram observados entre as mães dos RNs com SC. Não foram observadas diferenças no FSFI entre os grupos. Três meses após a primeira avaliação, as mães de RNs com SC apresentaram maiores escores de sintomas depressivos ($p = 0.021$) e baixa função sexual global ($p = 0.041$) em comparação com as mães de RNs hígidos. Diferenças no FSFI foram observadas nos domínios excitação ($p = 0.050$) e orgasmo ($p = 0.034$) (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação dos desfechos em mães de recém-nascidos com sífilis congênita e mães de recém-nascidos hígidos em maternidade de Aracaju no período de 2018-2019

Escore	Intra-hospitalar			3 meses		
	Mães de RNs com SC	Mães de RNs hígidos	p-valor	Mães de RNs com SC	Mães de RNs hígidos	p-valor
Qualidade de vida						
Físico	64.3 (46.4, 8.6)	78.6 (71.4, 82.1)	< 0.0001*	71.4 (64.3, 82.1)	71.4 (60.7, 82.1)	0.607
Psicológico	70.8 (66.7, 75.0)	79.2 (70.8, 85.4)	< 0.0001*	75.0 (62.5, 79.2)	70.8 (60.4, 79.2)	0.794
Social	75.0 (58.3, 75.0)	75.0 (66.7, 100.0)	0.001*	75.0 (66.7, 75.0)	75.0 (58.3, 83.3)	0.341
Ambiente	62.0 (51.6, 67.2)	68.8 (62.5, 78.1)	< 0.0001*	62.5 (53.1, 68.8)	65.6 (53.1, 71.9)	0.259
Global	63.0 (58.2, 71.2)	74.7 (68.5, 83.7)	< 0.0001*	68.8 (62.8, 73.2)	70.3 (58.2, 78.0)	0.251
Sintomas depressivos	11.0 (7.0, 15.0)	5.0 (2.0, 9.0)	< 0.0001*	10.0 (6.0, 14.5)	7.0 (4.0, 10.5)	0.021*
Ansiedade						
Traço	44.0 (37.5, 49.0)	37.0 (25.8, 44.5)	0.002*	44.0 (36.5, 48.0)	41.0 (31.0, 50.0)	0.203
Estado	48.0 (41.0, 54.0)	35.0 (31.0, 43.0)	< 0.0001*	39.0 (34.0, 49.0)	39.0 (33.0, 45.0)	0.436
Função sexual						
Desejo	3.0 (2.4, 4.5)	3.6 (3.0, 4.2)	0.173	3.6 (3.0, 4.2)	3.6 (3.0, 4.8)	0.189
Excitação	0.0 (0.0, 3.9)	3.6 (0.0, 4.5)	0.112	3.6 (0.0, 4.5)	3.9 (2.4, 5.1)	0.050*
Lubrificação	0.0 (0.0, 5.4)	3.6 (0.0, 4.8)	0.256	3.6 (0.0, 5.3)	4.2 (3.5, 5.4)	0.144
Orgasmo	0.0 (0.0, 4.4)	4.0 (0.0, 4.8)	0.073	3.6 (0.0, 5.2)	4.4 (3.2, 5.6)	0.034*
Satisfação	5.2 (3.6, 6.0)	5.6 (4.4, 6.0)	0.192	5.6 (4.2, 6.0)	6.0 (4.8, 6.0)	0.362
Dor	0.0 (0.0, 5.2)	3.6 (0.0, 6.0)	0.155	4.0 (0.0, 6.0)	4.8 (2.8, 5.8)	0.389
Global	9.6 (5.6, 28.3)	23.9 (9.3, 28.2)	0.085	23.7 (8.7, 29.4)	27.1 (18.9, 31.4)	0.041*

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

*p-valores menores do que 0.05 foram considerados estatisticamente significantes. Dados reportados em mediana (Q1-Q3).

5 DISCUSSÃO

ISTs têm sido associadas a desfechos psicológicos negativos nas mulheres incluindo estigma, vergonha e perda de auto-estima, o que pode levar a rompimento de relacionamentos e violência baseada em gênero (GOTTLIEB et al., 2014). A transmissão vertical da sífilis acarreta importante impacto financeiro e emocional, é considerada um evento sentinela de saúde e sua ocorrência marca a existência de falhas dos programas de controle da sífilis e do sistema pré-natal (WIJESOORIYA et al., 2016; ZENKER; BERMAN, 1990). Em países em desenvolvimento, a infecção por sífilis é um problema relativamente comum e está associada a uma substancial morbidade, incluindo desfechos adversos na gestação (NEWMAN et al., 2015). No presente estudo, foi observado que mães de RNs diagnosticados com SC apresentam alterações na saúde mental e baixa função sexual no período pós-parto em comparação com mães de RNs hígidos.

A avaliação da QV tem por finalidade identificar o impacto de uma doença ao longo do tempo em diversos domínios relacionados ao bem-estar. Em indivíduos diagnosticados com ISTs, é importante avaliá-la devido ao estigma atribuído à doença (VALSANGKAR et al., 2014). Em nosso estudo, a transmissão vertical de uma IST, a necessidade de hospitalização do neonato para antibioticoterapia e as morbidades associadas à SC podem ter sido importantes fatores associados a uma pior QV materna nos primeiros dias de nascimento da criança. Além disso, as mães convivem com as incertezas diárias do prognóstico da doença levando a níveis elevados de ansiedade e sintomas depressivos, os quais repercutem em aspectos importantes de sua QV.

Em estudo realizado por BUSSE et al., 2013, foi verificado que pais de filhos internados em unidade neonatal possuíam altos níveis de estresse relacionados à ansiedade, fadiga, depressão e distúrbios do sono, afetando seu comportamento e trazendo-lhes problemas emocionais de longa duração e alteração de saúde. É bem verdade que as mães de RNs que precisam de internamento neonatal vivenciam altos níveis de ansiedade como frequentemente documentado em diversos estudos (GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ et al., 2019; GREENE et al., 2018; MIZRAK; DENIZ; ACIKGOZ, 2015; PADOVANI et al., 2009) estando associada a fatores como tempo de internamento, dificuldade para cuidar do filho e falta de informação (MIZRAK; DENIZ; ACIKGOZ, 2015). Embora altos níveis de ansiedade tenham sido observados entre as mães de RNs diagnosticados com SC nos primeiros dias após o parto, houve

uma redução significativa do escore de ansiedade-estado ao longo do tempo, o que pode ser explicada pela saída da criança do ambiente hospitalar e retorno da mãe à sua rotina.

Existem evidências de que sintomas depressivos maternos afetam a interação mãe-filho com consequências negativas no desenvolvimento da criança (BERNARD-BONNIN, 2004; MYERS; JOHNS, 2018) e interfere na sua QV mesmo após a remissão dos sintomas na mãe (DITTRICH et al., 2018). A persistência dos sintomas depressivos observados no presente estudo pode estar relacionada à falta de acompanhamento psicológico, conflitos internos relacionados ao cuidado com a saúde, culpabilidade da transmissão da infecção para o seu filho e a estigmatização da doença. Modelos preditivos estão sendo criados com o objetivo de orientar profissionais de saúde da atenção básica a identificar mães em risco, incluindo mães que apresentam histórico depressivo e que relatam na última semana perda da capacidade de sentir prazer e presença de pânico ou medo (MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2019).

Atualmente, a maioria dos casos de sífilis ocorre em indivíduos que se envolvem em comportamento sexual de alto risco e que podem ter acesso limitado aos cuidados de saúde (REED et al., 2015; LIAO et al., 2017). No nosso estudo, a maioria das mães com sífilis (77,8%) eram casadas ou tinham uma união estável. A prevalência de IST em mulheres em idade reprodutiva está ligada a presença, no parceiro, do agente etiológico causador da infecção (LIAO et al., 2017). O diagnóstico de uma IST pode levar a estigma social significativo, intenso constrangimento e medo de retaliação, violência doméstica ou perda de relacionamento (REED et al., 2015). Assim, o apoio social para mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação é extremamente importante para a sua saúde mental. Um maior apoio social nos três meses após o parto tem sido associado a uma redução na ansiedade e sintomas depressivos (SCHWAB-REESE; SCHAFER; ASHIDA, 2017). Os desafios no pós-parto são semelhantes em todas mães que buscam em seus parceiros e familiares o apoio de que precisam (NEGRON et al., 2013).

A disfunção sexual nas mulheres é um problema que está associada a aspectos físicos, emocionais e sociais. No período pós-parto, problemas de função sexual têm sido relacionados com a presença de sintomatologia depressiva (KHAJEHEI; DOHERTY, 2017; WALLWIENER et al., 2017; YILMAZ et al., 2018). No presente estudo, nós observamos uma menor função sexual entre as mães de RNs com SC, especialmente no que se refere à excitação e orgasmo, aspectos relacionados à dimensão afetiva e de intimidade. Tem sido reportado que mulheres com depressão apresentam uma baixa atividade nas regiões do hipotálamo e giros do cíngulo e parahipocampal, regiões do sistema límbico envolvidas com o estímulo sexual e prazer (YANG, 2004). Entretanto, a relação entre disfunção sexual e depressão parece ser

bidirecional, pois a presença de qualquer uma dessas condições pode desencadear ou exacerbar a outra, e o tratamento de uma condição pode melhorar a outra (KENNEDY; RIZVI, 2009). Além disso, os resultados do nosso estudo em relação à baixa função sexual podem também estar associados ao estigma da doença e a falta de confiança no parceiro.

Por ser prevalente no período pós-natal, a disfunção sexual não pode ser negligenciada pelos profissionais de saúde (YILMAZ et al., 2018). Estes profissionais envolvidos no atendimento das mães devem ser treinados para abordar questões de sexualidade durante o período pré e pós-natal, encorajando as mulheres a falar abertamente sobre suas preocupações (KHAJEHEI; DOHERTY, 2017). No caso de pacientes que apresentam sífilis, a saúde sexual e seu histórico devem ser abordados rotineiramente durante as consultas, uma vez que a apresentação clínica da patologia é muitas vezes assintomática (WILLEFORD; BACHMANN, 2016).

Apesar do nosso estudo ser o primeiro a avaliar o impacto da transmissão vertical da sífilis na QV, saúde mental e função sexual das mães, nossos resultados são provenientes de um desenho de natureza transversal e com avaliação até os três primeiros meses de nascimento da criança. A dificuldade de seguimento a longo prazo de mães de RNs diagnosticados com SC tem sido relatada (FELIZ et al., 2016), o que pode enviesar os resultados dos estudos no sentido de avaliar mães com os desfechos mais desfavoráveis. Além disso, não foram avaliados algumas potenciais variáveis de confusão, como: condições de saúde dos outros filhos, qualidade da relação conjugal e sobrecarga de trabalho. Futuros estudos devem ser realizados para avaliar estes desfechos ao longo do tempo e seu impacto nas interações mãe-filho e conjugal.

6 CONCLUSÃO

Nosso estudo avaliou a QV, sintomas depressivos, ansiedade e função sexual em mães de RN diagnosticados com SC. Os resultados sugerem que mães de RNs com SC apresentam nos três primeiros meses após o nascimento das crianças pior saúde mental e baixa função sexual em comparação às mães dos RNs hígidos. Esses resultados reforçam a importância do acompanhamento multidisciplinar e da realização de atividades educacionais no pré-natal e intra-hospitalar com orientação sobre a sífilis, melhorando, dessa forma, a saúde mental, QV e função sexual nas mães.

REFERÊNCIAS

- AKAHIRA-AZUMA, M. et al. Republication: Two premature neonates of congenital syphilis with severe clinical manifestations. **Tropical Medicine and Health**, v. 43, n. 3, p. 165–170, 2015.
- ARRIAGADA, D.; DONOSO, A.; CRUCES, P. Sífilis congénita: presentación como shock séptico después del período neonatal Clínica. **Rev Chilena Infectol**, v. 29, n. 5, p. 558–563, 2012.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 2, p. 111–126, 2006.
- BENZA, N.; STANKOVIC, C. A 2-month-old boy with an unusual rash. **Pediatrics in Review**, v. 36, n. 12, p. e43–e46, 2015.
- BERNARD-BONNIN, A.-C. Maternal Depression and Child Development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 9, n. 8, p. 575–583, 2004.
- BONACQUISTI, A.; GELLER, P. A.; PATTERSON, C. A. Maternal depression, anxiety, stress, and maternal-infant attachment in the neonatal intensive care unit. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 00, n. 00, p. 1–14, 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde: [s.n.].
- _____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Sífilis 2017. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n.36, n. 2358–9450, p. 1–41, 2017.
- _____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE. **Atenção Integral Às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (Ist) Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para**. Brasília: Ministério da Saúde: [s.n.].
- _____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE. Sífilis 2018. **Boletim Epidemiológico de Sífilis Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde**, v. 49, n. 45, p. 1–43, 2018.
- _____. **Portaria N 2.715, De 17 De Novembro De 2011 Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html>
- BUSSE, M. et al. Parent Responses to Stress: PROMIS in the NICU Morgan. **Crit Care Nurse**, v. 33, n. 4, p. 52–60, 2013.
- BYDLOWSKI, S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. **Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction**, v. 44, n. 10, p. 1152–1156, 2015.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines**. [s.l: s.n.]. v. 64
- CHEN, Y. H. et al. High risk of depression, anxiety, and poor quality of life among experienced fathers, but not mothers: A prospective longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, v. 242, p. 39–47, 2019.

- DENNIS, C. L. et al. Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. **Journal of Affective Disorders**, v. 213, n. November 2016, p. 131–137, 2017.
- DENNIS, C. L.; COGHLAN, M.; VIGOD, S. Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? **Journal of Affective Disorders**, v. 150, n. 3, p. 1217–1220, 2013.
- DITTRICH, K. et al. Effects of maternal history of depression and early life maltreatment on children's health-related quality of life. **Journal of Affective Disorders**, v. 225, p. 280–288, 2018.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. DO C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: Dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 32, n. 6, p. 1–12, 2016.
- DOU, L. et al. Epidemic Profile of Maternal Syphilis in China in 2013. **BioMed Research International**, v. 2016, 2016.
- FELIZ, M. C. et al. Adherence to the follow-up of the newborn exposed to syphilis and factors associated with loss to follow-up. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 727–739, 2016.
- FERREIRA, D. Q. et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 34, n. 9, p. 409–412, 2012.
- FLECK, M. P. DE A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000.
- FRENCH, P. Syphilis. **British Medical Journal**, v. 334, n. 7585, p. 143–147, 2007.
- GANDINI, R. DE C. et al. Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 23–31, 2007.
- GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, A. et al. Prevalence and Associated Factors to Depression and Anxiety in Women with Premature Babies Hospitalized in a Neonatal Intensive-Care Unit in a Mexican Population. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 45, n. xxxx, p. e53–e56, 2019.
- GOTTLIEB, S. L. et al. Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): The need for STI vaccines. **Vaccine**, v. 32, n. 14, p. 1527–1535, 2014.
- GREENE, M. M. et al. Elevated maternal anxiety in the NICU predicts worse fine motor outcome in VLBW infants. **Early Human Development**, v. 116, n. September 2017, p. 33–39, 2018.
- GRYLKA-BAESCHLIN, S. et al. Postnatal quality of life — A content analysis of qualitative results to the Mother-Generated Index. **Women and Birth**, v. 32, n. 2, p. e229–e237, 2019.
- HASSERT, S. et al. Postpartum Depressive Symptoms: Risks for Czech and Thai Mothers. **The Journal of Perinatal Education**, v. 27, n. 1, p. 38–49, 2018.
- HEIDARI, H.; HASANPOUR, M.; FOOLADI, M. The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 18, n. 3, p. 208–13, maio 2013.
- HENTSCHEL, H. et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. **Clinical & Biomedical Research**, v. 27, n. 1, 2007.

- HIGGINSON, I. J.; CARR, A. J. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. **British Medical Journal**, v. 322, n. 7297, p. 1297–1300, 2001.
- HITIMANA, R. et al. Health-related quality of life determinants among Rwandan women after delivery: Does antenatal care utilization matter? A cross-sectional study. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 37, n. 1, p. 1–10, 2018.
- JANAÍNA FONSECA VÍCTOR, LÉA MARIA MOURA BARROSO, ANA PATRÍCIA VIANA TEIXEIRA, AUDYONÊDA SAMPAIO AIRES, I. M. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 113–119, 2010.
- KASAMATSU, H. et al. Understanding the relationship between postpartum depression one month and six months after delivery and mother-infant bonding failure one-year after birth: Results from the Japan Environment and Children's study (JECS). **Psychological Medicine**, v. 50, n. 1, p. 161–169, 2020.
- KENNEDY, S. H.; RIZVI, S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 29, n. 2, p. 157–164, 2009.
- KHAJEHEI, M.; DOHERTY, M. Exploring postnatal depression, sexual dysfunction and relationship dissatisfaction in Australian women. **British Journal of Midwifery**, v. 25, n. 3, p. 162–172, 2017.
- KORENROMP, E. L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, p. 1–17, 2019.
- LAGO, E. G. Current Perspectives on Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis. **Cureus**, v. 8, n. 3, 2016.
- LEITE, A. P. L. et al. Validation of the female sexual function index in Brazilian pregnant women. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 29, n. 8, p. 396–401, 2007.
- LIAO, K.-J. et al. Seroepidemiology of Syphilis Infection among 2 Million Reproductive-age Women in Rural China. **Chinese Medical Journal**, v. 130, n. 18, p. 2198–2204, set. 2017.
- LOPES, L. et al. Sífilis: Prevalência num hospital de Lisboa. **Acta Medica Portuguesa**, v. 29, n. 1, p. 52–55, 2016.
- MALUS, A. et al. Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. **Psychiatria Polska**, v. 50, n. 6, p. 1135–1146, 2016.
- MARTÍNEZ-GALIANO, J. et al. Quality of Life of Women after Giving Birth: Associated Factors Related with the Birth Process. **Journal of Clinical Medicine**, v. 8, n. 3, p. 324, 2019.
- MEIER, S. M. et al. Secondary depression in severe anxiety disorders: a population-based cohort study in Denmark. **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 6, p. 515–523, jun. 2015.
- MELTZER-BRODY, S. et al. Postpartum psychiatric disorders. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 4, p. 1–18, 2018.
- MESTON, C. M. Validation of the female sexual function index (Fsf) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 29, n. 1, p. 39–46, 2003.
- MIZRAK, B.; DENIZ, A. O.; ACIKGOZ, A. Anxiety levels of mothers with newborns in a

- Neonatal Intensive Care unit in Turkey. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 31, n. 5, p. 1176–1181, 2015.
- MYERS, S.; JOHNS, S. E. Postnatal depression is associated with detrimental life-long and multi-generational impacts on relationship quality. **PeerJ**, v. 6, n. 2, p. e4305, 2018.
- NAKIĆ RADOŠ, S. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. **Acta Clinica Croatica**, v. 57, n. 1, p. 39–51, 2018.
- NEGRON, R. et al. Social Support During the Postpartum Period: Mothers' Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 4, p. 616–623, 12 maio 2013.
- NEWMAN, L. et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. **PLoS ONE**, v. 10, n. 12, p. 1–17, 2015.
- PADOVANI, C.; DE OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: Association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.
- PADOVANI, F. H. P. et al. Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. **Psychological reports**, v. 104, n. 2, p. 667–79, abr. 2009.
- PAPAMARKOU, M. et al. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: A correlational study. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 1, p. 1–9, 2017.
- PARVANEHVAR, S. et al. Maternal omentin-1 level, quality of life and marital satisfaction in relation to mode of delivery: a prospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 136, 2 dez. 2020.
- PAUL, I. M. et al. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. **Pediatrics**, v. 131, n. 4, 2013.
- PHILLIPS, J. S.; GAUNT, A.; PHILLIPS, D. R. Orosyphilis: A neglected diagnosis? **Otology and Neurotology**, v. 35, n. 6, p. 1011–1013, 2014.
- QIN, J. B. et al. Synthesized prevention and control of one decade for mother-to-child transmission of syphilis and determinants associated with congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in Shenzhen, South China. **European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases**, v. 33, n. 12, p. 2183–2198, 2014.
- RATNAM, S. The laboratory diagnosis of syphilis. **The Canadian journal of infectious diseases & medical microbiology = Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie medicale**, v. 16, n. 1, p. 45–51, jan. 2005.
- REED, J. L. et al. Adolescent patient preferences surrounding partner notification and treatment for sexually transmitted infections. **Academic Emergency Medicine**, v. 22, n. 1, p. 61–66, 2015.
- ROSEN, R. et al. The female sexual function index (Fsfi): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 26, n. 2, p. 191–205, 2000.
- SCHWAB-REESE, L. M.; SCHAFER, E. J.; ASHIDA, S. Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and

mediation. **Women & Health**, v. 57, n. 6, p. 723–740, 3 jul. 2017.

SEGRE, L. S. et al. Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Newborns Hospitalized on the Neonatal Intensive Care Unit. **Nursing Research**, v. 63, n. 5, p. 320–332, 2014.

SKEVINGTON, S. M. et al. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. **Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation**, v. 13, n. 2, p. 299–310, mar. 2004.

SU, J. R. et al. Congenital syphilis: Trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 214, n. 3, p. 381.e1–381.e9, 2016.

SWANSON, J.; WELCH, J. The Great Imitator Strikes Again: Syphilis Presenting as “Tongue Changing Colors”. **Case Reports in Emergency Medicine**, v. 2016, p. 1–3, 2016.

TANI, F.; CASTAGNA, V. Maternal social support, quality of birth experience, and postpartum depression in primiparous women. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 30, n. 6, p. 689–692, 2017.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, nov. 1995.

THIEL, R. D. R. C. et al. Tradução para Português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 30, n. 10, p. 504–510, 2008.

THOMAS, D. D. et al. *Treponema pallidum* invades intercellular junctions of endothelial cell monolayers. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 85, n. 10, p. 3608–3612, 1988.

TRUMELLO, C. et al. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: A study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. **Frontiers in Public Health**, v. 6, n. DEC, p. 1–9, 2018.

VALSANGKAR, S. et al. Impairment of quality of life in symptomatic reproductive tract infection and sexually transmitted infection. **Journal of Reproduction and Infertility**, v. 15, n. 2, p. 87–93, 2014.

WALLWIENER, S. et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 295, n. 4, p. 873–883, 2017.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1–20, 2005.

WIJESOORIYA, N. S. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet. Global health**, v. 4, n. 8, p. e525–33, 2016.

WILLEFORD, W. G.; BACHMANN, L. H. Syphilis ascendant: a brief history and modern trends. **Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines**, v. 2, n. 1, p. 2–5, 2016.

WOODS, C. R. Syphilis in children: Congenital and acquired. **Seminars in Pediatric**

Infectious Diseases, v. 16, n. 4, p. 245–257, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice**. [s.l: s.n.]. v. 3

YANG, J. C. Functional neuroanatomy in depressed patients with sexual dysfunction: Blood oxygenation level dependent functional MR imaging. **Korean Journal of Radiology**, v. 5, n. 2, p. 87–95, 2004.

YILMAZ, F. A. et al. Sexual dysfunction in postpartum Turkish women: It's relationship with depression and some risk factors. **African Journal of Reproductive Health**, v. 22, n. 4, p. 54–63, 2018.

ZENKER, P. N.; BERMAN, S. M. Congenital syphilis: Reporting and reality. **American Journal of Public Health**, v. 80, n. 3, p. 271–272, 1990.

ZHOU, Q. et al. A case series of 130 neonates with congenital syphilis: Preterm neonates had more clinical evidences of infection than term neonates. **Neonatology**, v. 102, n. 2, p. 152–156, 2012.

ZUBARAN, C. et al. An assessment of maternal quality of life in the postpartum period in southern Brazil: a comparison of two questionnaires. **Clinics (Sao Paulo, Brazil)**, v. 64, n. 8, p. 751–6, 2009.



APÊNDICE A- CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES DO ESTUDO

Número do Formulário: _____	Data da coleta: ____/____/____
PARTE I- CARACTERIZAÇÃO DA PUÉRPERA	
Nome : _____	
Idade: _____	
Endereço: _____	
Telefone: _____	
Situação Conjugal Após: () 1. Casada () 2. Solteira () 3. Viúva () 4. União Estável () 5. Separada () 6. Não informado	
Escolaridade (última série concluída): () 1. Sem escolaridade () 2. Fundamental I (1ª a 4ª série) () 3. Fundamental II (5ª a 8ª série) () 4. Médio (antigo 2º grau) () 5. Superior incompleto () 6. Superior completo	
Renda familiar em salários mínimos: _____	
DADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS	
Histórico Gestacional: N° de gestação: ____/____ N° de partos ____/____ N° de nascidos vivos ____/____ N° de abortos ____/____	
Gestação desejada ? () 1. Sim () 2. Não Tipo de parto ? () 1. Normal () 2. Cesáreo	
Realizou pré-natal: () 1. Sim () 2. Não Se sim, número de consultas: ____/____	
Idade Gestacional: _____	
Foi diagnosticada com sífilis na gestação atual? () 1. Sim () 2. Não	
Fez tratamento para sífilis na gestação atual? () 1. Sim () 2. Não	
PARTE II- CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA	
Sexo: () masc () fem Data de nascimento ____/____/____	
Apgar 1º min _____ Apgar 5º _____	
Medidas Antropométricas: Perímetro cefálico: _____ Perímetro torácico: _____ Perímetro abdominal: _____ Altura: _____ Peso do recém nascido: _____	
Uso de medicamento: 1.() Sim 2. () Não Qual (is): _____	
Alterações percebidas na criança:	
Observações:	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA INVESTIGATIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **“DESFECHOS PSICOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA EM MÃES DE CRIANÇAS COM SÍFILIS CONGÊNITA: ESTUDO DE COORTE”**. Desenvolvida por **Carolina Santos Souza Tavares**, integrante do Laboratório de Patologia Investigativa da Universidade Federal de Sergipe, sob orientação do Professor Dr Paulo Ricardo Saquete Martins Filho. **O objetivo geral do estudo** é: avaliar qualidade de vida, níveis de depressão, ansiedade e a sexualidade em mães com filhos diagnosticados com sífilis congênita em maternidade de Aracaju e compará-los com mães cujos filhos nasceram saudáveis. **O convite a sua participação** se deve ao seu filho ter sido diagnosticado com sífilis ou seu filho ser sadio e ter sido escolhido como caso controle do estudo. Ressaltamos que sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como somente responder as questões que não lhe causem desconforto e poderá retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Será garantida a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. **O benefício** é relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de obter informações sobre qualidade de vida, sexualidade e níveis de depressão e ansiedade em mães de filhos com sífilis congênita. E assim propor ações que visem à melhoria da saúde mental dessas mães contribuindo para prevenção de possíveis traumas. **Previsão de riscos ou desconfortos**: Neste estudo, não se espera nenhum tipo de dano físico ou mental aos participantes da pesquisa, visto que os mesmos não serão expostos a nenhum tipo de tratamento. Os riscos e desconfortos oferecidos diretamente aos voluntários são mínimos. No entanto, poderá ocorrer constrangimento diante dos formulários. Com intuito de minimizar o constrangimento, os questionários serão preenchidos pela voluntária, confidencialmente e anônima. Bem como, será garantido o direito de responder apenas as questões que não lhe causem desconforto e constrangimento. As informações coletadas servirão somente para fins científicos, podendo ser divulgados em pesquisas, eventos, revistas e/ou livros. Em caso de dúvida entrar em contato com os responsáveis pelo e-mail: enfcaryl_souza@hotmail.com ou no telefone (79)999142030 Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

_____, _____ de _____ 201__.

Assinatura do responsável

(Pesquisadora)

ANEXO A- WHOQOL – BREF

Nº DO FORMULÁRIO: _____ DATA ___/___/___

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece à melhor resposta:

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1- Muito Ruim 2- Ruim 3- Nem Ruim e Nem Boa 4- Boa 5- Muito Boa

2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito
5- Muito satisfeito.

As questões seguintes perguntam sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

5. O quanto você aproveita a vida?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

7. O quanto você consegue se concentrar?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

9. Quão saudável é o seu ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

13. Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

14. Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?

1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

1- Muito Ruim 2- Ruim 3- Nem Ruim e Nem Boa 4- Boa 5- Muito Boa.

16. Quão satisfeito (a) você está com seu sono?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de trabalho?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, Conhecidos e colegas)?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde você mora?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

24. Quão satisfeito (a) você está com seu acesso à saúde?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

25. Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?

1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito 4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.

A questão seguinte refere-se à com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

26. Com que frequência você teve sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?

1- Nunca 2- Algumas vezes 3- Frequentemente 4- Muito Frequentemente 5- Sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COMPREENSÃO

ANEXO B- INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu durante a última semana, inclusive hoje. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada.

1.

- 0 Não me sinto triste
- 1 Sinto-me triste
- 2 Sinto-me triste o tempo todo
- 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2.

- 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro
- 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar
- 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar

3.

- 0 Não me sinto fracassado(a)
- 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo normal
- 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos
- 3 Sinto que sou um completo fracasso

4.

- 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes
- 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter
- 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa
- 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo

5.

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a)
- 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo
- 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo
- 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo

6.

- 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a)
- 1 Sinto que posso ser punido(a)
- 2 Sinto que mereço ser punido(a)
- 3 Sinto que estou a ser punido(a)

7.

- 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
- 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
- 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a)
- 3 Eu me odeio

8.

- 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa
- 1 Crítico-me pelas minhas fraquezas ou erros
- 2 Culpado-me constantemente pelas minhas faltas
- 3 Culpado-me de todas as coisas más que acontecem

9.

- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar
- 2 Gostaria de me matar
- 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade

10.

- 0 Não costumo chorar mais do que o habitual
- 1 Choro mais agora do que costumava fazer
- 2 Atualmente, choro o tempo todo
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

- 0 Não me irrita mais do que costumava
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
- 2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a)
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam

12.

- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas

13.

- 0 Tomo decisões como antes
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão

14.

- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente
- 3 Considero-me feio(a)

15.

- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho

16.

- 0 Durmo tão bem como habitualmente
- 1 Não durmo tão bem como costumava
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer
- 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17.

- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual
- 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes
- 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo
- 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa

18.

- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior
- 3 Perdi completamente o apetite

19.

- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
- 1 Perdi mais de 2,5 kg
- 2 Perdi mais de 5 kg
- 3 Perdi mais de 7,5 kg

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.
Sim ____ Não ____

20.

- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre
- 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa
- 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21.

- 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual
- 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava
- 2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual
- 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual

Total: _____

ANEXO C - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO- ESTADO IDATE –ESTADO

Nº DO FORMULÁRIO: _____

Data ____/____/____

Leia atentamente cada pergunta e faça um círculo ao redor dos números a direita na melhor afirmação que indique o que você sente no momento. Não gaste tempo pensando nas afirmações apenas indique o que você sente agora.

Avaliação			
1-Absolutamente não	2- Um pouco	3- Bastante	4- Muitíssimo

1. Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3. Estou tenso(a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido(a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13. Estou agitado(a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído(a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18. Sinto-me super excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

IDATE – TRAÇO

Leia atentamente cada pergunta e faça um círculo ao redor dos números a direita na melhor afirmação que indique o que você sente no momento. Não gaste tempo pensando nas afirmações apenas indique o que você sente agora

Avaliação				
1-Quase nunca	2- Frequentemente	3- Às vezes	4- Quase sempre	
1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
7. Sinto-me calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
16. Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17. As vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO D- ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Nº DO FORMULÁRIO: _____

Data ____/____/____

Índice de Função Sexual Feminina (Ifsf)

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>freqüência</u> você sentiu desejo ou interesse sexual?	
Sempre ou quase sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)	Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
Nunca ou quase nunca	

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu <u>nível (grau)</u> de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>freqüência</u> você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
Algumas vezes (metade das vezes)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu <u>nível (grau)</u> de excitação sexual durante a atividade sexual?					
Sem atividade sexual	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu <u>grau</u> de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Altíssima confiança	Alta confiança
Moderada confiança	Baixa confiança	Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>freqüência</u> você ficou satisfeita com seu <u>nível (grau)</u> de excitação durante a atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>freqüência</u> você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o <u>grau</u> de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil
Difícil	Pouco difícil	Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que <u>freqüência</u> você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil
Difícil	Pouco Difícil	Nada Difícil
11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?		
Sem atividade sexual	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Nunca ou quase nunca
12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?		
Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil
Difícil	Pouco Difícil	Nada Difícil
13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita
Indiferente	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?		
Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita
Indiferente	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?		
Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita
Indiferente	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?		
Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita
Indiferente	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?		
Não houve tentativa de penetração	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Nunca ou quase nunca
18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?		
Não houve tentativa de penetração	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes (mais da metade do tempo)
Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Nunca ou quase nunca
19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?		
Não houve tentativa de penetração	Altíssimo	Alto
Moderado	Baixo	Baixíssimo ou nenhum

ANEXO E - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desfechos Psicológicos e Qualidade de Vida em Mães de Crianças com Sífilis Congênita: Estudo de Coorte

Pesquisador: Carolina Santos Souza Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78636017.5.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.427.655

Apresentação do Projeto:

O projeto pretende estudar a sífilis congênita, infecção transmitida verticalmente da mãe para o feto; com enfoque para os diversos sentimentos da mãe em relacionados com o processo de hospitalização, que ocasiona distanciamento familiar, alterações na rotina diária, preocupações com o bebê e sentimento de culpa em relação ao filho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar desfechos psicológicos centrados em uma coorte de mães com neonatos diagnosticados com sífilis congênita em uma maternidade de Aracaju

Objetivo Secundário:

Avaliar a qualidade de vida das mães; Avaliar níveis de depressão e ansiedade das mães; Correlacionar os domínios de qualidade de vida e os níveis de ansiedade e depressão das mães no período de estudo; Avaliar a sexualidade das mães por meio do Índice de função sexual feminina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de coorte prospectiva com mães de neonatos com diagnóstico de sífilis congênita realizado na Maternidade Santa Izabel de Aracaju- SE. Serão aplicados questionário

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

**UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE**



Continuação do Parecer: 2.427.655

estruturado com: (1) dados sociodemográficos, obstétricos e neonatais; (2) o instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde WHOQOLBref); (3) o inventário de ansiedade e depressão de Beck; (4) Índice de função sexual feminina. Os instrumentos de coleta de dados serão aplicados em três momentos: após diagnóstico do neonato; três e seis meses após o nascimento. A identificação de alterações precoces dos domínios relacionados à qualidade de vida, depressão, ansiedade e sexualidade, pode contribuir na prevenção de agravos comportamentais e possíveis traumas a mãe. Serão incluídas na pesquisa as mães que tiverem neonatos diagnosticados com sífilis congênita no período de novembro de 2017 a novembro de 2018 e tempo de permanência maior ou igual a 24 horas. Serão pesquisados no prontuário dados secundários das pacientes, tais como: Apgar do neonato no 1º e 5º minuto, peso, altura, perímetro cefálico, torácico e abdominal, medicações prescritas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1004479.pdf	06/12/2017 11:53:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto2.pdf	06/12/2017 11:52:57	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.pdf	06/12/2017 11:47:11	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
Cronograma	Cronograma2.pdf	06/12/2017 11:44:36	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	27/09/2017 12:38:58	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	santaizabel.pdf	27/09/2017 12:33:33	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°
 Bairro: Sanatório CEP: 49.060-110
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3194-7208 E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.427.655

Folha de Rosto	Autorizacao.pdf	27/09/2017 10:26:12	Carolina Santos Souza Tavares	Aceito
----------------	-----------------	------------------------	----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°
Bairro: Sanatório CEP: 49.060-110
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 E-mail: cephu@ufs.br