



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA - CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANNA LARISSA MORAES MESQUITA

**VULNERABILIDADES DE MULHERES COM FILHOS DIAGNOSTICADOS COM
SÍFILIS CONGÊNITA**

SOBRAL

2021

ANNA LARISSA MORAES MESQUITA

VULNERABILIDADES DE MULHERES COM FILHOS DIAGNOSTICADOS COM
SÍFILIS CONGÊNITA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (GSSS).

Orientadora: Prof. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva

SOBRAL

2021

ANNA LARISSA MORAES MESQUITA

VULNERABILIDADES DE MULHERES COM FILHOS DIAGNOSTICADOS COM
SÍFILIS CONGÊNITA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (GSSS).

Aprovada em: ___ / ___ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Orientadora

Prof^ª. Dra. Cibelly Alinny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Prof^ª. Dra. Verônica de Azevedo Mazza
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M543v Mesquita, Anna Larissa Moraes.
Vulnerabilidade de mulheres com filhos diagnosticados com sífilis congênita / Anna Larissa Moraes
Mesquita. – 2021.
112 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva.
1. Vulnerabilidade em Saúde. 2. Mulher. 3. Sífilis Congênita. I. Título.

CDD 610

À minha mãe (*In Memoriam*) minha mãe
inspiração e fonte de amor imensurável.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser a fortaleza dos meus dias, guiando meus passos para superar dificuldades e por me fazer acreditar no meu potencial.

À minha mãe Tereza (*In Memoriam*), por sempre ter acreditado que a educação é o melhor caminho, sem ela nunca conseguiria chegar até aqui, presente em mim aonde quer que eu esteja. Ao meu pai Cleodulfo, e meus irmãos, Júnior, Sidney, pelo amor fraternal, amizade, apoio ofertados a mim. E a minha irmã Priscylla pelo incentivo diário, pela nossa união e força que atribuímos uma a outra.

Às minhas amigas de mestrado, companheiras desde a graduação, Roberta e Josiane, verdadeiras irmãs, que sempre me incentivaram.

Às minhas amigas Nicolle, Etelvina e Layanne que sempre estão comigo, incentivando, consolando e com palavras de ternura nos momentos mais difíceis.

Ao meu namorado Wilson, pelo companheirismo, paciência, amor e carinho oferecidos a mim nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

À minha orientadora professora Adelane, a quem tenho um carinho enorme. Grata pela parceria, confiança, paciência, amizade e aprendizados no contexto acadêmico e pessoal desde 2015. Pelo incentivo a sempre crescer e me tornar uma pessoa melhor a cada dia, vencendo os desafios para meu objetivo.

Aos meus queridos amigos do Grupo de Estudos em Vulnerabilidade e Saúde, Verena, David, Jessyca, Nataiane, Mayara, Erandielly e Conceição, companheiros no estudo do universo da sífilis.

À professora Cibelly, uma das pessoas mais iluminadas que conheço, que me ajudou em momentos difíceis da minha vida.

À professora Verônica, por sua dedicação e contribuição na pesquisa e incentivo a imersão na vulnerabilidade.

Às mulheres participantes da pesquisa, que se disponibilizaram a compartilhar suas histórias de vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo apoio financeiro neste período de mestrado.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento da pesquisa.

“O indicador de saúde humana é o desequilíbrio, isso nos mantém vivos. E é através da busca pela restauração do equilíbrio que nós vivemos e crescemos”

Laura Perls

RESUMO

A sífilis está entre as infecções sexualmente transmissíveis que estão passando por um processo de feminização, fato que se torna mais preocupante pois inclui gestantes, e quando não tratada pode resultar em sua transmissão vertical, agravo de maior impacto para saúde pública. A transmissão pode ocorrer por vulnerabilidades, e a falta de suporte afetivo familiar pode ocasionar situações de precariedade do sujeito resultando em vulnerabilidade em saúde. Objetivou-se descrever os elementos de vulnerabilidade em saúde de mulheres com filhos com sífilis congênita. O método utilizado foi estudo de casos múltiplos realizado com nove mulheres que possuíam filhos diagnosticados com sífilis congênita no ano de 2017, residentes do município de Sobral/CE. Coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2019, pelas fichas de notificação e por entrevista semiestruturada. Para análise de dados aplicou-se o desenvolvimento da descrição e tratamento de caso a partir do zero como estratégias gerais e a síntese cruzada dos casos como técnica analítica, embasada no referencial teórico de Vulnerabilidade em Saúde utilizou-se também o software de Análise Qualitativa de Dados para organização os dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 3.137.516. A partir da imersão e análise das entrevistas, foram identificadas 180 referências que foram classificadas em seis categorias agrupadas de acordo com os elementos de vulnerabilidade em saúde. Relacionadas ao sujeito: Letramento funcional da mulher referente a sífilis, Situação Psico-emocional de mulheres diante da sífilis, Relações interpessoais das mulheres e Comportamentos das mulheres e de seus companheiros. E em relação ao elemento social foram: Redes e suportes sociais da mulher durante a gestação e puerpério e Situação Programática dos serviços de saúde que atendem as mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita. Desse modo, o estudo de casos múltiplos propiciou a imersão nas singularidades das mulheres, de maneira individual e coletiva, procurando destacar congruências e dicotomias entre as vulnerabilidades vivenciadas por elas em seus diversos contextos. O estudo de caso propiciou a imersão nas singularidades das mulheres, de maneira individual e coletiva, procurando destacar proximidades e dicotomias entre as vulnerabilidades vivenciadas por elas em seus diversos contextos, que suscitam uma baixa percepção da vulnerabilidade, atrelada a submissão ao companheiro em relação principalmente ao uso do preservativo.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde; Mulher; Sífilis Congênita.

ABSTRACT

The syphilis is among the sexually transmitted infections that are undergoing a feminization process, a fact that becomes more worrying because it includes pregnant women, and when left untreated it can result in its vertical transmission, a condition with the greatest impact on public health. The transmission can occur due to vulnerabilities, and the lack of affective family support can cause situations of precariousness of the subject resulting in health vulnerability. The objective was to describe the elements of health vulnerability of women with children with congenital syphilis. The method used was a multiple case study conducted with nine women who had children diagnosed with congenital syphilis in 2017, residents of the municipality of Sobral / CE. Data collection took place from August to December 2019, through notification forms and semi-structured interviews. For data analysis, the development of case description and treatment from scratch as general strategies and the cross-synthesis of cases as an analytical technique, based on the theoretical framework of Health Vulnerability, were also used Qualitative Data Analysis software for organizing data The research was approved by the Research Ethics Committee under opinion number 3,137,516. From the immersion and analysis of the interviews, 180 references were identified, which were classified into six categories grouped according to the elements of health vulnerability. Related to the subject: Functional literacy of women regarding syphilis, Psycho-emotional situation of women facing syphilis, Interpersonal relationships of women and Behaviors of women and their partners. And in relation to the social element were: Women's social networks and supports during pregnancy and the puerperium and Programmatic Situation of health services that assist women who had children diagnosed with congenital syphilis. Thus, the study of multiple cases allowed immersion in the singularities of women, individually and collectively, seeking to highlight congruences and dichotomies among the vulnerabilities experienced by them in their different contexts. The study contributes to society with the dissemination of the concept of vulnerability in health, with the expansion of the vision of health and contexts in which the subject is inserted.

Keywords: Health Vulnerability; Woman; Congenital Syphilis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação da convergência de evidências e etapas da coleta de dados.....	30
Figura 2 – Nuvem de palavras representativa da categoria Letramento funcional da mulher relacionado a sífilis.....	37
Figura 3 – Nuvem de palavras representativa da categoria Situação Psico-emocional de mulheres diante da sífilis.....	43
Figura 4 – Nuvem de palavras representativa da categoria Relações interpessoais das mulheres.	48
Figura 5 – Nuvem de palavras representativa da categoria Comportamentos das mulheres e de seus companheiros.....	54
Figura 6 – Nuvem de palavras representativa da categoria Redes e suportes sociais da mulher durante a gestação e puerpério.....	60
Figura 7 – Nuvem de palavras representativa da categoria Situação Programática dos serviços de saúde que atendem as mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CE	Ceará
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDAHV	Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEVS	Grupo de Pesquisa e Estudos em Vulnerabilidade e Saúde
GSSS	Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC	Iniciação Científica
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RN	Recém-Nascidos
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TPHA	<i>Treponema pallidum Haemagglutination Test</i>
TR	Teste Rápido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Aproximação com o objeto de estudo	14
1.2 Contextualização do problema	16
1.3 Justificativa e Relevância do Estudo.....	20
2 OBJETIVO	21
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1 Resgate histórico e epidemiológico da Sífilis	22
3.2 A Sífilis Congênita	23
3.3 A vulnerabilidade em saúde como foco da assistência à saúde de mulheres	25
4 MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1 Tipo de Estudo	28
4.2 Cenário do Estudo	28
4.3 Participantes do Estudo	29
4.4 Coleta de Evidências.....	29
4.5 Análise das Evidências	31
4.6 Aspectos éticos	32
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS	34
5.1 Caracterização das mulheres.....	34
5.2 Análise das categorias e subcategorias temáticas	41
5.2.1 Categorias relacionadas ao Sujeito	42
5.2.2 Categorias relacionadas ao elemento Social.....	65
5.3 Síntese Cruzada dos Casos	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO	86
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	87
APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO	89
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	90
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO	90
APÊNDICE F - ANÁLISE DOS DISCURSOS DE ACORDO COM YIN (2015)	90

ANEXO A- PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.....	106
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP.....	108

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

A minha trajetória acadêmica foi fundamentada no campo da saúde da mulher, principalmente quando relacionada as atividades de pesquisa e extensão na universidade.

Durante a graduação em Enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú, mais precisamente no quarto período, ingressei no projeto de extensão intitulado: Saúde da mulher: uma abordagem transformadora das práticas de Enfermagem para a promoção da saúde, que possibilitou minha atuação ativa em atividades de promoção da saúde com mulheres. No mesmo período participei de forma voluntária de um projeto de pesquisa intitulado: Tecnologia grupal para a promoção da saúde de gestantes na Estratégia Saúde da Família, o qual era desenvolvido tanto na esfera da pesquisa, quanto na vertente da extensão universitária com ações no âmbito do grupo de gestantes.

Também fui monitora do módulo de Práticas Interdisciplinares de Ensino, Pesquisa e Extensão, em que as atividades eram direcionadas para a extensão e pesquisa, e me direcionei mais especificamente para a equipe que atuava com as mães de filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Entre as diversas condições que levavam os recém-nascidos ao internamento estava a sífilis congênita. Dessa forma, sensibilizei-me para o emaranhado de sensações e o impacto para a mulher e a família que vivencia essa situação. Sentimento de culpabilidade, anseios sobre a recuperação do filho, preocupação com sequelas, exaustão física e psicológica e o desejo de poder levar seu bebê para casa pairavam por essas mulheres. Estar próximo a elas foi um aprendizado significativo no âmbito profissional e pessoal.

Posteriormente fui selecionada como bolsista de iniciação científica em uma pesquisa fomentada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), a partir de um projeto intitulado Análise da Sífilis Congênita nos Municípios da Região Norte do Estado do Ceará: Avaliação de Estrutura e Processo. O estudo possuía o objetivo de avaliar a assistência pré-natal desenvolvida na Estratégia Saúde da Família com ênfase na prevenção e controle da sífilis congênita.

A partir da pesquisa, participando ativamente da coleta de dados, a qual foi realizada junto aos profissionais de saúde da 11ª Região de Saúde de Sobral, emergi no universo da sífilis gestacional e sífilis congênita e comecei a conhecer os desafios enfrentados pelos profissionais na prevenção e controle da sífilis congênita. Ao final dos dois anos de pesquisa, meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) também foi derivado deste estudo, inquietou-me o fato do

resultado da avaliação da estrutura das unidades básicas de saúde da região, de forma geral, ser relativamente bom para a prevenção e controle da sífilis congênita, e mesmo assim continuar com alta incidência, remetendo que o desafio maior não estivesse atrelado a estrutura do pré-natal. E como resultado da vertente qualitativa do estudo os profissionais entrevistados revelaram aspectos relacionados a necessidades das gestantes, como não co-responsabilização, falta de compreensão da doença e falta de apoio para realização do tratamento (MESQUITA et al., 2018).

A partir das pesquisas e ações desenvolvidas no projeto de extensão, fortaleceu-se os estudos de vulnerabilidade e em 2016 surgiu o grupo de pesquisa denominado Grupo de Estudos em Vulnerabilidade e Saúde (GEVS), possuindo dentre outras temáticas a Saúde Sexual e Reprodutiva. Com isso, iniciei o estudo sobre o conceito de vulnerabilidade e passamos a estudar sobre a relação do universo da sífilis com a vulnerabilidade em saúde.

Nesse ínterim, com os resultados obtidos na pesquisa anterior citada acima e com a proposta do estudo de vulnerabilidade em saúde pelo GEVS, a ideia para a dissertação do mestrado surgiu com o interesse de pesquisar as vulnerabilidades das mulheres que transmitiram sífilis verticalmente para seus filhos. Imergir no contexto dessas mulheres, conhecer suas relações, sua subjetividade, o apoio que recebeu durante a gestação, como lidou com o diagnóstico de sífilis gestacional e sífilis congênita do filho.

Atrelado a isso, participei da construção da ideia de outro projeto de pesquisa financiado pela FUNCAP intitulado Vulnerabilidade de Mulheres à Infecções Sexualmente Transmissíveis: análise das situações vivenciadas por mães de filhos com sífilis congênita, com os objetivos levantar as situações de vulnerabilidades vivenciadas por mulheres antes e durante a gestação de filhos diagnosticados com sífilis congênita, conhecer os elementos da vulnerabilidade que podem limitar a capacidade dessas mulheres na tomada de decisões relacionadas à saúde sexual, representar o contexto familiar e a rede social dessas mães, utilizando o genograma e ecomapa.

Ao realizar pesquisas bibliográficas e até mesmo de forma empírica, é comum atribuir a responsabilidade pelos altos índices de sífilis congênita para a assistência pré-natal, no entanto é fulcral entender o motivo pelo qual as gestantes com sífilis gestacional que possuem acesso ao pré-natal com recursos para prevenir a sífilis congênita, ainda assim não conseguem realizar um tratamento adequado.

Ressalto que a vulnerabilidade está presente nas relações de poder entre sujeito e social, podendo gerar processos de vulnerabilização (FLORÊNCIO, 2018). Assim a mulher

com sífilis gestacional pode ter diversos elementos de vulnerabilidade que interferem na realização do tratamento adequado.

Além disso, toda a minha trajetória acadêmica foi direcionada para o campo da pesquisa científica e relacionada principalmente ao meu objeto de estudo, promovendo um amadurecimento acerca dele, por meio de eventos, leituras e discussões nas disciplinas do mestrado, as quais favoreceram reflexões expressivas para o delineamento de minha pesquisa como produto da dissertação.

Portanto, proponho-me a discutir acerca das vulnerabilidades de mulheres com filhos diagnosticados com sífilis congênita, constituindo do meu objeto de estudo, uma vez que se trata de um tema importante a ser investigado, visto seu impacto gerado na perspectiva da saúde da mulher e da criança.

1.2 Contextualização do problema

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) estão em processo de feminização, isto por consequência de múltiplas vulnerabilidades. O “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST” (2007) destaca a influência dos componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade de gênero, que são expressadas pela violência doméstica e sexual, discriminação e o preconceito relacionado à raça, etnia e orientação sexual.

A sífilis está entre elas. Ao analisar uma série histórica de 2010 a 2017 de sífilis em gestantes e sífilis adquirida entre homens e mulheres, no Brasil evidencia-se que 249.852 (39,9%) dos casos ocorreram em homens e 376.886 (60,1%) em mulheres, sendo 169.339 (44,9%) notificadas como sífilis adquirida e 207.547 (55,1%) notificadas como sífilis em gestantes (BRASIL, 2019). Dessa forma, observa-se o quanto a sífilis está presente no público feminino, incluindo as gestantes, agravo de maior impacto para a saúde pública quando considerada a sua transmissão vertical.

A Sífilis Congênita (SC) caracteriza-se pela disseminação por via placentária ou durante o parto do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para ao feto. É possível de ser prevenida com identificação e tratamento oportuno da gestante e parceria sexual, no entanto continua se caracterizando um desafio para os profissionais (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer período da gestação, contudo a manifestação clínica interfere no contágio, uma vez que a doença seja mais recente, o feto será mais infectado devido ao alto número de treponemas circulantes. Não obstante, caso a infecção seja antiga ocorre a produção progressiva de anticorpos pelo organismo da mãe o que atenuará a infecção do feto podendo causar consequências mais tardias na criança. Ainda há a possibilidade de contágio no contato do feto com o canal de parto, se houver lesões genitais maternas como cancro duro (COSTA et al., 2017).

Os desfechos dessa contaminação podem ser aborto, natimorto, prematuridade, baixo peso ao nascer e sífilis congênita (HAWKES et al., 2011). As manifestações clínicas da doença vão classificá-la em sífilis congênita precoce e tardia, de acordo com o seu aparecimento antes ou depois dos dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2015).

No Brasil De acordo com o Ministério da Saúde de 2005 a junho de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 259.087 casos de sífilis em gestantes, dos quais o Nordeste é a segunda região com maior número de casos com 20,5%, atrás apenas da região Sudeste com 45,1%. A região Nordeste também está entre as regiões com menor detecção da sífilis no primeiro trimestre de gestação (27,6%) (BRASIL, 2019).

Em relação a sífilis congênita, de 1998 a junho de 2018, foram notificados no SINAN 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 57.422 (30,5%) residiam na região Nordeste (BRASIL, 2018).

No Ceará, de 2010 a agosto de 2018, foram notificados no SINAN 10.406 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Houve um aumento progressivo, pois a taxa de SC em 2010 foi de 6,1 casos/1.000 nascidos vivos, enquanto em 2018 passou para 13,0 casos/1.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2018). Vale salientar que em 2017 o estado manteve a taxa de incidência de sífilis congênita acima do Brasil e da Região Nordeste, ambos com 8,6/1.000 NV (BRASIL, 2018).

No estado, o perfil de gestantes com sífilis numa série histórica de 2010 a 2018 evidenciou que a maior faixa etária foi de 15 a 24 anos e 32,9% na faixa etária de 25 a 34 anos. As informações sobre escolaridade foram em 25,6% ignoradas, dificultando estabelecer um parâmetro dos casos para conhecer mais essa população, e 23,4% das mulheres diagnosticadas possuíam ensino médio incompleto. Quanto a raça/cor, observou-se que, 75,3% eram pardas, 11,4%, brancas e 6,5% pretas (CEARÁ, 2018).

Rezende e Barbosa (2015) dialogam que o pré-natal é decisivo na prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis, concomitante a isso a SC é um indicador de fragilidade da

assistência pré-natal, que para ser considerado de qualidade deve incluir elementos essenciais como: a realização da primeira consulta o mais precoce possível; a garantia de, no mínimo, seis consultas pré-natais, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; a realização de todos os exames laboratoriais preconizados, inclusive, exames para diagnóstico da sífilis, com uma coleta na primeira consulta e outra no terceiro trimestre de gestação (REZENDE e BARBOSA, 2015; BRASIL, 2013).

No entanto, o acesso restrito à assistência pré-natal por mulheres indígenas e pretas, de menor escolaridade, com maior número de gestações e que residem nas regiões Norte e Nordeste vivenciam desigualdades sociais no acesso ao pré-natal (VIELLAS et al., 2014). Além disso, em estudo realizado no Rio de Janeiro com mulheres com sífilis evidenciou que apenas 18,6% das mulheres utilizaram o preservativo em mais da metade das relações com os parceiros nos últimos 12 meses, e o motivo foi pela confiança (17,4%) no parceiro eventual. Outras justificativas foram a recusa do parceiro (5,8%) e estar sob efeito de drogas/álcool (2,3%) (MENESES et al., 2017).

Mesquita et al. (2018) levantaram o discurso dos profissionais de saúde que realizaram o pré-natal de gestantes com sífilis, e algumas das dificuldades que interferem diretamente na realização do tratamento foram vulnerabilidades como a falta de entendimento da gravidade da doença, baixa escolaridade, a utilização de drogas, a situação de rua e o fato de possuírem multiparceiros.

Guanilo, Takahashi e Bertolozzi (2014) em sua pesquisa validaram um instrumento com marcadores de vulnerabilidade que buscou avaliar a vulnerabilidade de mulheres à IST's. Nela consta aspectos como dificuldades dentro do relacionamento, não ter abertura para conversar sobre o uso do preservativo, falta de conhecimento sobre as IST's, problemas em conseguir demonstrar suas necessidades sexuais. Esses marcadores remetem as relações de poder que existem entre os gêneros, e prejudicam a tomada de decisão das mulheres em relação a prevenção de infecções.

Dessa forma, estes elementos devem ser considerados na assistência das mulheres com sífilis no pré-natal para que consigam realizar o tratamento. Atualmente a atenção é direcionada apenas para o indicador de saúde principal, sífilis congênita, no entanto, faz-se necessário considerar a saúde dessas mulheres, já que se encontram em situações de vulnerabilidade para sífilis, possivelmente também possuem para outras IST's.

É fulcral transcender os perfis epidemiológicos e relatórios de saúde e considerar a mulher como um todo, um ser holístico, pertencente a um grupo social, que possui

características peculiares construídas e aceitas coletivamente, e que interferem na maneira de se perceber, de compreender seus problemas e suas necessidades de saúde (ARCOS et al., 2011).

Nesse contexto, entende-se por vulnerabilidade em saúde uma condição humana, resultante da interação entre o sujeito e o social, a partir das relações de poder e que podem estar em condições de precariedade, quando o empoderamento do sujeito ou do coletivo não está sendo vivenciado no momento. Assim, a precariedade resultar em problemas psíquicos, relacionais, físicos ou sociais, e o empoderamento está relacionado às redes de apoio, reflexões, espiritualidade, sentimentos positivos, práticas de promoção a saúde, resiliência (FLORÊNCIO, 2018).

Em estudo realizado por Muñoz et al. (2013) constataram a experiência da gravidez de mulheres em situação de vulnerabilidade, vivências como sentimento de desolação e desespero ao saber da gravidez, principalmente quando não planejada. Mães em condição de pobreza enfrentam contradições de chefia feminina da família, subemprego (quando existe), complicações na gravidez, parto e puerpério. Contudo, há também um sentimento de gratidão pelo apoio recebido no contexto de sua precariedade. E ainda há o sentimento de invisibilidade para os serviços de saúde, dificultando a interação e o diálogo, o qual pode ser ocasionado por baixo capital simbólico e linguístico das pessoas, e pela percepção e compreensão limitadas dos profissionais em relação as vulnerabilidades e necessidades sociais das gestantes.

Nessa conjuntura, o apoio diante dos contextos de vulnerabilidade pode ser resultante da família, que se configura um espaço em que é possível compartilhar os anseios e alegrias, sentir-se amparado e protegido. o conflito nas relações familiares pode ocasionar uma quebra de suporte afetivo, o que influencia na saúde do sujeito (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016). Algumas famílias passam por dificuldades em relação a comunicação e vínculo, outras por conta das relações de biopoder que regulam as relações interpessoais e indicam o modelo único de família (TOKUDA; PERES; ÂNDREO, 2011). Esses acontecimentos constituem-se de situações de podem ocasionar a precariedade do sujeito resultando em vulnerabilidade.

Arcos et al. (2011) evidenciaram que a saúde reprodutiva, neonatal, mental e familiar é prejudicada quando as mulheres possuem empregos precários, falta de cobertura social durante a gravidez, moradia informal e insegura, baixa escolaridade, parceiro ausente do lar, risco psicossocial associado ao apoio familiar insuficiente, sintomas depressivos, violência de gênero, abuso de substâncias e conflitos com a maternidade.

Diante disso, a inquietação dessa pesquisa é a seguinte: Quais os elementos da vulnerabilidade em saúde de mulheres à transmissão vertical da sífilis? É necessário

compreender qual o apoio que as mulheres possuem durante a gestação para obter suporte, proteger e também auxiliar no tratamento da sífilis. Portanto, considerando o crescente aumento nos indicadores relacionados à sífilis, neste estudo visa-se conhecer os elementos de vulnerabilidades vivenciadas pela mulher antes e durante o período gestacional para que os profissionais de saúde estejam esclarecidos para que possam planejar e realizar o seu atendimento pré-natal a partir de suas vulnerabilidades.

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

A situação da sífilis no Brasil é preocupante, principalmente em relação a SC que acarreta consequências para o recém-nascido seja precoce ou tardiamente na infância. Em 2019, a taxa de detecção de sífilis em gestante a nível nacional foi de 20,8/mil nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita, de 8,2/1.000 nascidos vivos; e a taxa de mortalidade por sífilis congênita, de 5,9/100.000 nascidos vivos. No Ceará se observa uma taxa menor de detecção de sífilis em gestante, 18,4 casos/1.000 nascidos vivos, e maior incidência de sífilis congênita 9,4 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2020; CEARÁ, 2020).

Em 2020 observou-se uma diminuição dos casos de sífilis em quase que a totalidade do país, no entanto essa redução pode estar relacionada com dificuldades quanto a transferência de dados entre as esferas de gestão, podendo ocasionar diferença no total de casos nas bases de dados municipais, estaduais e federais. E outra possibilidade que deve ser fortemente considerada é a demora da notificação e alimentação das bases de dados devido a mobilização dos profissionais de saúde decorrente da pandemia da covid-19 (CONASS, 2020).

O estudo é relevante pelo elevado número de casos de SC no Brasil e por ser uma temática necessária para a saúde coletiva, uma vez que permanece na agenda do Ministério da Saúde. A sífilis congênita segue se caracterizando como um problema de saúde pública com possibilidade de prevenção e controle, no entanto na prática se percebe que há dificuldades.

Diante disso, o estudo pretende descrever as vulnerabilidades em saúde de mães de filhos com sífilis congênita, reconhecendo essas mulheres como sujeito, a fim de promover inquietações em gestores e profissionais de saúde para o reconhecimento das vulnerabilidades e proporcionar a minimização delas. Por meio desse estudo, os resultados serão divulgados para a gestão do município e publicado em revistas de abrangência nacional e internacional para disseminar e favorecer ações de gestores municipais e regionais.

2 OBJETIVO

- Descrever os elementos da vulnerabilidade em saúde de mulheres à transmissão vertical da sífilis.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Resgaste histórico e epidemiológico da Sífilis

A história da Sífilis está atrelada a civilização moderna, caracterizada por controvérsias que existem a mais de 500 anos. Há algumas teorias que explicam o início da patologia. A Teoria do Velho Mundo ou Teoria pré-colombiana, a Teoria do Novo Mundo ou Teoria Colombiana e a Teoria Unitária. Pela teoria colombiana a sífilis era uma doença endêmica no Haiti e foi levada para a Europa por Colombo por volta do ano 1400. Pela teoria pré-colombiana, a sífilis originou-se na África Central e foi levada para a Europa anteriormente às expedições de Colombo. A terceira teoria, a Teoria Unitária, propunha que a sífilis e as treponematoses não venéreas eram manifestações da mesma infecção com algumas diferenças clínicas causadas por fatores ambientais. Posteriormente, pesquisas comprovaram divergências entre os microrganismos (SINGH; ROMANOWSKI, 1999).

A primeira epidemia de sífilis relatada na história ocorreu no final do século XV na Europa, onde até então a doença era desconhecida. O termo lues venérea ou simplesmente lues, cujo significado em latim é algo como peste, epidemia, surgiu no século XVI, em 1579, idealizado por Jean Fernel. O nome sífilis surge com um poema 1.300 versos de Girolamo Fracastoro, em 1530, intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus* (“A sífilis ou mal gálico”) que narra a história de *Syphilus*, um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis (MAGALHAES, 2011). Em 1546, Fracastoro levantou a hipótese de que a doença fosse transmitida na relação sexual por pequenas sementes que chamou de “*seminaria contagionum*”. Nessa época, essa ideia não foi levada em consideração e, apenas no final do século XIX, com Louis Pasteur, passou a ter crédito (BRASIL, 2010).

As primeiras descrições médicas da sífilis emergiram em 1495 na Batalha de Fornovo, em que foi relato sinais clínicos da doença como lesões semelhantes a grãos de milho na glândula e prepúcio de soldados, pústulas pelo corpo, por Marcellus Cumanus e Alexandri Benedetto. O sofrimento dos acometidos pela doença era mais repugnante do que lepra ou elefantíase (QUÉTEL, 1992).

Em 1905, Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann na Alemanha descobriram o *Treponema pallidum* e o associaram a sífilis, por meio de esfregaços das lesões sifilíticas e em 1906, August von Wassermann desenvolveu um teste de reação sérica e os exames sorológicos para sífilis surgiram (MAGALHÃES et al, 2011; GERALDES NETO et al, 2009).

Os tratamentos para a doença foram realizados inicialmente com mercúrio, compostos orgânicos de arsênico e bismuto até a descoberta da penicilina, em 1943 houve os primeiros experimentos com o tratamento da sífilis com esse antibiótico, e ainda hoje, após mais de meio século a penicilina continua sendo a droga de escolha para o tratamento adequado (SINGH; ROMANOWSKI, 1999).

Lopes de Villa Lobos e Fracastoro escreveram as primeiras descrições da forma congênita da sífilis. Eles relataram que a contaminação se relacionava ao parto e ao aleitamento materno ou cruzado. Paracelsus em suas pesquisas evidenciou a hipótese de transmissão intrauterina, ele defendia que o pai infectado treponema, infectava o ovo em formação, pois muitas mães pareciam não contaminadas. Esta tese foi derrubada apenas quando houve a introdução dos testes sorológicos para o diagnóstico da doença. Jonathan Hutchinson é um grande pesquisador da sífilis congênita, descreveu a tríade de a malformação dentária (dentes de Hutchinson), ceratite intersticial e a surdez neurossensorial, causada por lesão no oitavo par craniano (RIVITTI, 1999).

No século XIX a medicina desenvolveu as primeiras drogas, com a introdução da penicilina muitos pensaram que a doença estivesse controlada, no entanto na década de 90 houve o ressurgimento da doença relacionando os altos índices com fatores de ordem social, como toxicod dependência e a prostituição. Isso repercutiu no aparecimento de novos casos em recém-nascidos (SISON et al, 1997).

3.2 A Sífilis Congênita

A sífilis congênita ocorre com o contágio do *Treponema pallidum* por via transplacentária da mãe para o feto. É possível de ser prevenida quando identificada e ocorre o tratamento adequado e oportuno da gestante infectada e de suas parcerias sexuais. A transmissão da sífilis congênita ocorre principalmente intraútero, porém também pode ocorrer na passagem do feto pelo canal de parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação (BRASIL, 2019).

A doença classifica-se quanto ao tempo de infecção, sendo recente com menos de um ano de evolução e tardia se houver mais de um ano de evolução, e pelas manifestações clínicas, tais: primária secundária, latente e terciária. A primária é logo após o contágio, com período de incubação de 10 a 90 dias do contágio, em que aparece uma erosão ou úlcera no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). É

denominada “cancro duro” e é geralmente única, indolor, com base endurecida e fundo limpo, sendo rica em treponemas. Na secundária os sinais e sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção e duram em média entre quatro e 12 semanas, porém, as lesões podem recrudescer em surtos subentrantes por até dois anos. A fase latente é o período em que não há nenhuma clínica da sífilis, dividida em recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). A sífilis terciária ocorre entre 2 a 40 anos depois do início da infecção, em que há comprometimento cutâneo, ósseo, cardiovascular e neurológico (BRASIL, 2015a).

A Sífilis Congênita é classificada em recente, quando os sinais e sintomas aparecem em até os dois anos de vida e tardia quando as manifestações clínicas aparecem após dois anos de idade. Uma vez que a maioria das crianças são assintomáticas o diagnóstico deve ser a partir da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais (ROMAGUEIRA, 2011). Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características desta síndrome são excluídas por outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como, por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR). Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Entre as alterações laboratoriais incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (pode ocorrer reação leucemoide, linfocitose e monocitose) ou leucopenia (BRASIL, 2013).

A maior forma de prevenção é detecção precoce no pré-natal da gestante com sífilis e tratamento adequado. Os exames laboratoriais para diagnósticos podem ser treponêmicos e não treponêmicos. Os não treponêmicos mais utilizados são o VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) e o RPR (Rapid Plasm Reagin), sendo quantitativos, sendo importante tanto para o diagnóstico como para o seguimento pós-tratamento para avaliação da titulação. Eles começam a ser reagente a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro duro (sífilis primária), que ocorre de 10 a 90 dias após o contato infectante, com média de 21 dias, e apresentam titulações progressivas, mostrando títulos mais elevados na fase secundária da doença. Os títulos passam a sofrer redução natural após o primeiro ano de evolução da doença. Os testes treponêmicos detectam a presença de anticorpos anti-Treponema pallidum e são específicos e qualitativos, confirmando a infecção, são exemplos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês T. pallidum Haemagglutination Test); teste de

imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption); quimioluminescência (EQL, do inglês Electrochemiluminescence); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA, do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); testes rápidos (imunocromatográficos) (BRASIL, 2018).

De acordo com a Portaria MS/GM nº 766/2004 deve-se realizar testes sistematicamente com as pacientes no mínimo duas vezes na gestação (no início do pré-natal e próximo à 30ª semana) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento (BRASIL, 2011).

O tratamento é realizado com penicilina que é a droga de escolha para sífilis, pois atravessa a barreira transplacentária, sendo uma medicação de baixo custo e boa eficácia. A dosagem depende da fase da doença. A Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, regulamentou a administração da penicilina nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019).

3.3 A vulnerabilidade em saúde como foco da assistência à saúde de mulheres

O conceito de vulnerabilidade tem suas raízes no campo dos direitos humanos. Origina-se da discussão sobre os direitos de cidadania de grupos sociais considerados *vulneráveis*, em função da fragilidade na consecução de seus direitos. Inserido na área de saúde a partir da década de 1980, inicialmente nos estudos sobre AIDS, o conceito de vulnerabilidade tem sido amplamente utilizado (AYRES, 2009).

Sua incorporação foi apresentada como alternativa analítica e como abertura promissora frente a indiscutida hegemonia alcançada pelo conceito de risco, originário da abordagem epidemiológica (OVIEDO e CZERESNIA, 2015). O conceito de risco/fatores de risco, bem como os estudos que abordam tal temática, não contemplam a discussão de muitas questões relacionadas ao processo de saúde-doença e sociedade. Assim, visando buscar outros aspectos presentes no processo do viver humano, o termo vulnerabilidade passou a ser utilizado no campo da saúde pública, ampliando a dimensão biológica e incorporando outros elementos (PORTO, 2007).

É necessário destacar a potência do conceito de vulnerabilidade para a interpretação dos agravos em saúde, pois articula as dimensões relativas ao contexto em que emergem, às políticas e ações instituídas para o seu controle, além dos processos que se efetivam no âmbito mais singular e que se referem à vivência da enfermidade/agravo (GUANILO, TAKAHASHI e BERTOLOZZI, 2014).

Para Ayres et al. (2012), o conceito de vulnerabilidade vai além do risco, e é uma condição intrínseca a existência do ser humano. Caracteriza-se por ações mais contextuais e sociais diante de situações que interferem na autonomia humana bem como podem facilitar o desenvolvimento de doenças, agravos e danos, derivados de dimensões individuais, sociais e programáticas.

Em concordância com as afirmações anteriores Lima (2012) refere que o conceito de vulnerabilidade desloca o foco do comportamento individual para valorizar o exame dos contextos relacionais que os indivíduos mantêm em sociedade, nos serviços de saúde e, mesmo, em termos de suas possibilidades individuais diante desses contextos, para desenvolverem relações mais protetoras ou ao contrário de maior exposição à infecção e ao adoecimento. Desse modo, cada indivíduo está em interação contextual, derivando das qualidades desses contextos a capacidade individual de proteção ou risco.

A área da Enfermagem avança na produção de pesquisas com o entendimento da vulnerabilidade em saúde, com vista a orientar sua prática profissional, transcendendo o direcionamento apenas para o individual, mas agregando também elementos contextuais e socioculturais (SILVA et al., 2014). Verifica-se, a importância da abordagem de vulnerabilidade na área da saúde, pois permite uma melhor compreensão das situações de saúde apresentadas pela população.

Há uma relação estreita entre a pessoa humana e a vulnerabilidade, em que o ser vulnerável quer cuidados para ser resiliente as dificuldades e revelar-se em sua existência. O cuidado deve estar imbricado em ações expressivas, competentes, seguras, integrais e voltadas para a promoção da saúde, para que o indivíduo perceba a importância do conhecimento de si que possibilita escolhas e novos comportamentos (CESTARI et al., 2017).

Corroborando com esse pensamento, Florêncio (2018) clarificou o conceito de vulnerabilidade em saúde e propôs que seria a interação entre o sujeito e o social, partindo das relações de poder que existem. O ser humano estar em constante movimento em relação as condições de empoderamento diante das vulnerabilidades e caso isso não ocorra pode caracterizar condições de precarização do sujeito, resultando em problemas psíquicos, relacionais, físicos ou sociais.

Assim, diferente das concepções antigas de vulnerabilidade, esse conceito traz o empoderamento como alternativas para que o sujeito enfrente as situações de vulnerabilidade durante a vida, direcionando o sujeito a situação de saúde e qualidade de vida e menor vulnerabilidade. Aspectos que favorecem o empoderamento são: redes de apoio, reflexões,

espiritualidade, sentimentos positivos, práticas de promoção a saúde, resiliência (FLORENCIO, 2018).

De forma a superar os termos ‘vulnerável a’, indivíduo vulnerável’ e ‘populações vulneráveis’ Florêncio (2018) justifica o uso do termo sujeito que vivencia um processo, e não uma situação estática. Ele é um elemento da vulnerabilidade composto por relações intersubjetivas, em que há um movimento entre o saber e o poder e está relacionado à atributos que levam naquele momento a vivenciar um processo de vulnerabilidade em saúde. Os conceitos ligados a esse elemento são: letramento funcional, comportamentos, relações interpessoais, situação psico-emocional e situação física.

O elemento social representa as diversas formas que o sujeito possui de interagir com o outro, que implica relações, sociabilidade, relacionamentos, sentimentos, o modo de ser e de agir em diversos contextos. Aplica-se as relações interativas a nível comunitário e os conceitos são: situação socioeconômica, identidade demográfica, cultura, contexto familiar, redes e suportes sociais, gênero, controle social, violência, ecossistema, acesso aos direitos fundamentais, situação programática e Estado (FLORENCIO, 2018).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

O método utilizado foi o estudo de casos múltiplos. Este método é vislumbrado para o entendimento de fenômenos sociais complexos. O pesquisador investiga um acontecimento contemporâneo profundamente e o seu contexto de mundo real, principalmente quando os seus limites não são esclarecidos (YIN, 2015). A escolha pelo estudo de caso deu-se pela necessidade de explorar melhor a complexidade das vulnerabilidades em saúde de mulheres, mães de filhos diagnosticados com sífilis.

O estudo de casos múltiplos possui mais robustez, por ter relevância mais vigorosa. Desse modo, esse método pode demandar mais tempo e recursos para o pesquisador. A seleção de casos deve seguir uma lógica de replicação, em que deve ser considerado a medidas específicas, sendo por razões literais ou teóricas (YIN, 2015).

Yin (2015) propõe que na pesquisa de estudo de caso haja componentes importantes como a questão do estudo, a unidade de análise, a lógica que atrela as informações às proposições e os critérios de interpretação dos dados. A questão do presente estudo é a seguinte: Quais os elementos da vulnerabilidade em saúde de mulheres com filhos diagnosticados com sífilis congênita.

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Sobral/CE. A escolha pelo município foi intencional, com a justificativa de ser o município pólo da 11ª Região de Saúde e por ter o maior número de casos de sífilis congênita da região. Também por apresentar uma diversidade de características sociais, econômicas e culturais, proporcionando um olhar ampliado acerca da investigação das vulnerabilidades em saúde das mulheres.

A cidade é localizada a aproximadamente 230 quilômetros da capital Fortaleza, na região norte do estado do Ceará. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019) detém uma área de 2.122,89 Km², e uma população estimada de 206.644 habitantes. Segundo a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (2019), a cobertura da Saúde da Família é de 100% da população, e é composta com 63 equipes de saúde da família distribuídas em 35 unidades básicas de saúde, sendo 21 unidades na sede e 14 nos distritos.

Além das unidades básicas de saúde responsáveis pela condução da assistência pré-natal, destacam-se outros dispositivos de saúde importantes na condução e assistência a gestante, como o Centro de Especialidades Médicas Dr. Luciano Adeodato (CEM), a Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Maternidade do Instituto Práxis, Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Centro Obstétrico do Hospital Regional Norte e a Policlínica Bernardo Félix da Silva.

4.3 Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram nove mulheres que possuíam filhos diagnosticados com sífilis congênita no ano de 2017, residentes em sete bairros do município de Sobral/CE e uma no distrito. As mulheres representaram a unidade de análise da pesquisa, com o objetivo de investigar suas vulnerabilidades em saúde.

As Fichas de Notificação de SC foram utilizadas para identificação dos casos. De acordo com o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) e Sistema de informação de Nascidos Vivos (SINASC) da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral (CRES) em 2017 foram notificados 13 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, apresentando uma taxa equivalente a 4,2% de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (SINAN, 2019; SINASC, 2019).

A escolha pelo ano de 2017 se deu em virtude de o seguimento da criança ser realizado até os 18 meses para o fechamento do caso e assim a Unidade Básica de Saúde manter contato com a mulher e criança. Dos 13 casos, quatro não aceitaram participar do estudo, totalizando 9 participantes.

Algumas dificuldades encontradas no processo de busca das participantes relacionaram-se à mudança de endereço da mulher e o endereço incorreto na ficha de notificação. Demora no retorno da equipe de saúde realizar o levantamento do prontuário e para contatar e agendar as entrevistas.

4.4 Coleta de Evidências

A coleta de evidências realizou-se em duas etapas, em que a primeira etapa ocorreu em agosto de 2019 e a segunda iniciou em setembro de 2019 e finalizou em janeiro de 2020. Primeiramente a 11ª CRES foi visitada para a identificação dos casos de sífilis congênita notificados em 2017 no município de Sobral/CE.

Yin (2015) defende que um dos princípios para a coleta de dados de pesquisas de estudo de caso é o uso de múltiplas fontes de evidência. É necessário o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, que consiste na triangulação dos dados para reafirmar a validade dos achados. Portanto, para esse estudo utilizamos três fontes de dados. A ficha de notificação do caso de SC, o prontuário da mulher durante a gestação e a entrevista semiestruturada.

Figura 1 – Representação da convergência de evidências e etapas da coleta de dados.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A primeira etapa consistiu no levantamento das informações da Ficha de Notificação bem como a identificação dos endereços das mulheres e dos Centros de Saúde da Família (CSF) responsáveis pela sua área de adscrição. As informações coletadas da Ficha (APÊNDICE A) relacionaram-se aos dados de identificação, socioeconômicos e dados referentes ao momento do diagnóstico e tratamento do parceiro, como exposto detalhadamente na Figura 1.

Para a segunda etapa, contatou-se os gerentes da UBS, para apresentar a pesquisa e solicitar a busca ativa dessas mulheres, e do prontuário. Por conseguinte, organizou-se com a equipe de saúde a articulação de um momento oportuno com as mulheres de forma individual para que pudesse ser realizada a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) no local de preferência da mulher, de forma que garantisse sua privacidade. No dia marcado, chegando a

UBS, era acessado o prontuário onde estava registrado os dados do pré-natal (APÊNDICE C) e junto a agente comunitária de saúde caminhava-se até a residência das mulheres.

Com a confirmação das mulheres, a equipe repassava a data agendada do encontro, era compartilhado com as participantes os objetivos do estudo, lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES D e E) e posteriormente a sua assinatura era realizado a entrevista. Assim, enfatiza-se que a abordagem das participantes ocorreu após a equipe do UBS realizar o primeiro contato. Salienta-se que quatro mulheres se recusaram a participar da pesquisa, demonstrando a falta de desejo para a equipe do UBS, assim os pesquisadores não entraram em contato com elas.

As entrevistas foram realizadas por duas mestrandas, com a duração média de 30 minutos, que foram gravadas e transcritas na íntegra pelas mestrandas e por duas acadêmicas de Enfermagem que fazem parte do grupo de pesquisa GEVS. A entrevista semiestruturada, continha aspectos relacionados as condições sociodemográficas da mulher e família, obstétricas de forma a complementar as informações oriundas das outras fontes de evidências e perguntas norteadoras que guiaram a conversa com as participantes. A maioria das entrevistas foi realizada em domicílio, mas uma mulher preferiu que fosse na UBS. Com o objetivo de resguardar o anonimato das participantes usou-se a palavra “Mulher” acrescida de um número arábico com a sequência que elas foram entrevistadas para identificá-las no decorrer do estudo.

4.5 Análise das Evidências

A análise das evidências no estudo de caso traduz-se por exame, categorização, recombinação de dados a fim de produzir uma descoberta. Para isso são necessárias estratégias analíticas gerais e uma técnica analítica (YIN, 2015). Neste estudo, utilizou-se o desenvolvimento da descrição do caso e o tratamento de caso a partir do zero como estratégias gerais e a síntese cruzada dos casos como técnica analítica.

Com o tratamento dos dados a partir do zero é possível ficar ou estar livre para o que emergir dos dados, sem necessariamente está atrelado a proposições teóricas, o insight gerado pode conduzir ao caminho analítico. A outra estratégia, descrição do caso, é direcionada a partir da organização do estudo de caso por meio de um quadro descritivo, muito útil para quando existem muitos dados para serem analisados (YIN, 2015).

Para a técnica analítica adotou-se a Síntese Cruzada dos Casos. O método aplica-se à análise de casos múltiplos, fornecendo constatações mais robustas do que de um caso único. O

material elaborado é explorado, a fim de comparar a congruência dos casos ou se apresentam dicotomia uns em relação aos outros (YIN, 2015).

Para a análise, realizou-se uma leitura inicial geral de todos os dados. Por conseguinte, as entrevistas foram organizadas em quadros para facilitar o recorte das falas e classificação. Inicialmente houve a distribuição das palavras-chave para cada recorte de fala, de acordo com a ideia que os depoimentos expressavam. Após a revisão de todas as palavras-chave, elas foram unidas de acordo com sua semelhança e novamente revisadas. Posteriormente criamos subcategorias para agrupar as palavras-chave, as quais também foram revisadas e em seguida, incorporadas em categorias, que por último foram organizadas de acordo com o referencial de Vulnerabilidade em Saúde de Florêncio (2018).

Para essa análise da Síntese Cruzada adotou-se a estratégia de descrição dos casos. A partir das categorias que emergiram dos discursos, elaborou-se uma síntese de cada caso e posteriormente realizou-se combinações e cruzamentos entre os casos para detectar semelhanças e contrastes entre eles.

Para realizar a comparação entre os casos foi necessário atribuir variáveis para cada caso a partir da análise dos discursos, assim foram levantadas sete variáveis e realizado a relação entre os casos. Posteriormente para a efetiva Síntese Cruzada selecionou-se quatro variáveis que mais caracterizaram as mulheres do estudo, que foram letramento funcional, percepção da vulnerabilidade, comportamento do uso do preservativo e momento do diagnóstico.

Para amparar a análise de evidências aplicou-se o *software* de Análise Qualitativa de Dados (WebQDA)®, disseminado em pesquisas qualitativas, o qual permite a realização de análises de conteúdo e possui uma série de ferramentas e funções controladas pelo usuário que se articulam para auxiliar o pesquisador em sua análise. Com ele é possível usar diferentes unidades de significado no processo de codificação (OLIVEIRA et al., 2015).

4.6 Aspectos éticos

Este estudo integra uma pesquisa maior intitulada: Vulnerabilidade de Mulheres à IST: análise das situações vivenciadas por mães de filhos com sífilis congênita, que foi submetido a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, a qual autorizou (ANEXO A) a realização da pesquisa que posteriormente foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da plataforma Brasil e aprovado sob protocolo número 3.137.516 (ANEXO B).

A pesquisa respeitou os termos da Resolução 466/2012, quanto ao caráter ético da pesquisa implica em: (1) autonomia: os participantes terão plena liberdade de abandonar o

estudo em qualquer etapa do processo, sem incidir em nenhum dano para os mesmos; (2) beneficência: haverá ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais quanto potenciais, de forma que nos comprometemos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; (3) não maleficência: garantir que danos previsíveis serão evitados; (4) justiça e equidade: justificaremos a realização do estudo em sua relevância social (BRASIL, 2012).

Para atender às exigências e à validade ética da pesquisa, as participantes do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D e E), o qual foi lido e apresentado os objetivos do estudo para elas, esclarecido quanto ao anonimato, sigilo das informações, e a possibilidade de desistência a qualquer momento sem lhe atribuir nenhum prejuízo. As participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o termo e uma via ficou com a mulher e a outra com os pesquisadores.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

Neste capítulo, estão apresentados os resultados e a discussão da caracterização das mulheres em relação aos elementos sujeito e social, em seguida, as categorias e subcategorias temáticas identificadas por meio da análise do conteúdo das entrevistas, e por fim a síntese cruzada dos casos.

5.1 Caracterização das mulheres

A caracterização das mulheres foi dividida em variáveis referentes ao sujeito e ao social como representada no Quadro 1. As variáveis do sujeito compreendem: idade, escolaridade, raça, ocupação, paridade, planejamento da gravidez, idade da primeira gestação e religião. E as variáveis do social são: situação conjugal, pessoas com que residem, número de cômodos na casa, renda familiar, beneficiário de auxílio governamental, momento do diagnóstico de sífilis gestacional e o número de consultas pré-natal.

As mulheres caracterizaram-se por idade variando de 20 a 33 anos. A escolaridade prevaleceu o ensino fundamental incompleto, a raça foi quase que a totalidade parda, por exceção de uma mulher que é indígena. A religião predominou a católica, e as gestações atuais, preponderaram as que não foram planejadas, a primeira gestação ocorreu durante a adolescência e as mulheres possuem mais de um filho.

O contexto familiar foi marcado por mulheres em união estável, vivendo em sua maioria com companheiro e filhos. A situação socioeconômica indicou renda familiar inferior a um salário mínimo, com o recebimento de auxílio governamental, e a quantidade de cômodos na residência variou de dois até seis. A ocupação em sua maioria foi marcada pelo desemprego e a minoria por subempregos. E a situação programática evidenciou que a maioria foi diagnosticada com sífilis gestacional no momento do parto e quantidade de consultas pré-natais em sete casos foi igual ao superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Caracterização quanto ao sujeito e social das mulheres que tiveram filhos com sífilis congênita. Sobral – Ceará, 2020.

Mulheres	Mulher 1	Mulher 2	Mulher 3	Mulher 4	Mulher 5	Mulher 6	Mulher 7	Mulher 8	Mulher 9
Variáveis									
Variáveis referentes ao Sujeito									
Idade	21	24	22	22	20	30	31	30	33
Escolaridade	Ensino médio incompleto	Ensino médio completo	Ensino Médio completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio incompleto	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental incompleto	Analfabeta
Raça	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Indígena	Parda
Religião	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica	Não	Católica	Católica	Católica
Paridade	G3P3A0	G2P2A0	G1P1A0	G2P2A0	G3P3A0	G4P3A1	G6P2A4	G1P1A0	G4P4A0
Planejamento da gravidez	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Idade da 1ª gestação	14 anos	16 anos	19 anos	15 anos	15 anos	22 anos	14 anos	28 anos	17 anos
Variáveis referentes ao Social									
Situação Conjugal	Casada/União estável	Divorciada/separada	Casada/União estável	Casada/União estável	Solteira	Casada/ União Estável	Solteira	Casada/União estável	Solteira
Pessoas com quem reside	Companheiro e filhos	Filhos	Companheiro e filhos	Companheiro e filhos	Avô, Avó e filhos	Companheiro e filhos	Mãe, irmãos e filhos.	Companheiro e filha	Filhos
Nº de cômodos na casa	4	6	3	4	2	4	6	5	5
Ocupação	Do lar	Do lar	Diarista	Do lar	Do lar	Do lar	Profissional do Sexo	Do lar	Diarista
Renda Familiar	< de 01 salário + bolsa família	01 Salário	< de 01 salário + bolsa família	01 salário + Bolsa família	01 Salário	< de 01 salário + bolsa família	01 Salário	< de 01 salário + bolsa família	< de 01 salário + bolsa família
Auxílio governamental	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Momento do diagnóstico de SG	Durante o pré-natal	Durante o pré-natal	No momento do parto	No momento do parto	No momento do parto	Durante o pré-natal	No momento do parto	No momento do parto	Durante o pré-natal
Nº de consultas pré-natal	11	11	-	2	-	12	6	11	10

Fonte: Dados primários do estudo.

Pesquisas realizadas no Brasil corroboram quanto à faixa etária e escolaridade encontradas neste estudo. Em Niterói, Rio de Janeiro, o maior número de casos ocorreu em mulheres de 20 a 35 anos (67%), com baixa escolaridade, menor que oito anos de estudo (62,7%) e de raça parda (53%) (HERINGER et al., 2020). Em Maringá, no Paraná, a faixa etária mais frequente foi de 20 a 30 anos (50%), escolaridade de até oito anos de estudo (86%), no entanto a raça mais evidente foi a branca (56%) (FAVERO et al. 2019). Uma pesquisa com a mesma caracterização realizada nos Estados Unidos, na cidade de Nova York, apresenta dados em que a idade permanece a mesma encontrada neste, de 20 a 30 anos (50%), com nível de pobreza alto ou muito alto (64,7%) e a raça negra (42,7%) (SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018).

O número elevado de casos de sífilis na faixa etária encontrada pode ser decorrente ao aumento da taxa de detecção de sífilis adquirida em indivíduos de 20 a 29 anos, seguidos por aqueles de faixa etária de 30 a 39 anos. Desde o ano de 2013 no Brasil houve um incremento na taxa de detecção de sífilis adquirida em todas as faixas etárias, mas em especial na faixa de 20 a 29 anos, seguida por 30 a 39 anos. Em 2018 o primeiro intervalo de idades contabilizou 163,3 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2019). Por essa faixa etária fazer parte da fase reprodutiva da mulher, apresenta-se como a de maior risco de contaminação e consequentemente maior propagação da transmissão vertical (SILVA et al., 2016).

Domingues e Leal (2016) constataram que quanto menor o nível de escolaridade materna maior a ocorrência da infecção pela sífilis e de sífilis congênita, para mulheres com ensino fundamental incompleto. O menor acesso à informação, o entendimento reduzido da importância dos cuidados com a saúde e principalmente às medidas de prevenção da infecção estão relacionados com a baixa escolaridade (FAVERO et al., 2019).

A escolaridade é denominada como o período de estudo ou de aprendizagem dos sujeitos na escola, que por sua vez integra o conceito de letramento funcional presente no elemento sujeito da Vulnerabilidade em Saúde e a baixa escolaridade potencializa os processos de vulnerabilidade (FLORÊNCIO, 2018), dessa forma visualizamos fortemente nas mulheres participantes do estudo a baixa escolaridade, que pode resultar em dificuldades na compreensão de informações e influenciar nos seu comportamento e tomada de decisão.

Quase a totalidade das mulheres considerou ter a religião católica, no entanto quando indagadas se frequentavam regularmente à igreja, relataram que não. A religião já foi evidenciada como variável com associação para a infecção de gestantes a sífilis (MACÊDO et al., 2017). Há estudos que discutem sobre a influência da religiosidade no retardo ao início da vida sexual, comportamento visto como fator de proteção para as IST's (DUARTE, 2017). Não

obstante, nesse estudo observa-se que pode não haver influências dos preceitos religiosos sob o comportamento das mulheres, uma vez que se verifica que a idade da primeira gestação das participantes em sua maioria foi na adolescência, bem como gestações não planejadas.

A gravidez não planejada apresentou associação significativa com intercorrências na gestação, em que a sífilis gestacional foi a terceira intercorrência mais presente, atrás apenas da infecção do trato urinário e diabetes gestacional (BONATTI et al., 2018). Dessa forma, a prevenção da gravidez não planejada a partir das ações do Planejamento Reprodutivo no âmbito da APS, assegurando os direitos sexuais e reprodutivos, devem ser fortalecidas.

Para o planejamento reprodutivo, as UBS devem disponibilizar ações educativas individuais, em grupo e ao casal com acesso à informação, métodos e técnicas disponíveis nos serviços de saúde para a prevenção. É necessário ainda que esses métodos sejam seguros e não comprometam a vida nem a saúde dos sujeitos e que sejam definidos de forma livre e de comum acordo, garantindo direitos iguais para mulheres e homens e para o casal. Cabe aos gestores garantir infraestrutura, recursos materiais e humanos, bem como capacitação dos profissionais para se sentirem preparados para essa atuação nas UBS (BRASIL, 2013).

Santos et al. (2019) evidenciaram que quando a gestação é planejada existe uma maior satisfação da mulher na sua descoberta, além de favorecer o início do pré-natal precoce e melhores indicadores como realização de mais consultas de pré-natal e recebimento de orientações sobre o parto. Assim, o acesso a informações no planejamento reprodutivo empodera a mulher e sua parceria sexual para a tomada de decisão quanto a gestação.

Dessarte, as vulnerabilidades em saúde encontradas na caracterização das participantes do estudo, relacionadas ao elemento sujeito, dizem respeito as condições biológicas, expressado por Florêncio (2018) como situação física foram idade entre 20 a 33 anos, raça parda, idade da primeira gestação na adolescência, possuindo mais de um filho e gestação não planejada. O letramento funcional marcado por baixa escolaridade e situação psicoemocional com a religião católica como crença.

O sujeito, na perspectiva da vulnerabilidade em saúde, caracteriza-se como um enunciado social, em que ele é constituído a partir das suas relações no mundo e conseqüentemente nas relações de poder (FLORÊNCIO, 2018).

Em relação a vulnerabilidade social, em Xangai na China 91,5% das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação viviam em união estável, além disso, o estudo evidenciou que mulheres desempregadas e multíparas eram menos propensas de diagnóstico precoce da sífilis na gestação (LI DU et al. 2019). A união estável é uma característica presente nas mulheres com sífilis na gestação, tanto internacional como nacionalmente. No estudo Nascer

no Brasil, 74% das mulheres com desfecho de sífilis congênita relataram viver com o companheiro (DOMINGUES; LEAL, 2016). A confiança no parceiro, por manter uma relação estável ou ser casada, pode fazer com que a mulher não se perceba vulnerável a sífilis, lhe proporcionando sensação de segurança para a não utilização do preservativo (COSTA, 2018).

Em relação à ocupação das mulheres, estudos apresentam a relação da sífilis materna com a execução de atividades sem remuneração (PADONANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018) (CONCEIÇÃO, CAMARA, PEREIRE, 2020), esse fato pode ter relação a baixa escolaridade e ao número de filhos, em que as mulheres destinam seu tempo para o cuidado dos filhos além de não possuir apoio social para dar suporte a esse cuidado. Logo, por não exercerem atividade remunerada e a renda familiar ser baixa houve a predominância de mulheres que estão cobertas pelo auxílio do governo, com unanimidade o Programa Bolsa Família, e as que não recebiam no momento da entrevista referiram aguardar o processo para receber.

Freitas et al. (2019) em seu estudo sobre os determinantes sociais no acesso aos testes de HIV e VDRL durante a gravidez no Brasil constataram que as mulheres que estavam inscritas em programas como o Bolsa Família apresentaram maior probabilidade de serem assistidas pelo pré-natal no SUS com maior número de consultas. Em contrapartida, verificaram também que apesar do aumento da cobertura pré-natal houve desigualdades no acesso as consultas e nos testes, com associações principalmente quanto a escolaridade da mulher e quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade.

A dificuldade do seguimento adequado dos protocolos de acompanhamento do pré-natal foi revelada como característica da situação programática dos serviços, uma vez que a maioria dos diagnósticos de sífilis foram realizados no momento do parto. O diagnóstico tardio da sífilis gestacional é um entrave na prevenção da transmissão vertical, necessitando que os programas e estratégias para a prevenção e controle da transmissão vertical sejam fortalecidos e seguidos corretamente.

Preconiza-se no pré-natal a testagem sistemática da gestante para sífilis por meio do teste rápido e/ou realização do VDRL no primeiro e terceiro trimestre, caso o resultado seja positivo o tratamento deve ser iniciado imediatamente para a prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2012). E para o tratamento ser considerado adequado, deve ser completo de acordo com o estágio clínico da doença, utilizando penicilina benzatina e iniciar até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2017).

Uma vez que não há o correto acompanhamento e testagem das gestantes o diagnóstico pode ser realizado apenas no momento do parto, em que a oportunidade de realização do tratamento adequado terá passando, caracterizando um caso de sífilis congênita. No entanto,

Cardoso et al. (2018) discutem que o diagnóstico no momento do parto, apesar de não prevenir a transmissão vertical, permite que o RN seja tratado evitando a sífilis congênita tardia e outras consequências da doença como a neurosífilis.

Por conseguinte, a vulnerabilidade social é o produto das relações e das diferentes formas do sujeito interagir com um ou outros sujeitos, há um sentido de pertença, uma vez que existe uma partilha a nível comunitário (FLORÊNCIO, 2018).

5.2 Análise das categorias e subcategorias temáticas

A partir da imersão e análise do conteúdo das entrevistas, foram identificadas 180 referências que foram classificadas em seis categorias e 12 subcategorias com o apoio do *software* webQDA agrupadas de acordo com os elementos de vulnerabilidade sujeito e social. Essas informações estão dispostas na Tabela 1.

Tabela 1: Quantidade de descritores por categorias e subcategorias, Sobral – Ceará, 2020.

CATEGORIAS RELACIONADAS AO SUJEITO			
CATEGORIA	REFERÊNCIAS	SUBCATEGORIA	REFERÊNCIAS
Letramento funcional da mulher relacionado a sífilis	23	Conhecimento sobre a doença, forma de contágio e tratamento	22
		Capacidade cognitiva prejudicada para compreender as informações	01
Situação Psico-emocional de mulheres diante da sífilis	35	Sentimentos decorrentes do diagnóstico de sífilis gestacional e sífilis congênita	31
		Percepção da mulher quanto a estar vulnerabilidade à Infecções Sexualmente Transmissíveis	04
Relações interpessoais das mulheres	37	Relações afetivo-sexuais das mulheres	32
		Vínculos fragilizados com familiares	05
Comportamentos das mulheres e de seus companheiros	32	O uso do preservativo entre as mulheres e seus companheiros	21
		Adesão do companheiro ao tratamento da sífilis	11
CATEGORIAS RELACIONADAS AO SOCIAL			
CATEGORIA	DESCRITORES	SUBCATEGORIA	DESCRITORES
Redes e suportes sociais da mulher durante a gestação e puerpério	34	Apoio social de familiares e amigos à mulher diagnosticada com sífilis	32
		Apoio de profissionais da saúde durante o pré-natal	02
Situação Programática dos serviços de saúde que atendem as mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita	19	Fragilidades na atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita	15
		Ausência de educação em saúde e orientações sobre a doença	04

Fonte: Dados primários do estudo.

A tabela 1 revela que as categorias com mais representatividade quanto as referências foram Relações interpessoais das mulheres (n=37), Redes e suportes sociais da mulher durante a gestação e puerpério (n=35) e Situação Psico-emocional de mulheres diante da sífilis (n=34). As subcategorias com mais expressão foram Sentimentos que perpassam o diagnóstico de sífilis gestacional e sífilis congênita (n=31) e Relações afetivo-sexuais das mulheres com seus companheiros (n=30). No entanto, a subcategoria Percepção da mulher quanto a estar

vulnerabilidade à Infecções Sexualmente Transmissíveis (n=3) chama atenção por sua importância para a vulnerabilidade das mulheres e por um número pequeno se perceber vulnerável ao contágio de novas doenças.

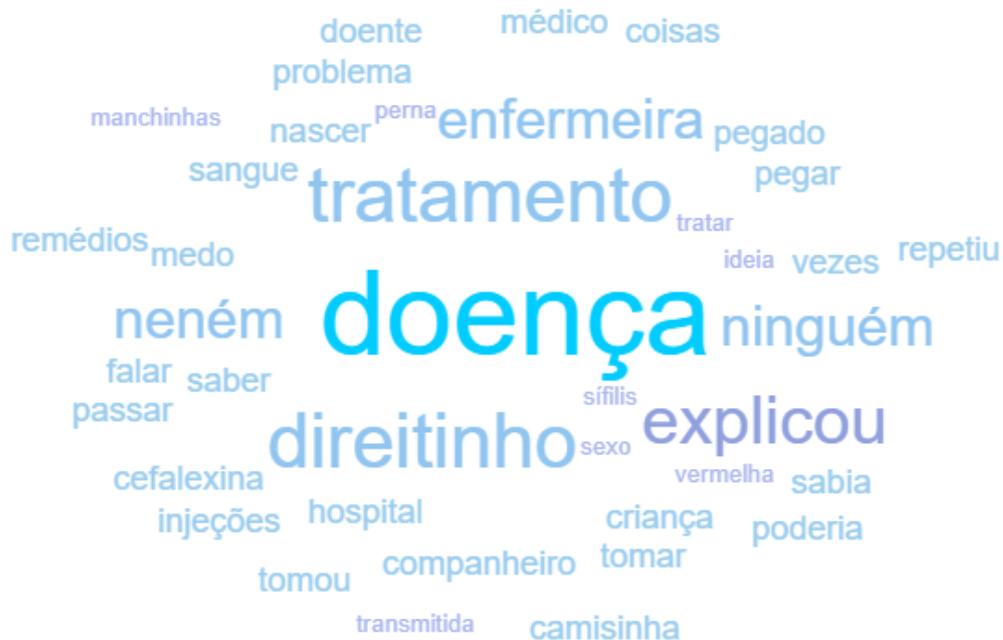
5.2.1 Categorias relacionadas ao Sujeito

O sujeito é constituído por suas relações intersubjetivas (FLORÊNCIO, 2018). As categorias que emergiram do elemento sujeito foram relacionadas aos conceitos: letramento funcional, situação psico-emocional, relações interpessoais e comportamentos.

5.2.1.1 Letramento funcional da mulher relacionado a sífilis

O letramento funcional é o conhecimento e competências que o sujeito adquire durante a vida, que o empodera para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações gerais em seu cotidiano. Essas informações adquiridas por meio da aprendizagem direcionam julgamentos e a tomada de decisão, atitudes decisivas no processo saúde-doença. O processo de aprendizagem, a capacidade de processar e apreender informações, que é a cognição, o conhecimento e a escolaridade estão concernentes ao letramento funcional (FLORÊNCIO, 2018). Esta categoria representa o letramento funcional das mulheres em relação a sífilis, o que elas entendem sobre a doença, as subcategorias são conhecimento sobre a doença, forma de contágio e tratamento e capacidade cognitiva para compreender as informações, a seguir a nuvem de palavras da categoria:

Figura 2 – Nuvem de palavras representativa da categoria Letramento funcional da mulher relacionado a sífilis.



Fonte: Dados da pesquisa, processados no Software WebQDA.

As mulheres foram indagadas sobre a sífilis, em relação a forma de contágio, prevenção, tratamento, se alguém explicou para elas sobre a doença. As palavras mais presentes nos discursos foram “doença”, “tratamento”, “direitinho”, “explicou”. A primeira que está em mais evidência trata da sífilis, o que chama atenção é que a palavra sífilis não apareceu de nenhuma forma nessa categoria.

Pode ser decorrente da dificuldade de apropriação da palavra, visto que não é uma palavra simples, ou também a questão do estigma com a doença, de não querer se referir a doença pelo seu nome, e sim como a “doença” ou aquilo que “me causa” para não usar o termo sífilis, por ser uma IST.

A palavra “tratamento” surge relacionado ao desejo da mulher de executá-lo corretamente, uma vez que mesmo com a realização do tratamento ocorreu a sífilis congênita. “Direitinho” refere-se tanto a realização do tratamento de forma correta, como as explicações que foram repassadas para elas sobre a doença, “explicou” relaciona-se ao “ninguém”, a falta de informações oferecida a elas. E “neném” está ligado ao filho que nasceu com sífilis.

- **Conhecimento sobre a doença, forma de contágio e tratamento**

A primeira subcategoria do letramento funcional aborda o conhecimento das mulheres sobre a sífilis, sua forma de contágio e tratamento. Foi indagado se elas conheciam a doença, se sabiam como haviam contraído. Com as falas é possível observar fragilidades no que se refere a educação em saúde, principalmente das mulheres que foram diagnosticadas no momento do parto e a confusão entre outras infecções e a sífilis durante a gestação, observadas a seguir:

A enfermeira me falou. Ela é transmitida pelo sexo e que a doença não aparece assim que dê pra gente saber que ta com ela, vêm depois, ai disse q aparece umas manchinhas vermelha e no hospital disseram que se a criança nascer com sífilis e a pessoa não tratar podia perder um braço, uma perna. É? Foi bem pra me fazerem medo. (Mulher 1)

Não tenho a menor ideia [você sabe como contraiu a doença]. Porque assim, eu já tive uma gravidez, ai só me relacionei com meu esposo agora, ai eu não sei se foi eu ou se foi ele. [vocês usam preservativo?] Se a gente usa, eu e ele? As vezes a gente usa e as vezes a gente não usa. Estou tomando injeção. De vez enquanto. Por que eu fico botando medo nele. De engravidar de pegar alguma doença. Porque assim ele sai ai não é de confiar nele direto não. (Mulher 1)

Foi ruim né por que eu fiz todo o tratamento. Ai eu tava fazendo já pra ela não nascer com nenhum problema eles lá que erraram dizendo que eu já tava boa. Ai eu parei de tomar a cefalexina. Mas foi só a cefalexina que passaram. (Mulher 3)

Só falava mesmo que estava com infecção urinária e a neném tinha pegado também. Que o tratamento não foi completo que fizeram. (Mulher 3)

Não [sabe como foi o contágio da doença?]. Não [você perguntava alguma coisa aos profissionais?]. Também não. (Mulher 5)

Ela [enfermeira] explicou que ia passar pro neném, ai tomei as injeções. [você conversou com seu companheiro sobre isso?] Ele [companheiro] sabe nem o que é. Não. [sabe como foi o contágio da doença?]. (Mulher 6)

Nas falas da Mulher 1, percebe-se uma dicotomia de pensamento, pois ela expressa que não tem a menor ideia de como contraiu a doença, no entanto dialoga que a enfermeira da unidade básica de saúde explicou que é transmitida pelo sexo e as formas de manifestação, no hospital. Também relata que disseram que a criança com sífilis congênita poderia perder o braço ou a perna e duvida da informação, afirmando que talvez disseram isso para que ela ficasse com medo.

Esse pensamento de não saber como contraiu a doença pode ser decorrente da realização de vários exames VDRL com titulações altas mesmo após o tratamento. Ela também expressa que a enfermeira chegou a perguntar se estava traindo o esposo, pois o exame do companheiro era negativo. “Ela até chegou pra mim e me perguntou se eu tava traindo meu

esposo. Eu disse pra ela que não”. E depois de um tempo descobriu que o marido a traía. Fatos como esses podem ter influenciado nessa visão da doença de não saber como contraiu, já que ela dialoga sobre a forma de contágio. Vale ressaltar que a Mulher 1 possui dois filhos com sífilis congênita, o do caso em pesquisa é o mais velho, e o mais novo também foi diagnosticado. Ela relata que não conseguiu realizar o pré-natal de forma adequada em virtude de ter outro filho e não ter com quem deixar para ir as consultas.

Em contrapartida, a Mulher 3 confunde o diagnóstico que teve na gestação de infecção urinária com a sífilis, visto que a sífilis foi diagnosticada apenas no momento do parto. Ela relata que fez uso de cefalexina para tratar a infecção urinária e que disseram no hospital que o tratamento não foi completo. Assim, existe uma confusão entre os dois diagnósticos.

A Mulher 5 não sabe a forma de contágio, e não foi orientada sobre a doença e nem perguntou nada para saber mais. Nota-se nela falta de interesse para conhecer mais sobre a doença. Que pode ser decorrente do fato de seu diagnóstico se deu no momento do parto. No entanto, na sua entrevista ela relata que o seu filho mais velho, que não é o do caso em questão, também nasceu com sífilis congênita, fato preocupante pela reincidência de sífilis congênita na família. Outro fator importante que pode ter contribuído para o diagnóstico é que na sua notificação de sífilis o campo número de consultas pré-natais está ignorado, gera a dúvida se realmente ela realizou o pré-natal e se atingiu o número mínimo de consultas.

Nota-se que há um conjunto de fatores, que influenciam a falta de procura por informações da sífilis, que precisam ser considerados pelos profissionais que conduzem a assistência pré-natal.

A mulher 6, dialogou sobre saber que a doença podia ser transmitida ao bebê, e que fez o tratamento, mas não sabe a forma de contágio e nem seu companheiro. A falta de informações interfere diretamente na prevenção de reinfecção após o tratamento.

A sífilis congênita pode causar além da prematuridade, aborto e natimorto, hepatomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, anemia, linfadenopatia, petéquias, fissura peribucal, síndrome nefrótica, convulsão e meningite. Em sua versão tarde, após os dois anos de vida da criança, pode apresentar tibia em lâmina de sabre, articulações de clutton, fronte olímpica, nariz em sela, dentes incisivos medianos superiores deformados, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade de aprendizado (BRASIL, 2006).

É importante que as pessoas diagnosticadas com sífilis, entendam a doença, a fim de ter mais resultados na prevenção. O nível de escolaridade dos casos influencia diretamente na

falta de interesse de buscar informações, de perguntar aos profissionais que prestam a assistência, de compreender as informações que são repassadas.

Apesar de casos que desconhecem por completo a doença, houve mulheres que dialogaram bem sobre a doença e forma de contágio. Como pode-se ver a seguir:

Até então ele doava até sangue, né. Eu me lembro aí teve uma época que não aceitaram o sangue dele e que era pra ele comparecer ao Hemoce. Aí ele disse que não ia. Achava que era outra coisa e não foi. Aí logo em seguida eu fiquei grávida e descobri. Aí a gente caiu em si que era sobre isso. (Mulher 2)

Porque que eu acho? Eu acho que foi pelo meu companheiro. Porque ele era bem danado. Provavelmente eu deva ter pegado dele. (Mulher 2)

Do meu marido. Porque eu saía só com ele. Aí, como eu falei, eu viajei pra Brasília, cheguei e soube ele engravidou uma mulher, que ele saía muito com mulher. Eu fiquei com dúvida, será que quando a gente namorava ele também saía com essa mulher? Ele aqui né em Sobral e eu em Crateús, ninguém sabe... aí eu desconfiava mesmo que foi dele né. (Mulher 4)

Nunca tinha ouvido falar não. Ele [médico] chegou a perguntar se eu sabia dessa doença. Eu disse que não. Fiquei sabendo só depois que neném nasceu. (Mulher 4)

Não. Ninguém na Santa Casa, chegou e falou, quais os sintomas dela, se poderia e o que não poderia causar, ninguém falou nada não. Só me disseram que eu tive alteração e pronto e mandaram as injeções e pronto e que ela tinha que fazer os tratamentos. Depois que eu sai do hospital, eu, mesma pesquisei na internet. (Mulher 8)

Aí ela [enfermeira] disse que queria falar com gente né com nós dois, aí a gente foi né, aí ela explicou a doença pra mim e pra ele. Aí disse que eu e ele tinha que fazer o tratamento né, tomar as vacinas bem direitinho. Aí eu disse que queria né, ela explicou bem direitinho a doença que ia passar para menina que ia ficar doente que eu ia ter problema com a criança essas coisas. Aí eu disse que queria, aí depois eu botei na cabeça né que era uma doença séria, aí eu fiz o tratamento. (Mulher 9)

Aí eu não sabia né, fiquei meio assim né...achei que uma doença simples né, fiquei passada. Aí a gente tomou os remédios direitinho aí repetiu os exames, eu repeti, ele repetiu aí a gente tomou os remédios bem direitinho. Pois é eles falaram que a gente tinha que usar muito a camisinha né, quer era bom tanto pra mim quanto pra ele né, e que se ele fosse ficar com alguém também. Aí eu até perguntei pra ela se podia pegar no assento, na roupa ou na moto né, porque eu andava muito com ele de moto né e ainda ando na verdade, ela disse que não que assim não tinha problema só na relação né que pega mais, tá entendendo, então a gente tinha que ficar usando mesmo a camisinha. (Mulher 9)

Observa-se que essas mulheres foram orientadas por profissionais de saúde, principalmente as diagnosticadas durante o pré-natal, no entanto as que foram diagnosticadas apenas no momento do parto, possuem menos informações, visto o parto acontecer no ambiente hospitalar, e a responsabilidade pelas orientações ocorrer de forma mais pertinente aos profissionais da atenção básica.

A mulher 8 relata que apenas informaram sobre uma alteração no sangue e prescreveram as “injeções”, no caso, a medicação penicilina benzatina, e depois ao sair do hospital buscou informações na internet. A falta de orientação as mães, pode dificultar a adesão ao tratamento e na prevenção, uma vez que ela não sabe qual doença é, o que ela pode causar e como foi contraída. Ressalta-se ainda o desejo da mulher de obter informações e consultar a internet, no entanto é necessária cautela, porque essa alternativa pode resultar em informações equivocadas, assim, faz-se necessário um profissional de saúde que realize a orientação e a retirada de dúvidas.

Dessa forma, a falta de informações atrelada a baixa escolaridade contribui diretamente para o não entendimento da doença pelas mulheres. A baixa escolaridade evidenciada nesse estudo é concomitante ao que se tem na literatura, ela interfere na vulnerabilidade das mulheres em virtude de que menos informação influencia no entendimento da importância dos cuidados com a saúde principalmente quanto as medidas de prevenção, dificultando que haja interrupção na cadeia de transmissão da sífilis (CONCEIÇÃO, CÂMARA, PEREIRA, 2020).

- **Capacidade cognitiva prejudicada para compreender as informações**

O letramento funcional une quatro subconceitos que são aprendizagem, escolaridade, conhecimento e cognição. A capacidade cognitiva prejudicada atrelada a baixa escolaridade são fatores que potencializam a vulnerabilidade em saúde das mulheres, com consequências negativas para o processo saúde doença.

A Mulher 9 expressa a sua dificuldade de compreensão das informações:

Eu entendi mais ou menos assim né, porque dizem que é uma doença né. Só que o médico lá na Santa Casa explicou direitinho né, mas só que aí né como eu não sei entender muito dessas coisas né aí eu nem fiquei pensando muito não. (Mulher 9)

De acordo com a participante, por não entender as informações não se preocupou tanto. Chama atenção que mesmo dialogando que não entende completamente as informações, referindo ser analfabeta, ela expressou a forma de contágio de forma correta, a realização do tratamento e que utilizou camisinha durante a gestação entendendo que essa atitude era uma prevenção.

Embora concorda-se que a escolaridade seja determinante para o empoderamento e diminuição da vulnerabilidade foram evidenciadas mulheres que, apesar de não se perceberem vulneráveis, utilizaram o preservativo durante a gestação, a fim de prevenir a sífilis congênita. Em contrapartida, nessa pesquisa também foram identificados casos de mulheres que

conheciam a doença, percebiam sua vulnerabilidade e mesmo assim não possuíram a atitude consciente para reduzir a vulnerabilidade vivenciada.

Assim, a atuação dos profissionais de saúde no esclarecimento da doença é importante. Orientação sobre a forma de transmissão, tratamento, os riscos para o bebê, os cuidados para prevenção de uma nova infecção são necessários para que as mulheres saibam dos riscos que correm, mas que também entendam que o tratamento é fundamental para a manutenção da saúde de seus bebês.

5.2.1.2 Situação Psico-emocional de mulheres diante da sífilis

A categoria Situação Psico-emocional de mulheres diante da sífilis aborda um estado de experiência subjetiva em relação a doença. A primeira subcategoria se traduz em sentimentos das mulheres diante os diagnósticos, que é sua condição ou expressão do corpo que demonstra os acontecimentos vivenciados principalmente quanto ao diagnóstico de sífilis gestacional e sífilis congênita, podendo ser positivos ou negativos. E a segunda subcategoria é a sua percepção quanto a estar vulnerável à IST, sua capacidade de atribuir significado a estímulos sensoriais. A figura 2 ilustra uma síntese desta categoria com a nuvem de palavras realizada por meio do *software webQDA*.

Figura 3 – Nuvem de palavras representativa da categoria Situação Psico-emocional de mulheres diante da sífilis.



Fonte: Dados da pesquisa, processados no Software WebQDA.

As palavras mais representadas na nuvem de palavras foram medo, doença, medicamento, sangue, raiva, Deus, seguidas por pessoa, neném, culpada, vergonha e tratamento.

O medo aparece em destaque na categoria, porque esteve muito presente quanto ao sentimento expressado pelas mulheres ao receber o diagnóstico de sífilis gestacional e também de sífilis congênita, principalmente em relação ao receio de transmitir a doença ao seu filho e em relação ao filho nascer com alguma sequela. O medo também esteve presente quanto temor de contrair a sífilis novamente do parceiro.

Outros sentimentos que envolveram as mulheres foram raiva, culpa e vergonha. A raiva se deu pelo fato de ter realizado o tratamento durante o pré-natal e mesmo assim o filho ter contraído a doença. A culpa foi a responsabilização pela transmissão da doença para o filho e a vergonha emergiu como receio de expor a doença para outras pessoas.

- **Sentimentos decorrentes do diagnóstico de sífilis gestacional e sífilis congênita**

Essa subcategoria foi a mais representada em todas as entrevistas. Por meio dos relatos, percebe-se que a notícia do diagnóstico de sífilis durante a gestação gerou apreensões principalmente quanto ao filho.

Sei lá, eu já tava em tempo de pedir medicamento um em cima do outro já. Pra ver se tratava logo. Eu achava estranho que esse medicamento que tavam me dando não tava adiantando, tava era aumentando [o VDRL]. (Mulher 1)

É porque eu fiquei com medo de... por que eu olhava tudo na internet... que poderia passar pro neném. Aí eu ficava com muito medo dele nascer com algum probleminha. Por mim nem tanto, era mais por ele na gravidez. (Mulher 2)

Mas a minha preocupação mesmo foi por causa da neném. Da neném ter icterícia, dela ter que ficar no hospital, cheia de aparelho em cima dela. Eu chorava toda noite pensando que ela ia morrer, porque sífilis não é coisa que se brinca não, é uma doença, se não cuidar a pessoa morre. (Mulher 4)

E saber que eu transmitir uma DST pra ele. Aí a pessoa fica assim bem magoada comigo mesma. (Mulher 2)

As expressões giraram em torno do receio de transmitir a doença ao filho e suas consequências futuras. A confirmação do diagnóstico de uma IST frequentemente traz consequências negativas, por influenciar na vida social e na qualidade de vida das mulheres, principalmente por muitas vezes não conhecer o significado do diagnóstico ficando fragilizadas com crises emocionais e diversas outras reações (FERNANDES, 2016).

Reações como sentimento de tristeza, medo, receio de rejeição familiar e social, culpa, e barganha foram comuns ao estudo de Silva et al. (2018). Quando se trata de gestantes esse momento se faz mais delicado, uma vez que a doença pode afetar não só a mulher como também o conceito. O tratamento do filho junto a permanência dessas mulheres no hospital após o parto gera sentimentos de dolorosos. Tanto pelos procedimentos que o bebê é submetido, como exames de sangue, coleta de líquido, raio x, diversas punções venosas, como também pelo estado emocional das mulheres durante o puerpério, que ficam mais sensibilizadas e por consequência do tratamento devem permanecer no hospital.

A internação do filho é um acontecimento capaz de modificar a rotina da família, principalmente da mãe. A permanência da mulher junto ao seu filho favorece o vínculo, todavia

sentimentos como insegurança, ansiedade e preocupação perpassam pela vida dessa mulher, principalmente se a mãe for adolescente, ou possuir outros filhos e não dispor de uma rede de apoio fortalecida (SIQUEIRA et al., 2017).

Nossa, eu me senti muito ruim... Foi dez dias de antibióticos, né. E fizeram vários exames nele, do sangue da coluna dele, raio x. Aí era muito doloroso vê ele passando por tudo aquilo. Eu me sentia muito culpada. (Mulher 2)

Fiquei com mais medo dela, que o médico disse que ela tinha que ficar os 10 dias lá, aí fiquei com medo, porque não entendia nada, e ela teve que fazer todos os exames, todo dia ela fazia exame, fez um das costas que tira a só água da coluna né. E toda vez que ela ia tomar o medicamento que era na veia, as vezes saía e tinha que furar de novo, aí tive que levar ela pro exame de raio x, que eles fizeram exame de tudo né pra saber se não tinha atingindo algum órgão dela né, mas graças a Deus que minha filha nasceu perfeita. (Mulher 8)

Eu fiquei triste né, porque eu queira vim me bora, aí eu comecei a chorar me deu uma coisa ruim, mas eu fiquei... depois passou. (Mulher 9)

Eu fiquei com vergonha né, alguém perguntava qual era o problema aí eu só dizia que foi um probleminha no sangue, que tinha sido um infecção essas coisas, porque eu fiquei com vergonha de dizer né que eu tava com essa doença né. (Mulher 9)

Fiquei tranquila. (Mulher 6)

Nas narrativas também foi encontrado o sentimento de barganha. Nota-se que as mulheres reagem de maneiras diferentes e transcorrem por fases distintas, além de tristeza, culpa e observou-se o sentimento de barganha, quando confiam à fé o poder de cura ou quando não possui a compreensão em relação a doença, sobre suas consequências. Isso pode comprometer no tratamento adequado dessas gestantes, e inclusive no acompanhamento das crianças (SOUZA, BECK, 2019).

Há uma repercussão significativa no cotidiano dessas mulheres, em que pode ocorrer um estado de desorganização na perspectiva interior e exterior. Essa demanda emocional ocasiona modificações de autoimagem podendo predispor quadros depressivos se não for apoiado e assistido de maneira próxima dos profissionais e serviços de saúde com estratégias adequadas (SILVA et al., 2018).

Dessa forma, os sentimentos que se caracterizam pelos estados e reações do corpo humano podem tornar as mulheres vulneráveis por influenciarem diretamente no seu estado de saúde mental, interferindo na atitude as atividades do cotidiano, como no relacionamento com o companheiro e no cuidado com o filho.

• **Percepção da mulher quanto a estar vulnerável à Infecções Sexualmente Transmissíveis**

Essa subcategoria retrata como as mulheres se veem vulneráveis diante das IST. A percepção faz parte de um processo mental que a partir de suas vivências passadas o sujeito consegue integrar um conceito aos estímulos sensoriais, tornando-os conscientes (FLORÊNCIO, 2018). Falas a seguir demonstram a forma como as mulheres se percebem vulneráveis.

As vezes a gente usa e as vezes a gente não usa [preservativo]. Estou tomando injeção. De vez enquanto. Por que eu fico botando medo nele. De engravidar de pegar alguma doença. Por que assim ele sai aí não é de confiar nele direto não. (Mulher 1)

Se eu tivesse sabido do histórico dele antes, acho que eu não tinha me envolvido com ele. Depois uma pessoa vem e fala uma coisinha. Ah, eu vi esse teu marido em tal lugar, tipo num cabaré. Aí se eu tivesse conhecido isso dele, eu nunca teria me envolvido com ele. (Mulher 2)

Fiquei com medo. Porque como ele trabalha em caminhão né, aí a gente fica com medo. De eu sair com ele, aí acontecer de novo. A questão né nem de menino, é a doença né. (Mulher 4)

Preservativo eu só uso com os clientes, com ele [companheiro] eu não uso. Eu era pra usar era com ele né? Que ele é sem vergonha. (Mulher 7)

Os três discursos sugerem uma condição de promiscuidade em relação ao parceiro. Observa-se que na percepção das mulheres desse estudo a sífilis está atrelada a infidelidade do parceiro. Seja por ter um histórico de promiscuidade e infidelidade, seja pela profissão como a citada de caminhoneiro.

A relação entre os caminhoneiros e o comportamento de risco para IST, está atrelado à procura de parcerias sexuais casuais nas viagens de trabalho, em que geralmente as relações ocorrem sem o uso do preservativo (FARIA et al., 2015). São descritos como população-ponte de IST devido ao número de parcerias sexuais. Costa e Cerqueira-Santos (2018) apontaram em seu estudo que 63,4% dos caminhoneiros com relacionamento estável fazem sexo com profissionais do sexo sem o uso consistente do preservativo, verificando o comportamento de risco que os representa como população-ponte.

A *Mulher 7* faz uma reflexão que apesar de sua ocupação, profissional do sexo, ela possui o hábito do uso do preservativo com seus clientes, no entanto com o companheiro não, visualizando o preservativo como um instrumento de trabalho, o que a coloca em um lugar de vulnerabilidade na relação com o companheiro. Sousa et al. (2017) evidenciaram mulheres, profissionais do sexo que entendem o amor como estratégia de proteção às IST, em que desconsideram o uso do preservativo com o companheiro, o qual há um envolvimento sentimental, em virtude do lugar que ele ocupa em sua vida, no seu contexto familiar. Em contrapartida, mulheres do mesmo estudo se perceberam mais vulneráveis no universo pessoal do que no seu espaço profissional, referindo a promiscuidade dos homens com relacionamentos estáveis, e dialogando sobre a necessidade de as mulheres “dentro de casa” utilizar o preservativo.

Ressalta-se que mesmo as mulheres profissionais do sexo, que possuem conhecimento sobre o uso do preservativo, percebem a vulnerabilidade, no entanto, não utilizam o preservativo com o companheiro fixo.

A partir do relato das mulheres é possível perceber que ao ser interpelada sobre sua relação com o companheiro, elas tomam consciência da necessidade da utilização da prevenção com o preservativo nas relações sexuais com o companheiro fixo, percebendo-se naquele momento a sua vulnerabilidade. Por outro lado, essa percepção não é suficiente para influenciar no seu comportamento e atitude diante do parceiro.

5.2.1.3 Relações interpessoais das mulheres

A categoria Relações interpessoais das mulheres trata das interações desenvolvidas por estas, pela comunicação verbal ou não-verbal, na perspectiva de reação a alguns tipos de poder em locais como na vida afetivo-sexual e família.

Figura 4 – Nuvem de palavras representativa da categoria Relações interpessoais das mulheres.



Fonte: Dados da pesquisa, processados no Software WebQDA.

A nuvem de palavras referente a essa categoria ilustra as relações das mulheres principalmente em relação ao companheiro, destacada pelas palavras companheiro, conversa, comigo, homem, mulher.

A palavra companheiro e homem referem-se as parcerias sexuais fixas das mulheres, em que evidencia suas relações, principalmente de pouco diálogo, com ênfase na palavra conversa e conversar. Já que essa ação não está presente, ou pouco presente nas relações das participantes deste estudo. Já as palavras mulher e comigo, associaram-se a mulher em estudo, quando se referiam a si mesma dentro da relação.

Algumas outras palavras em menos evidência na nuvem também são importantes para expressar a relação com a família como filho e filha, no que diz respeito à relação com os filhos que nasceram com sífilis congênita e também com os filhos anteriores. As subcategorias vinculadas a essa categoria foram: Relações afetivo-sexuais das mulheres com seus companheiros e Vínculos fragilizados com familiares.

- **Relações afetivo-sexuais das mulheres**

As relações afetivas ou sexuais fazem parte das interações entre sujeitos num relacionamento de construção de afeto, sexual ou não. Algumas situações de vulnerabilidade citadas por Florêncio (2018) tratam da instabilidade dos relacionamentos homem-mulher, relação sexual comercial, confiança no parceiro como justificativa para a não prevenção e vínculos afetivos. Essas situações puderam ser encontradas nesse estudo como observado nas seguintes falas:

Ele já me traiu. Depois que tive o primeiro filho. Ai assim depois que eu tava grávida dele, eu fazia o exame ai dava um tanto, ai fazia tratamento, ai quando eu ia fazer de novo parece que tava mais alto ainda, ai eu ficava meio desconfiada, só que a enfermeira dizia que o dele não dava alterado, so dava o meu. E eu achava estranho pro que de casa eu não saio. (Mulher 1)

Eu falei sobre isso com ele [sobre o relacionamento extraconjugal]. Mas ele disse que o [exame] deu normal. (Mulher 1)

As enfermeiras chamaram ele [companheiro] no posto [para informar sobre o diagnóstico e realizar exames], e por isso que nós terminamos. Ai minha vó foi conversar com ele na casa dele, aí a gente voltou. Ai eu tive o outro [filho], aí não deu mais certo não. (Mulher 5)

Era casado, ai ele me trocou por outra, ai casou com a outra. Passei 12 anos. Não, [sobre morar juntos] eu era amante dele. (...) Muita briga. Nós só nos entendemos quando a gente tá deitado dormindo. Porque eu como toda mulher sem vergonha eu morro de ciúme dele e ele de mim, quer dizer que ele me trai por um lado e eu traio ele pelo outro. (Mulher 7)

Aí eu perguntei pra ele [companheiro], ele ficou calado não falou nada né [sobre a sífilis]. (Mulher 9)

A *Mulher 1* viveu um dilema em sua gestação, pois apesar de ter recebido o diagnóstico de sífilis durante a gestação e realizar o tratamento, a cada vez que repetia o exame a titulação do VDRL estava mais alta. Até descobrir que seu parceiro estava mantendo um relacionamento extraconjugal, e ao buscar explicação, o companheiro apega-se ao seu resultado negativo de exame.

O padrão de comportamento com relações extraconjugais dos companheiros aparece descrito na literatura, em que 28,6% das mulheres das maternidades de alto risco no município de Fortaleza, tinham conhecimento das relações extraconjugais dos companheiros. Esse comportamento pode ser considerado normal na visão dos homens, dificultando assim a abordagem do casal e a prevenção da sífilis congênita por envolver a revelação da infidelidade, o que pode se caracterizar como uma barreira para que os homens se dirijam aos serviços para o tratamento (CAMPOS et al., 2012).

Vale salientar, que a relação estabelecida entre o casal pode ser decisiva para que a mulher consiga ou não comunicar o diagnóstico ao companheiro, podendo ocasionar conflitos familiares. O receio em revelar o diagnóstico ao companheiro ocorre pelo medo de responsabilização pela doença, ou mesmo por não conseguir lidar com a ideia de infidelidade, bem como medo de sofrer violência e ser acusada de infidelidade. A culpa e o medo de ter contaminado o companheiro pode dominar a mulher e influenciar em suas ações (CAVALCANTE et al., 2012, CAVALCANTE et al., 2016).

Esses obstáculos ocorrem em decorrência das desigualdades de gênero, diante das configurações de poder nas relações afetivas sexuais. É importante considerar que o diagnóstico de uma IST pode acender ressentimentos em relação ao companheiro, quando proveniente de uma relação extraconjugal. A confirmação da traição produz mágoa, e afeta o relacionamento.

Além disso, Diorio et al. (2018) destacam a vulnerabilidade das mulheres durante a gestação, uma vez que em sua pesquisa dois casos maternos foram infectados duas vezes durante a gravidez, provavelmente pelos seus parceiros primários. Quatro mães testaram negativo para a sífilis durante a gravidez e positivaram no momento do parto. E um terço das mulheres possuía o parceiro sexual principal como único risco para a sífilis.

Na fala da Mulher 5 notou-se que após o diagnóstico de sífilis, comunicado pela enfermeira da unidade de saúde, houve o término do relacionamento, e a volta ocorreu após a intervenção da avó dela. Assim, chama atenção para a abordagem dos profissionais aos companheiros das gestantes, pois dependendo do tipo de relacionamento que o casal mantém, união estável ou não, leva os profissionais a pensarem sobre aspectos de fidelidade que devem ser tratados com cautela (FIGUEIREDO et al., 2015).

Em contrapartida, observa-se o caso da Mulher 7, que mantinha relação com um companheiro, o qual era casado. Esse fato é importante, em virtude de enfatizar que não apenas parceiros mantêm relações sexuais secundárias, mas também as mulheres, divergindo da literatura que foca no comportamento promiscuo do homem.

Outro fator que é importante ressaltar se refere à relação que a Mulher 8 possui com seu companheiro. Ela relata manter uma boa comunicação, dizer tudo o que acontece com ela e vice e versa, que confia no esposo e até acha que o diagnóstico pode não ser verdadeiro, no entanto, ao ser indagada sobre o resultado do exame do seu esposo salientou: “*Mulher, segundo ele, ele me disse que deu negativo.*”. A expressão sugere dúvida em relação ao resultado do exame, por ela não ter visto, ter ficado sabendo por intermédio dele.

Outro questionamento é sobre a expressão da Mulher 6: “*Eu mando nele*”, entretanto também não soube o resultado do exame e o mesmo não quis realizar o tratamento e não houve

conversa em relação a isso. “*É porque ele [companheiro] disse que toda semana fazia exame. Ele faz no centro. Ele faz pagando. Todos os anos ele faz né. Aí ele disse que não ia tomar essa injeção não. Ele que disse que não queria tomar mesmo.*” Estabelecendo um posicionamento passivo diante da não realização do tratamento.

Percebe-se que a comunicação entre as mulheres e seus companheiros não foram efetivas, principalmente quanto ao assunto da sífilis. Em que não se conversou, ou preferiu deixar como estava. Ou ainda, a qualidade da comunicação entre o casal pode gerar conflito e afastamento entre eles, principalmente quando é influenciada pela condição emocional do sujeito e depende de como as pessoas se expressam.

Assim, a maneira como os sujeitos utilizam a comunicação pode influenciar diretamente na adaptação do casal decorrente de frágeis estratégias de enfrentamento, que contribuem para sofrimento, e interferindo nos sentimentos de uma pessoa para a outra (GAMEIRO; CORRÊA, 2019). O que possibilita a precariedade, favorecendo processos de vulnerabilização das relações intersubjetivas.

Oito das nove participantes da pesquisa possuem relações afetivo sexuais conflituosas. Além dessas situações três mulheres relataram episódios de violência, expressados a seguir:

A gente começa uma conversa e de repente a gente acaba se ignorando o outro. Agredindo o outro verbalmente. (Mulher 2)

Ele não é um homem de conversa, quando a gente vai conversar, ele sempre vai pro lado da confusão. (...) Ele é um homem muito machista. Aí ele quer uma mulher dentro de casa, pra lavar, cozinhar, nada de ter amizade, nada de contato com família. Que pra ele a família dele é ele e os meninos. Aí a gente precisa ter uma conversa fora do relacionamento. Aí já se passou quase cinco anos que a gente vive junto, nessa mesmice. Aí eu já estava cansada de cuidar dele, do filho dele. Que tem um filho dele que mora com a gente, de 20 anos. Aí a gente cansa um pouco, não sei. Aí eu tomei a decisão de sair de casa. (Mulher 2)

Ele [ex companheiro] queria me jogar do apartamento dele, eu e a Fernanda quando ela era bem novinha. Aí eu deixei ele. Ele me chamou pra um canto e queria era me matar. Ele dizia que a menina não era dele. Ai eu fiz o DNA. (Mulher 6)

A Mulher 2 destaca a violência verbal sofrida pelo companheiro durante o período do seu relacionamento. Chama atenção que ela reconhece que passou por violência e dialoga sobre isso, essa percepção que ela possui é fulcral para que haja o seu empoderamento, e consiga enfrentar a situação de vulnerabilidade a qual estava passando. Para tanto, isso a motivou a sair do relacionamento que não estava lhe fazendo bem, pois no momento da entrevista ela havia saído do domicílio em que morava com o companheiro há poucos dias.

O empoderamento da Mulher 2, o qual possibilitou sua saída de casa, não se submetendo mais ao poder que o companheiro exercia sobre ela, pode ser decorrente da sua independência

financeira e sua escolaridade, visto que a mesma possui ensino médio completo e renda de um salário mínimo proveniente de uma pensão do ex-marido do qual é viúva.

No caso da Mulher 6, a violência sofrida foi do seu ex-companheiro, pai da sua filha mais velha. A filha era bebê, e ele não queria assumir a paternidade, e tentou contra a vida das duas. No caso, a Mulher 6 não morava junto com o companheiro, morava na casa de sua mãe que a motivou a não encontrar mais esse homem. Uma rede de apoio que acolha a mulher e ofereça suporte diante de situações como essa, favorece o enfrentamento dela.

Existem mulheres que possuem uma dependência diante dos homens, seja emocional, ou física, por conta de sentimentos de proteção e de reprodução. Há situações em que a falta de respeito ultrapassa os limites, quando se fala em falta de amor e de cuidados, como podemos ver nos relatos em estudo. É necessário que as mulheres tenham a consciência que não podem se acostumar com o que não a proporciona saúde emocional e física (SCHMITT, 2016).

- **Vínculos fragilizados com familiares**

As relações familiares são as interações comportamentais, psicológicas e sociais entre os membros da família, cada pessoa possui a necessidade de vínculos emocionais ao mesmo tempo que permanece em sua individualidade. Os vínculos com os membros da família que não convivem na mesma casa podem ser invisíveis, mas são forças muito influentes na estrutura, inclusive relacionamentos conflituosos (WRIGHT; LEAHEY, 2012; FLORÊNCIO, 2018). Nessa subcategoria foi identificada a fragilização dos laços com os familiares que não moram no mesmo domicílio.

Eu escondia dela [mãe] [sobre uma gravidez aos 14 anos] Foi assim, no meio da minha gravidez eu tinha contado pra um amigo meu que é vizinho dela, aí ele foi e perguntou sua filha tá grávida. Aí a mãe não sei não, aí eu menino tô não. Aí ela olhou pra minha barriga não tinha aí nem ligou. (Mulher 1)

Só tem um [irmão] que é intrigado. Faz tempo. Eu tinha 10 anos de idade. Assim nos é intrigado, mas de vez enquanto ele chega atrás do meu esposo, aí eu falo. Quando é pra pedir alguma coisa ele pede. (Mulher 1)

Esse daí [o companheiro] que tem uma relação só com a minha mãe adotiva. Porque o resto não gosta dele. Porque o restante aí, tirando a minha mãe adotiva, o restante aí acha que ele, está comigo, estava comigo por interesse. Por que a gente divide luz, água, aluguel, internet, tudo a gente rachava no meio. (Mulher 2)

Eu vou lá. Só que com minha mãe eu respeito, né! Tenho respeito. Ela falar, eu calar, do que ele falar e eu calar. Né. É diferente. Mas eu tenho comunicação. (Mulher 2)

Não eu não contei não, nem para minha filha mais velha eu contei, mas depois ela soube aí me perguntou: “tu pegou peguei aquela doença de ruim né?”. (Mulher 9)

Foi possível perceber nos relatos das mulheres, um distanciamento das mulheres com sua família extensa, aquela que não reside no mesmo domicílio. Seja desde a adolescência, omitindo uma gestação para sua mãe, ou irmãos com relações rompidas. E até mesmo com os filhos, não comunicando acontecimentos que mais afetam o cotidiano dessas mulheres.

De acordo com Florêncio (2018) a qualidade da comunicação entre os membros, que também é influenciada pela condição emocional do indivíduo e dependendo da maneira como os membros expressam suas emoções, como eles se comunicam, se a comunicação é efetiva ou não, pode gerar conflito e afastamento entre os familiares. Evidencia nesse contexto, situações de vulnerabilidade como: rejeição familiar, relacionamentos familiares conflituosos, falta de diálogo e vínculo familiar, falta de confiança entre os membros, abuso financeiro, verbal, físico e sexual, isolamento, influência instrumental, psicológica.

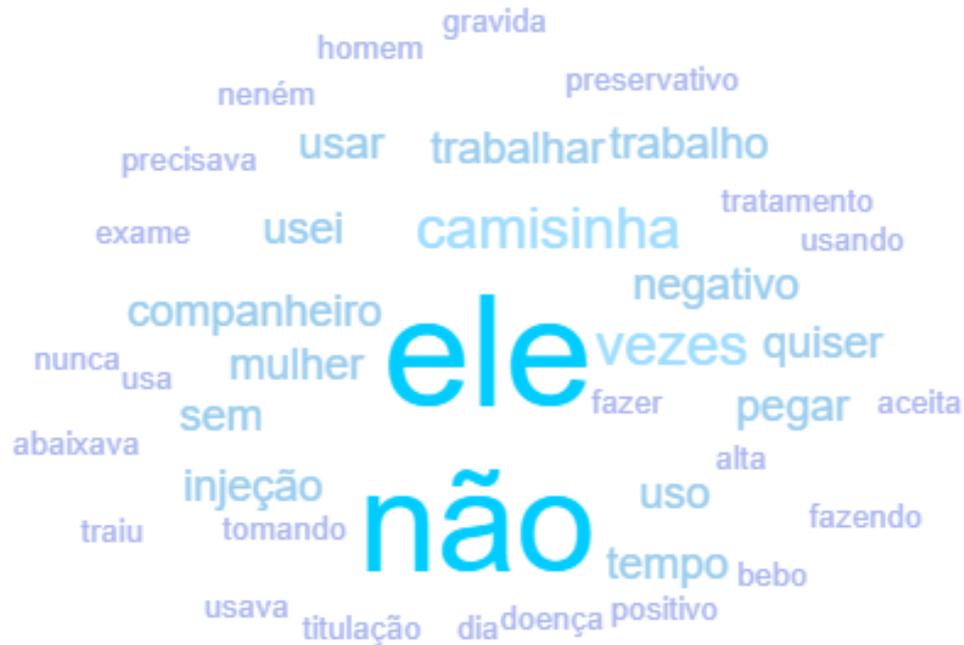
Outra situação que chama atenção é a família da Mulher 2 não gostar do seu companheiro, a única pessoa que gostava dele era a mãe adotiva da mesma. O resto consideram ele como interesseiro. Esse motivo também pode ter a encorajado na sua decisão pela separação.

Assim, os profissionais de saúde, em especial a equipe multidisciplinar que atende essa mulher, devem atentar-se para a ineficácia da rede social e desenvolver ações, com intervenções educacionais para o fortalecimento dos vínculos familiares (FRANCA et al., 2018).

5.2.1.4 Comportamento das mulheres e de seus companheiros

O comportamento é definido pelas ações dos sujeitos em relação ao seu meio social, referente ao seu cuidado ou de outrem, às práticas no trabalho, rotina e cotidiano, ou ao modo de ser. Os subconceitos de Florêncio (2018) identificados neste estudo foram atitude, autocuidado e adesão, práticas de cuidados e práticas no trabalho. As subcategorias foram intituladas Uso do preservativo entre as mulheres e seus companheiros; Adesão do companheiro ao tratamento da sífilis; Práticas das mulheres no Trabalho. A seguir, a figura da nuvem de palavras que ilustra a categoria.

Figura 5 – Nuvem de palavras representativa da categoria Comportamentos das mulheres e de seus companheiros.



Fonte: Dados da pesquisa, processados no Software WebQDA.

As palavras com mais evidência nessa categoria foram “ele” e “não”, o ele fez referência a todas as vezes que as mulheres falaram sobre seus companheiros, outra palavra utilizada para esse mesmo fim foi a “companheiro”. E a segunda palavra em destaque foi “não”, que teve relação com as frases negativas que representaram o comportamento dos companheiros, principalmente em relação ao uso do preservativo nas relações sexuais e a realização do tratamento da sífilis.

É válido ressaltar que a maioria dos discursos mencionava o próximo, ao outro, sendo o “ele” o companheiro, as falas não faziam referência ao desejo da mulher. Apenas uma vez surgiu o “usei” em primeira pessoa quanto ao uso do preservativo. Alguns termos aparecem relacionados aos exames, como “negativo”, “exame”, “titulação”, “abaixava”, referente ao resultado negativo do parceiro foi usado como justificativa para a não utilização do preservativo.

- **O uso do preservativo entre as mulheres e seus companheiros**

O comportamento do uso ou não do preservativo é amplamente discutido quando se trata da sífilis e de outras IST's. Dessa forma, essa categoria emergiu diante dos discursos

quanto ao uso do preservativo entre as mulheres entrevistadas e seus companheiros. Como é possível perceber nas falas a seguir:

Quando não uso é porque ele não quer. É porque ele fica dizendo que estou tomando injeção, que não precisa. As vezes a gente usa e as vezes a gente não usa. Estou tomando injeção. De vez enquanto. Porque eu fico botando medo nele. De engravidar de pegar alguma doença. Porque assim ele sai ai não é de confiar nele direto não.
(Mulher 1)

Aí a gente passava um bom tempo usando preservativo, aí depois descansamos e pronto. Aí ele [companheiro] dizia que não precisava. Que dava o negativo o dele e que não precisava. Que dava negativo o dele e que o meu dava positivo e titulação um pouco alta. Ainda na gestação até o tempo de ter o neném, a gente fazia com preservativo e sem, com e sem. Aí a minha sempre abaixava um pouquinho e subia.
(Mulher 2)

Aceita. Usei. Eu usei mais não [depois da gestação]. (Mulher 4)

Não, [usava preservativo] nunca. (Mulher 5)

Aceitava [parceiro aceitava o uso do preservativo na gestação]. (Mulher 6)

Ele não aceita. Ele diz que eu fico com outro homem, mas ai entre nos dois fica aquela confusão chata (...) quando eu vejo ele já ta ali e acontece. (Mulher 7)

Observou-se que apenas em um caso, Mulher 6, foi utilizado o preservativo de maneira regular existiu durante a gestação com o objetivo de evitar a sífilis congênita. Em contrapartida outras mulheres discorreram sobre o uso irregular do preservativo durante a gravidez, e três mulheres expressaram não utilizar preservativo em nenhuma das relações sexuais.

Um dos motivos para a não utilização do preservativo de forma regular durante a gravidez relatado pela Mulher 2 foi o homem afirmar que resultado do exame de sífilis foi negativo, afirmando dessa forma que não haveria perigo de transmissão da doença para o bebê com a não utilização do preservativo. No entanto, a mesma afirma que sua titulação do VDRL baixava com o uso do medicamento e depois aumentava novamente, fato que poderia ser decorrente da recontaminação pela não utilização do preservativo.

A Mulher 1 explicita que após as gestações não utiliza o preservativo quando o companheiro não quer, que o mesmo justifica não ser necessário pois ela usa o contraceptivo injetável. E ela afirma, “colocar medo” nele, de gestação ou de contrair alguma doença, pois não confia nele constantemente. Como já foi dito anteriormente na categoria Percepção da

mulher quanto a estar vulnerável à Infecções Sexualmente Transmissíveis, mesmo percebendo sua vulnerabilidade ao contágio de IST, ela não consegue se prevenir em todas as relações sexuais.

As relações de gênero estão atreladas a problemática da sífilis, as normas de gênero na sociedade influenciam nas relações de homens e mulheres. A proposta do uso do preservativo esbarra em questões delicadas, que são difíceis de estabelecer o diálogo, principalmente quando existe uma relação de afeto e ou de poder entre os sujeitos. Quando se trata de uma relação fixa, o diálogo torna-se mais difícil, do que se fosse mulheres solteiras, pois a sugestão do uso do preservativo pode gerar desconfiança de seu companheiro e levantar dúvidas sobre sua fidelidade (SANTOS, 2016).

Outra questão, foi a visualização do preservativo apenas como barreira para uma gestação indesejável e não como proteção para a sífilis e outras ISTs. A Mulher 7 dialoga que o companheiro não aceita de forma alguma o preservativo, usando como motivo uma acusação sobre infidelidade da mulher. Talvez essa acusação, e o fato da mulher não aguentar essa caracterização de mulher infiel, submete-a realização das relações sexuais sem o preservativo.

O homem consegue exercer poder diante mulher. Souza, Muñoz e Visentin (2020) encontram em sua pesquisa que 83,3% dos homens não usam preservativo em suas relações sexuais, indicando um modelo de dominação de gênero na prática sexual, com a subordinação de mulheres ao sexo inseguro, o que influencia diretamente em sua vulnerabilidade em contrair alguma IST, como é o caso da sífilis. Há ainda, a visão da anatomia sexual da mulher, em que é receptora do ato sexual, configurando-a como um risco maior ainda de contaminação.

As relações de gênero estão presentes de forma ampla nessa categoria, influenciando no aumento da vulnerabilidade feminina, a submissão da mulher promove a minimização, ou até mesmo exclusão do seu poder de decisão, atitude, e liberdade sobre sua vida sexual, expondo-a cada vez mais a sífilis e outras IST's (ANDRADE et al, 2019).

As mulheres deixaram claro no discurso, ou apresentam alguma justificativa relatada pelos companheiros que favorece a compreensão do desejo pela não utilização do preservativo vem do homem. E a mulher por vezes cede as suas expectativas.

Percebe-se assim, que as relações assimétricas de gênero e poder aumentam a vulnerabilidade das mulheres para a sífilis. A participação das mulheres de forma mais efetiva na luta a favor da sua autonomia, sobre as questões do seu próprio corpo, sexualidade, poderia ser um início para o caminho a ser percorrido para a resolutividade dos problemas de saúde, como é o caso da vulnerabilidade à sífilis.

- **Adesão do companheiro ao tratamento da sífilis**

Um grande entrave para a prevenção e controle da sífilis congênita circunda pelas questões do tratamento do companheiro. Nas falas a seguir, segue o depoimento das mulheres quanto à realização ou não do tratamento pelo parceiro:

Ai assim depois que eu tava grávida dele, eu fazia o exame ai dava um tanto, fazia tratamento, ai quando eu ia fazer de novo parece que tava mais alto ainda, ai eu ficava meio desconfiada, só que a enfermeira dizia que o dele não dava alterado, só dava o meu. E eu achava estranho porque de casa eu não saio. (Mulher 1)

Que dava negativo o dele e que o meu dava positivo e titulação um pouco alta. Toda vez que aplicava [Penicilina Benzatina] ele [companheiro] já ia passando mal, a pressão dele abaixava. Ai ele ficava morrendo lá fora. Mandava eu ir primeiro, depois era ele. Ai ele fez. Mas, depois ele já não fez mais, porque, ele dizia que não aguentava. (Mulher 2)

Eu fiz tratamento. Ele também. (Mulher 4)

É porque ele [companheiro] disse que toda semana fazia exame. Ele faz no centro. Ele faz pagando. Todos os anos ele faz né. Ai ele disse que não ia tomar essa injeção não. Ele que disse que não queria tomar mesmo. (Mulher 6)

Fez [o tratamento]. (Mulher 8)

Ele ia de manhã as vezes e eu ia na parte da tarde, ele dizia que ia né. (Mulher 9)

As Mulheres 1 e 2, relataram que os resultados dos seus exames eram diferentes dos seus companheiros. Enquanto o resultado dos exames de VDRL delas era positivo, o de seus companheiros era negativo. Outro fato comum entre elas era que as titulações dos exames aumentavam mesmo após o tratamento, isso pode ser explicado devido a uma possível reinfecção proveniente do companheiro já que o primeiro não realizou o tratamento e o segundo realizou de forma incorreta.

A estratégia para o diagnóstico da sífilis gestacional na ESF ocorre por meio de triagem pelo VDRL e teste rápido, exames não treponêmico e treponêmico, respectivamente, no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, e também no momento do parto ou curetagem. Quando o resultado é positivo, a gestante deve receber o tratamento adequado e periodicamente ser testada por meio do VDRL para o acompanhamento da redução das titulações. Embora o SUS tenha avançado no tratamento a sífilis gestacional continua sendo um desafio (BRASIL, 2019).

O tratamento da gestante para ser adequado precisa necessariamente utilizar penicilina benzatina, ter início até 30 dias antes do parto, o esquema terapêutico deve ser de acordo com o estágio clínico da doença. A partir da Nota Informativa 2/ 2017 foi excluído o item de tratamento concomitante da parceria sexual, não sendo mais considerado para o tratamento efetivo (BRASIL, 2019; BRASIL, 2017).

Apesar da Nota Informativa não considerar mais o tratamento do parceiro, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites alerta para a avaliação quanto ao risco de reinfecção das gestantes (BRASIL, 2019). Dessa forma, a elevação de títulos no VDRL em relação a exames anteriores aponta para reinfecção, e um novo tratamento deve ser iniciado. É necessário considerar o alto risco de reinfecção das gestantes se o companheiro não receber o tratamento adequado para a prevenção e controle da sífilis congênita (PADOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

As mulheres 4, 8 e 9 expressaram que os companheiros realizaram o tratamento, no entanto, a Mulher 9 dialoga com um tom de dúvida “ele dizia que ia né”, uma vez que se torna difícil saber realmente se o tratamento foi correto.

Já a Mulher 6 expôs que seu companheiro não quis realizar o tratamento, e apesar de ela relatar “mandar nele” como vemos na subcategoria Relações afetivo sexuais das mulheres com os seus companheiros, não houve diálogo em relação a essa situação e ela também não sabe o resultado do exame dele. A mulher aceitou essa condição da não realização do tratamento do companheiro, a mesma relata ainda que o casal utilizou o preservativo nas relações sexuais durante a gestação.

Assim, é essencial intensificar a orientação quanto aos riscos relacionados à infecção da sífilis que ocorre por via sexual, para que as mulheres e companheiro mantenham práticas seguras nas relações sexuais com o uso do preservativo durante e após o tratamento (MONTEIRO, CORTEZ, 2019).

Os estudos corroboram com o encontrado nesses nos casos, pois apontam a fragilidade do tratamento dos parceiros das gestantes. Eles são notificados a partir da gestante ou por um profissional de saúde, não há estudos suficientes que verifiquem a efetividade da comunicação do diagnóstico do parceiro com o risco de reinfecção, como também dos desfechos dos casos. A dificuldade de adesão ao tratamento e o número de falhas terapêuticas pode ser em virtude da abordagem que é realizada a esses homens. Em países europeus, as notificações dos companheiros ocorrem exclusivamente por profissionais de saúde, o que poderia ser uma alternativa para o país, a fim de intensificar os tratamentos e a busca ativa. Além disso, torna-se necessário considerar as vulnerabilidades em saúde dessas gestantes e parcerias sexuais

(FIGUEIREDO et al., 2020; EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2013).

5.2.2 Categorias relacionadas ao elemento Social

O elemento social é constituído pelas diversas formas do sujeito interagir com o outro ou com outros sujeitos, é espaço onde é possível se reconhecer e se expressar, também é lugar para ser reconhecido pelos outros (FLORÊNCIO, 2018). As categorias do elemento social que emergiram nos depoimentos foram: Redes e suportes sociais da mulher durante a gestação e puerpério e Situação Programática dos serviços de saúde que atendem as mulheres com filhos diagnosticados com sífilis congênita.

5.2.2.1 Redes e suportes sociais da mulher durante a gestação e puerpério

Em virtude da gravidez e puerpério serem períodos delicados para a mulher, principalmente se algo foge do controle como é o caso do diagnóstico de sífilis e a internação do bebê após o parto, investigou-se qual o tipo de apoio que essas mulheres receberam durante esses processos e como eles se caracterizam.

As redes e suportes sociais configuram-se em uma estrutura social constituída por sujeitos ou instituições, conectadas por um ou vários tipos de relações, que compartilham valores e objetivos comuns de oferecer apoio numa situação de necessidade do sujeito ou da sociedade (FLORÊNCIO, 2018).

Figura 6 – Nuvem de palavras representativa da categoria Redes e suportes sociais da mulher durante a gestação e puerpério.



Fonte: Dados da pesquisa, processados no Software WebQDA.

Dentre as palavras em destaque a mais evidente é “pagar”, que se relaciona à ajuda financeira recebida ou não pelas mulheres. Estas palavras estão associadas a outras como: “financeiramente”, “aluguel”, “dinheiro”. Outras enfatizadas foram “conselho”, “irmãs”, “ajuda” e “ajudava”, “converso” remetendo ao apoio recebido pelas irmãs, seja psicologicamente ou explicando a doença.

Outro tipo de apoio recebido pelas mulheres e que aparece na nuvem diz respeito ao apoio oferecido por profissionais da saúde como: “enfermeira”, serviços como “posto”, “pré-natal”, “tratamento”, “explicou”. “Ninguém” demonstra a falta de apoio recebida, seja no puerpério ou diariamente em sua rotina.

Dessa forma, as subcategorias que caracterizam essa categoria dividiram-se em apoio social de familiares, de amigos e de profissionais da saúde.

- **Apoio social de familiares e amigos à mulher diagnosticada com sífilis**

Essa subcategoria aborda a rede de apoio social das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, principalmente quanto aos seus familiares e companheiros. De acordo com as entrevistas, emergiu o apoio psicológico vindo da família como irmãs e avó, financeiro proveniente de um tio. Alguns companheiros deram suporte no acompanhamento das consultas pré-natais e nas atividades de casa, como podemos ver a seguir:

Eu passei quase 20 dias na santa casa, eu cheguei já tava era boa. Assim ninguém quase não me ajuda não. Só meu esposo mesmo. (Mulher 1)

Nós fomos juntos fazer os exames. Toda vez nos íamos juntos. Acho que nesse tempo ele estava desempregado. (Mulher 1)

Não, apoio mesmo foi só do pessoal da família. Aí na gravidez foi lá no posto, pronto. [...]as minhas irmãs. É, aí ficava me dando conselho, que ele iria ficar curado, que isso acontece... (Mulher 2)

Não, ele sempre ia me acompanhando no pré-natal, por que ele tava nas parcelas, tinha saído do emprego e tava nas parcelas [seguro desemprego]... aí sempre ele ia, nos pré-natais tudim ele foi comigo. Aí numa bela de uma tarde (risos), aí fizeram esse teste em mim, aí deu positivo. (Mulher 2)

Psicologicamente eu tenho [apoio] umas irmãs que são boas em dá conselhos,. Elas dão conselho brigando. São ótimas. Agora financeiramente é só eu mesmo. Porque se a gente pede dinheiro aqui depois tem que pagar ali. Então é só eu mesmo. (Mulher 2)

Minha “cumade” e só mesmo. Porque a maioria das irmãs tudo tem filho, aí num ia deixar pra ir cuidar de mim. (Mulher 2)

Era ele que fazia as coisas, meu marido. Que ele tava parado, na época, aí ele fazia tudo. (Mulher 3)

Eu fiquei só mesmo. Eu andava o hospital todinho com ela pra eu não ficar dentro do quarto. (Mulher 3)

Quase todo dia ele [tio] dá a sopa pra ela, quando a gente não tem, ele dá leite. As vezes também me um tanto pra pagar o aluguel, ele empresta, até a gente conseguir pagar ele. (Mulher 3)

Ela [avó] sempre me ajudava em tudo. Quando eu descobri a primeira vez, eu pensava que era outra coisa maior, né. Aí a minha vó já sabia por que a minha mãe teve também. Aí ela disse que eu ficasse calma que não era nada ... só era meio perigoso, por que ela disse que nascia umas feridas, aí podia morrer por causa dessas feridas, assim. (Mulher 4)

Ela [comadre] me dá alguma coisa que eu preciso, ela pergunta se eu quero alguma coisa... arroz, feijão. (Mulher 6)

Da, tem o outro também, ele [parceiro] em casa também... Quando ele pode manda 150, manda 100..., porque ele também manda pensão pro outros lá, paga aluguel de casa. (Mulher 7)

Um arranjo complexo que envolve grupos humanos, sistemas e organizações é chamado de rede social, que se articulam entre si e como uma forma de potenciar as iniciativas dos envolvidos. Que promove desenvolvimento e capacidade de proteção a saúde dos sujeitos (COSTA et al., 2015).

O primeiro grupo que o sujeito pertence é a família, em que há relações afetivas, sociais e cognitivas que se caracterizam pelas condições materiais, históricas e culturais de um grupo

social. Essa socialização propicia a formação de comportamentos, de ações e resoluções de problemas com significados universais e particular. As interações entre os sujeitos em família concretizam as transformações na sociedade que influenciarão nas relações familiares futuras (MATOS; SANTOS; SILVA, 2018). Dessa forma, o convívio que é vivenciado dentro de casa e na maioria das vezes repetido as ações nas futuras famílias.

Nota-se que durante o internamento do filho para a realização do tratamento da sífilis congênita, as mulheres ficaram longe da família e não receberam apoio. Esse momento é delicado para a mulher, em que se ver com um bebê hospitalizado elucida inúmeros sentimentos, não devendo ficar sozinha nesse período que coincide com seu puerpério.

Uma questão a ser ressaltada é que o preconceito atribuído a sífilis, que recai para mãe e o bebê, pode fazer com que as mães procurem menos a sua rede de apoio, para não ter que revelar o motivo pelo qual o bebê foi internado. Por vezes a estratégia de enfrentamento utilizada pelas mães é a fé em Deus, em que encontra conforto e força para seguir acompanhando o filho e superar o sofrimento da internação (BRITO; KIMURA, 2018).

O tempo de internação pode ser ruim para a mãe quando a internação se prolonga, proporcionando uma sensação de confinamento, pois sua rotina não é a mesma, é interrompida, podendo gerar sofrimento. Nesse período os calendários podem não fazer sentido, uma vez que o tempo passa marcado pelas atividades desenvolvidas na rotina dos profissionais. Uma alternativa para tornar esse momento mais agradável para a mãe é empoderá-la para a realização dos cuidados com o bebê. Cabe aos profissionais de saúde dar informações, mantendo a mãe orientada e reconhecendo o seu direito de decidir e intervir no processo de saúde da criança e sendo uma rede de apoio (GOMES et al., 2014).

- **Apoio de profissionais da saúde durante o pré-natal**

Essa subcategoria marca a percepção de duas mulheres quanto ao apoio oferecido pela unidade básica de saúde durante a realização do pré-natal. Como expressados nas falas a seguir:

*Quem me ajudou foi só a enfermeira mesmo. Ela cuidava do meu pré-natal. Mulher
Eu... lá no posto de saúde, eles [profissionais] ficavam, tipo me dando conselho,
tipo psicólogo, né. (Mulher 2)*

O vínculo estabelecido com os profissionais favorece a assiduidade da mulher às consultas pré-natais bem como ajuda na compreensão sobre a doença e tratamento, uma vez que as mães se sentem acolhidas para o esclarecimento de dúvidas.

Ressalta-se que os profissionais que aparecem nos discursos são a enfermeira e o psicólogo. O profissional enfermeiro se encontra próximo das gestantes em virtude do maior número de consultas o qual ele acompanha. Já o Psicólogo aparece a partir de uma solicitação muitas vezes do enfermeiro para um acompanhamento coletivo diante da situação da gestante. Isso mostra uma rede de atenção à saúde fortalecida com a presença da equipe interdisciplinar.

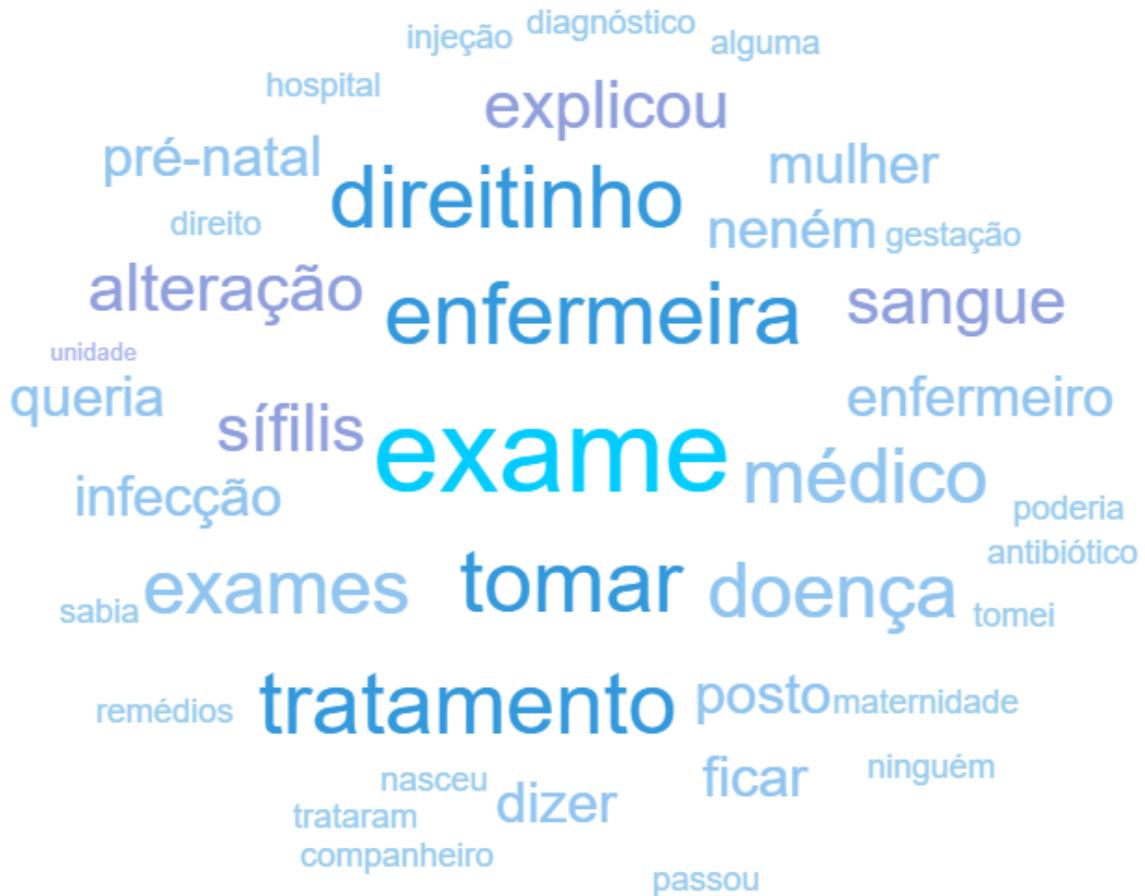
Outro fato interessante é que as mulheres 1 e 2 que reconhecem os profissionais como apoiadores no processo da gestação, foram as mulheres que os companheiros acompanhavam as consultas de pré-natal, e que os diagnósticos de sífilis ocorreram em sua presença. Talvez por ser uma situação constrangedora e delicada as mulheres reconhecem esse apoio de forma mais próxima.

De acordo com o pensamento de cada mulher, o apoio social pode ser a ajuda primordial para o enfrentamento da situação de vulnerabilidade em saúde a qual vivencia. Assim é necessário compreender como ocorrem as relações de interação com a família extensa, instituições religiosas e de saúde, bem como as atividades de lazer (VICENTE, 2019).

5.2.2.2 Situação Programática dos serviços de saúde que atendem as mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita

A situação programática está relacionada com as características e processos das instituições que prestam serviços à população, com ênfase no setor saúde, marcada principalmente por infraestrutura e processo de trabalho. Uma vez que é necessário que os setores que atendem a população passem por avaliações constantemente (FLORÊNCIO, 2018). A seguir a nuvem de palavras que representa a categoria:

Figura 7 – Nuvem de palavras representativa da categoria Situação Programática dos serviços de saúde que atendem as mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita.



Fonte: Dados da pesquisa, processados no Software WebQDA.

As palavras em mais evidência na nuvem foram “exame”, “tratamento”, “enfermeira”, “explicou”, “direitinho”, “tomar”, “alteração”, “sangue”, “médico”, “pré-natal”, “sífilis”. Relacionaram-se a assistência recebida durante o pré-natal, parto e puerpério junto a a hospitalização do bebê.

Exame aparece como central, visto que é a partir dele que ocorre o diagnóstico, no entanto, há relatos de realização adequada dos exames e não ter recebido o diagnóstico no pré-natal e sim no hospital durante o momento do parto.

A profissional enfermeira, surge bem representada como presente nos pré-natais, comunicando o diagnóstico, orientando quanto a doença e para a realização do tratamento e prevenção de reinfecção. No entanto, o profissional médico aparece na assistência hospitalar

atrelado a não orientação da mulher quanto ao seu diagnóstico, se referindo a sífilis como alteração no sangue, sem mais informações.

Assim, a partir dos discursos emergiram duas subcategorias. Fragilidades na atenção pré-natal para a prevenção da sífilis congênita e ausência de ações de educação em saúde e orientações sobre a sífilis.

- **Fragilidades na atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita**

É possível interpretar no relato das mulheres situações na assistência pré-natal como falta de exames durante a gestação, ausência de anticoncepcionais na unidade básica, não adesão da gestante ao pré-natal, tratamento inadequado que denotam fragilidades na atenção pré-natal.

A mulher lá [enfermeira] fez o exame do dedo aí colocou lá e viu ne. Ela [enfermeira] mandou eu tomar a injeção e o meu marido. (Mulher 6)

Quando ela [enfermeira do hospital] veio dizer [o diagnóstico] eu lembrei que o enfermeiro [da UBS] não tinha pedido meu VDRL, aí eu imaginei, porque eu sabia que o outro nunca tinha se tratado, ele não pediu, se eu soubesse que eu podia pedir eu tinha feito. (Mulher 7)

Aí ela, é, mulher mais eu fiz meu pré-natal tudo direitinho, eu fiz todos os exames, fiz os exames todinhos, normal, fiz os testes de HIV, Sífilis, de tudo e não acusou nada e quando eu fui ter ela, eu até fiquei pensando será que eles não tão, trocaram o exame, alguma coisa, porque durante os 9 meses de gestação nunca ter “descobrido”, num é. (Mulher 8)

Eu só fiz uma consulta dela, aí por causa de uma queda aí eu tive ela. Passei o dia sentindo dor só que eu não procurei o posto, eu aguentei com a dor. Aí quando foi de noite, quando eu senti que ela tava querendo sair eu corri pro hospital. Aí lá foi ligeiro que eu tive ela. (Mulher 4)

Mesmo com o diagnóstico ocorrendo durante a gestação, não foi possível evitar a transmissão vertical. Fato esse que pode ter sido decorrente de um tratamento inadequado, e sem o acompanhamento necessário com os exames de rotina. A mulher 7 relata algo muito grave em relação aos exames, visto que ela não foi testada para a sífilis.

O protocolo do Ministério da Saúde prever a testagem rápida para diagnosticar a sífilis no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, bem como deve ser oferecida nova testagem na admissão hospitalar para o parto ou aborto. E também em caso de história de exposição sexual ou violência sexual (BRASIL, 2019). Assim, equívocos no processo de trabalho realizado no acompanhamento pré-natal no que se refere a testagem para sífilis aumentam a vulnerabilidade da gestante, pois quanto mais cedo o diagnóstico ocorrer, mais chances de o tratamento ocorrer

de maneira correta, no entanto o não diagnóstico precoce impossibilita o tratamento da gestante e a criança nasce com sífilis congênita.

Outro item referido foi A falta de cumprir ou atender número mínimo de consultas previstas pelo Ministério da Saúde. É necessário que ocorra a busca ativa de gestantes nos territórios para que iniciem o pré-natal em tempo oportuno e que realizem os exames de forma adequada. Há diversas estratégias para atrair as gestantes e sensibilizá-las para o pré-natal, a captação pressupõe vínculo, convivência, troca constante de saberes e vivências e escuta empática. A postura do profissional pode estabelecer uma relação interpessoal entre quem cuida, com o ser cuidado (SERRAZINA; DA SILVA, 2019).

- **Ausência de educação em saúde e orientações sobre a doença**

A Educação em saúde é fulcral para a prevenção e controle da sífilis congênita, a fim de fortalecer as estratégias de tratamento efetivo da gestante e do companheiro, além de prevenir a reinfecção da mulher. A seguir falas que evidenciam a ausência de educação em saúde no processo de pré-natal e parto das mulheres:

O médico [na maternidade] chegou em mim e disse que eu tava com uma doença, ela [filha] também tava com icterícia, teve que ficar internada pra tomar antibiótico. (Mulher 4)

Eles [médico e enfermeiro do PSF] nem falavam [sobre sífilis]. Eles só mesmo olhavam o coração do neném e passava os remédios e pronto. Pedia os exames. (Mulher 5)

Não, participei de nada [educação em saúde]. (Mulher 8)

Não. Ninguém na Santa Casa, chegou e falou, quais os sintomas dela, se poderia e o que não poderia causar, ninguém falou nada não. Só me disseram que eu tive alteração e pronto e mandaram as injeções e pronto e que ela tinha que fazer os tratamentos. (Mulher 8)

O médico [na maternidade] veio me dizer que eu tinha tido, só que ele não chegou pra mim e disse que eu tinha o diagnóstico né, ele só me disse, que no meu exame de sangue, deu uma alteração, aí eu, que alteração, só que ele não me explicou bem, só fez sair e pronto. Aí quando veio a enfermeira com as “injeção” pra mim já tomar né, que era as benzetacil, aí eu peguei e perguntei a enfermeira, mulher ele não me explicou nada, só veio me dizer que deu uma alteração, mas também não disse o que era, aí ela disse, não, você tá com sífilis e eu com sífilis? (Mulher 8)

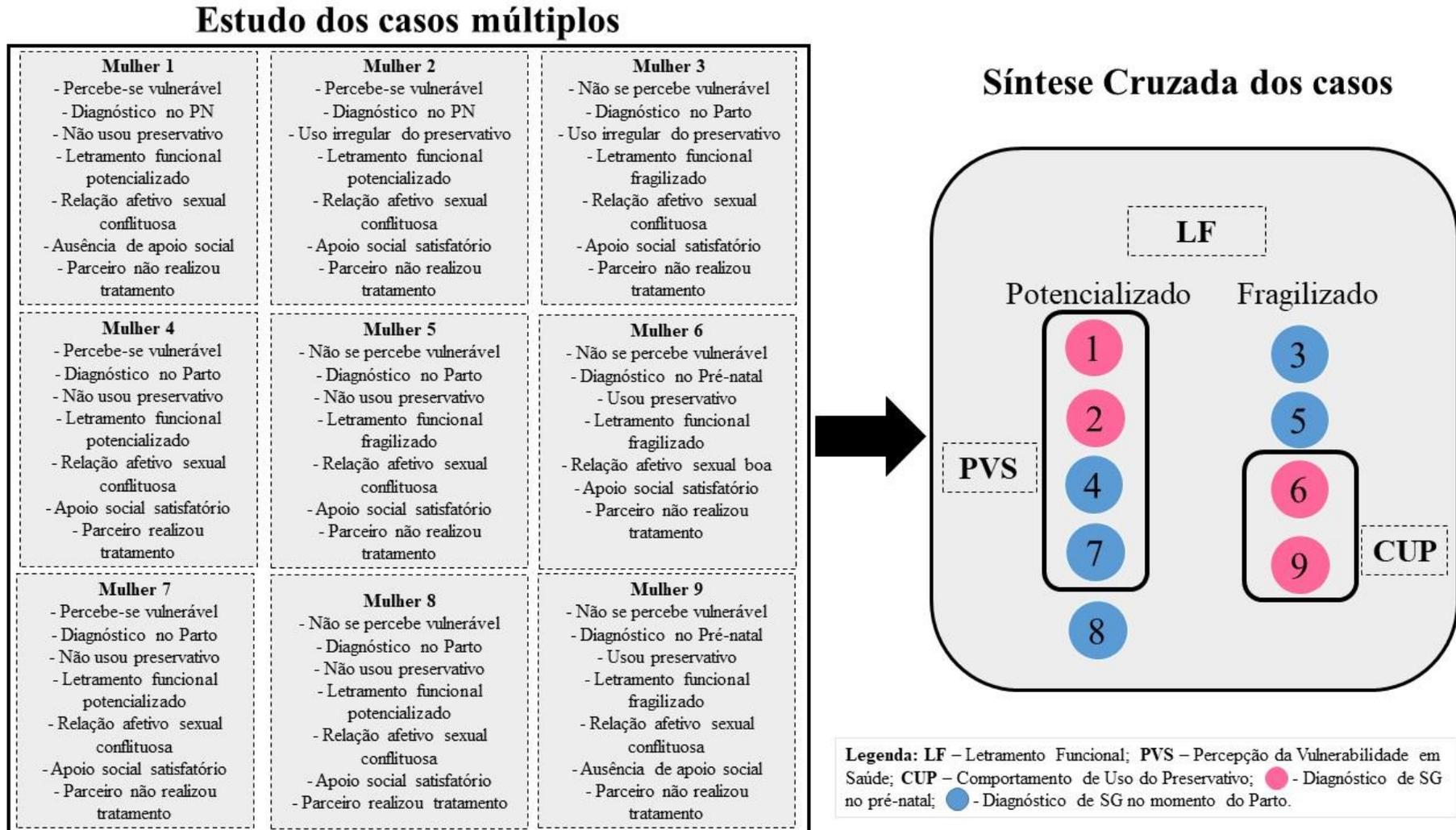
Observa-se que as queixas das mulheres sobre a falta de informação foram predominantemente dentro das unidades hospitalares que realizaram os partos e o diagnóstico no momento do parto.

A educação em saúde é um processo para garantir a qualidade da atenção, ampliar serviços e reduzir as complicações provenientes do desconhecimento dos sujeitos. O SUS estimula o desenvolvimento de ações educativas para o empoderamento seja de forma individual ou coletiva, estimulando o indivíduo ser protagonista do seu cuidado, por meio do conhecimento dos processos (QUENTAL et al., 2017).

A não realização dessas atividades torna as gestantes vulneráveis pela falta de conhecimento de como ocorre a infecção da sífilis, qual a forma de tratamento, como ela pode prevenir a reinfecção. Sem esse conhecimento torna-se difícil que ela consiga protagonizar o seu processo de cuidado e prevenir novas infecções.

5.3 Síntese Cruzada dos Casos

Figura 8: Representação do estudo de casos múltiplos e da síntese cruzada dos casos.



Fonte: Autora (2020).

A partir do estudo de casos múltiplos foi possível perceber as congruências e dicotomias entre os sujeitos da pesquisa. A fim de comparar os casos analisou-se os aspectos: a percepção da vulnerabilidade pela mulher, qual o momento do diagnóstico de sífilis gestacional, o uso do preservativo durante a gestação, o letramento funcional, as relações afetivas sexuais, o apoio social e o tratamento do parceiro, os quais emergiram a partir da análise dos discursos.

Assim, selecionou-se quatro variáveis que mais caracterizaram as mulheres do estudo, letramento funcional, percepção da vulnerabilidade, comportamento do uso do preservativo e momento do diagnóstico.

As relações de poder estiveram presentes nos resultados desta pesquisa, pois apesar de as mulheres se perceberem vulneráveis a sífilis e a outras IST, compreenderem que a prevenção ocorre pelo uso do preservativo, não o utilizavam nas relações sexuais. As relações de gênero são diretamente influenciadoras no aumento da vulnerabilidade das mulheres. A subordinação feminina ocasiona exclusão do seu poder de escolha, de decisão e sua liberdade para a vida sexual, expondo-a a sífilis (ANDRADE et al., 2019).

Das duas mulheres que usaram preservativo durante a gravidez, as duas foram diagnosticadas no pré-natal e ambas possuem um letramento funcional fragilizado. Mulher com baixo letramento funcional possuem menor poder diante da negociação do uso de preservativo com o companheiro, deixando-as mais vulneráveis (MACEDO et al., 2017). Por esse motivo, faz-se necessário que a gestão possua um olhar mais rebuscado para a organização do serviço, a fim de subsidiar os profissionais no desenvolvimento de ações de educação em saúde durante o pré-natal, focando nos cuidados preventivos que devem ser tomados, a fim de favorecer um tratamento adequado para a não transmissão e a não reinfecção.

Percebendo a vulnerabilidade em saúde como multidimensional, o conhecimento da história sexual, como as relações afetivo sexuais, é um aliado para identificar as vulnerabilidades e promover uma abordagem centrada no sujeito, permitindo-lhe conhecer como um todo. Uma vez que, podem não ser conscientes e sensibilizadas de forma correta quanto a sua vulnerabilidade a qual estão expostas nas relações sexuais (MOURA et al., 2021).

O comportamento dos sujeitos frente a situações de vulnerabilidade, quando ocorre atitude de maneira consciente e não instintiva suscita a posição do sujeito nas relações de poder de forma empoderada. Quando isso não é possível, o sujeito vivencia situações de vulnerabilidade em saúde, em que não opta pelo autocuidado e adesão e práticas de risco à saúde, mais especificamente a não adesão ao uso do preservativo que acarreta reinfecção mesmo após a realização do tratamento adequado para a sífilis (FLORÊNCIO, 2018).

A vulnerabilidade é dinâmica, podendo ser fragilizada ou potencializada. Com a aproximação dos fenômenos percebe-se que não está ligada exclusivamente a saúde e sim a diversos outros aspectos como a situação programática em relação ao momento do diagnóstico da sífilis, ao baixo letramento funcional, bem como as relações de poder que existe dentro das relações afetivo sexuais, que favorecem comportamentos não saudáveis. Vale ressaltar que a promoção da autonomia sexual e reprodutiva das mulheres deve ser fortalecidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu descrever os elementos da vulnerabilidade em saúde das mulheres que vivenciaram o diagnóstico de sífilis gestacional, bem como a transmissão vertical da sífilis. Identifica-se com o estudo de casos múltiplos os aspectos ligados aos conceitos sujeito e social da vulnerabilidade em saúde abrangendo elementos emocionais, comportamentais e relacionais com outros sujeitos e instituições.

Neste sentido, o estudo de caso propiciou a imersão nas singularidades das mulheres, de maneira individual e coletiva, procurando destacar proximidades e dicotomias entre as vulnerabilidades vivenciadas por elas em seus diversos contextos, que suscitam uma baixa percepção da vulnerabilidade, atrelada a submissão ao companheiro em relação principalmente ao uso do preservativo.

A baixa percepção da vulnerabilidade à sífilis, dificulta a atitude das mulheres com respostas e comportamentos conscientes diante da prevenção nas relações sexuais, ocorrendo assim a potencialização da condição de vulnerabilidade, por meio de um pensamento da relação estável como dispositivo de amparo social. A não compreensão sobre a sífilis no que diz respeito a forma de transmissão, tratamento efetivo e ações de prevenção de reinfecção também influenciam diretamente na tomada de decisão dessas mulheres.

A fragilidade da situação programática de saúde das mulheres potencializou a sua vulnerabilidade, uma vez que a maioria dos diagnósticos ocorreu no momento do parto, impossibilitando a autonomia da mulher sobre a realização do tratamento para a prevenção e controle da sífilis congênita, e também diminuindo as chances de participação em ações de educação em saúde que esclarecimentos sobre a sífilis.

Os resultados encontrados são relevantes para gestores da APS por transcender os aspectos epidemiológicos da sífilis e por agregar vulnerabilidades abrangentes de mulheres com diagnóstico de sífilis gestacional e filhos com sífilis congênita. A fim de fundamentar a construção e adaptação de políticas pautadas em aspectos do sujeito já que a sífilis congênita continua sendo um agravo de difícil controle.

Desse modo, percebe-se a necessidade de uma atenção e elaboração de políticas de promoção e prevenção voltadas para ações que evidenciem as vulnerabilidades das mulheres. A fim de possibilitar o empoderamento e criar processos de fragilização da vulnerabilidade em saúde, fortalecendo as relações de gênero de maneira mais igualitária.

A originalidade do estudo é ressaltada pela sua abordagem holística das mulheres que seus filhos foram diagnosticados com sífilis congênita, na perspectiva da vulnerabilidade em

saúde tanto quanto ao sujeito como ao social, já que são indissociáveis. Assim, destaca-se ainda o desafio pertinente dos serviços de saúde, em especial da atenção primária a saúde em abordar dentro dos projetos terapêuticos questões sociológicas, que fujam do contexto de saúde doença. Nesse sentido, sugere-se novas pesquisas que direcionem o foco para as relações poder e sífilis com os pais das crianças diagnosticadas com sífilis congênita, a fim de ampliar o olhar quanto as relações de poder e entender como o homem se percebe diante do diagnóstico de sífilis.

O estudo contribui para a sociedade com a divulgação do conceito de vulnerabilidade em saúde, com a ampliação da visão da saúde e contextos os quais o sujeito está inserido. Que possibilita a visualização da vulnerabilidade como dinâmica, ora sendo precarizada e ora sendo potencializada. Além disso, com a indissociabilidade do sujeito e social possibilita o entendimento que redes de apoio, bem como práticas de promoção da saúde apoiam as mulheres nos seus processos de fragilização da vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. S. C. et al. Vulnerabilidade à Aids entre mulheres de aglomerado subnormal. **Rev. Enferm Bras.** v. 18, n. 2, p. 84-92, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.1194>. Acesso em: 03 nov. 2020
- ARCOS, E. et al. Vulnerabilidad Social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. **Rev. Med Chile**, Santiago, v. 139, n. 6, p. 739 – 747, 2011. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n6/art07.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Soc.** v. 18, supl. 2, p. 11-22, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.
- AYRES, J. R.C.M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 375-417.
- BONATTI, A. F. et al. Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Fund Care Online**. v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.871-876>. Acesso em: 14 out. 2020.
- BRASIL. **LEI MARIA DA PENHA**. Lei N.º 11.340, de 7 de Agosto de 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução de N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 21 nov. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Atenção Primária À Saúde. E-Gestor. **Cobertura da Atenção Básica**, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – Sífilis**. v. 49. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 07 nov. 2020.

BRITO A. P. A.; KIMURA, A. F. Transmissão vertical da sífilis: vivência materna durante a hospitalização para diagnóstico e tratamento de seu filho recém-nascido. **Rev Paul Enferm** v. 29, n. 1-2-3, p. 68-76, 2018. Disponível em: <http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/Transmissao-vertical-da-s%C3%ADfilis-vivencia-materna-durante-a-hospitalizacao-para-diagnostico-e-tratamento-de-seu-filho-recem-nascido.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

CAMPOS, A. L. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2020.

CARDOSO, A. R. P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2020.

CARVALHO, R. C.; BASTOS, A. C. S. B. Famílias e vulnerabilidades em saúde: questões teóricas, éticas e metodologias para intervenção. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, v. 7, n. 2, p. 72-74, set. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1785/1438>. Acesso em: 29 abr. 2019.

CAVALCANTE, E. G. F. et al. Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 450-457, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300450&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2020.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CESTARI, R. F. et al. A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1171- 1176, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1112.pdf. Acesso em: 30 abr. 2019.

CESTARI, V. R. F. et al. A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1112-1116, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501112&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jun. 2020.

COA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. The vulnerability experienced by the family of children hospitalized in a pediatric intensive care unit. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 825-832, Aug. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a05.pdf. Acesso em: 29 abr. 2019.

CONCEICAO, H. N. et al. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401145&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 mai. 2020.

CONCEIÇÃO, H. N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Rev Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n123/0103-1104-sdeb-43-123-1145.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS), **Casos de sífilis estão sendo subnotificados devido à baixa testagem no período da pandemia**. SES/RN, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/casos-de-sifilis-estao-subnotificados-devido-a-baixa-testagem-no-periodo-da-pandemia/>. Acesso em: 1 nov. 2020.

COSTA, C.V.C. et al. Sífilis Congênita: Repercussões e Desafios. **Arq. Catarin Med.** v. 46, n. 3, p.194-202, 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94/191>. Acesso em: 29 jun. 2019.

COSTA, P. F.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Fatores associados ao uso de preservativo e relações com prostitutas entre caminhoneiros do Brasil. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 617-627, 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 out. 2020.

COSTA, R. F. et al. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 5, p. 741-747, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500005>. Acesso em: 21 nov. 2020.

DIORIO, D. et al. Vulnerabilidade social em mães com casos de sífilis congênita: avaliação qualitativa de casos em Indiana, 2014 a 2016. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 45, n. 7, p. 447-451, 2018. Disponível em: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftt&NEWS=N&AN=00007435-201807000-00003>. Acesso em: 04 de nov. 2020.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV. Stockholm, 2013. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/Partner-notification-for-HIV-STI-June-2013.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020

FEITOSA, J.A.S.; ROCHA, C.H.R.; COSTA, F.S. Sífilis congênita. **Rev Med Saude Brasilia**. v. 5, n. 2, p. 286-297, 2016. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/6749/4573>. Acesso em: 01 Jul. 2019.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública** v. 36, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00074519.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

FLORENCIO, R. S. **Vulnerabilidade Em Saúde: Uma Clarificação Conceitual**. (Tese) Universidade Estadual do Ceará, Doutorado em Saúde Coletiva. 2018. 148p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011. 295 p.

FRANCA, M. S. et al. Características da rede social de apoio ineficaz: revisão de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-e20170303.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

FREITAS, C. H. S. de M. et al. Inequalities in access to HIV and syphilis tests in prenatal care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2020.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, M. F. P.; DA SILVA MENDES, E.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 14, n. 49, p. 27-33, 2016. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3695/pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

GUANILO, M.C.T.U; TAKAHASHI, R.F; BERTOLOZZI, M.R. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. (Esp), p. 156-163. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-156.pdf. Acesso em: 15 abr. 2019.

HAWKES, S.; MATIN, N.; BROUTET, N.; LOW, N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Lancet InfectDis**. v. 11, n. 9, p. 684 – 691. 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70104-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70104-9). Acesso em: 7 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama das Cidades**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>. Acesso em: 10 jun. 2019.

LIMA, M. **Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: repercussões para a saúde**. Tese (doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012, 205 p.

MACEDO, V. C. et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev Saúde Pública**. v. 51, n. 78, 12 p., 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007066.pdf. Acesso em: 21 nov. 2020.

MATOS, L. A.; SANTOS, D. M.; SILVA, S. C. Resiliência familiar: percepção de mães em situação de pobreza. **Ciências & Cognição**. v. 23, n. 2, p. 178-194, 2018. Disponível em:

<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1423>. Acesso em: 19 nov. 2020.

MENESES, M. O. et al. O perfil do comportamento sexual de risco de mulheres soropositivas para sífilis. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 11, n. 4, p. 1584-1594, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15226/17989>. Acesso em: 25 abr. 2019.

MESQUITA, A. L. M. et al. Discurso de profissionais de saúde acerca dos desafios ao conduzir pré-natal de gestantes com sífilis. **Atas CIAIQ 2018**. Investigación Cualitativa em Salud, v. 2, p. 423 – 430, 2018.

MONTEIRO, R. S.; CÔRTEZ, P. P. R. A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico. **Revista Pró-UniversUS**. v. 10, n. 2, p. 13-17, 2019. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1934>. Acesso em: 23 out. 2020.

MUÑOZ, L.A. et al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 913-919, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0913.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

OLIVEIRA, C. R.; TRAESEL, E. S. Mulher, Trabalho E Vida Familiar: A Conciliação De Diferentes Papéis Na Atualidade. **Disc. Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 149-163, 2008.

OLIVEIRA, M. et al. Análise de Conteúdo Temática: há uma diferença na utilização e nas vantagens oferecidas pelos softwares MAXQDA® e NVivo®?. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, v.1, n.9, p.72-82, 2015.

ORIEL, J. D. **As cicatrizes de Vênus**. Londres, Inglaterra: Springer-Verlag; 1994.

OVIEDO, R.A.M; CZERESNIA, D; O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**. Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-49, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 26, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>. Acesso em: 12 nov. 2020

PORTO, M.F.S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
PRAUN, A. G. Sexualidade, gênero e suas relações de poder. **Revista Húmus**, v. 1, n. 1, p. 51 – 65, 2011. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/1641>. Acesso em: 13 abr. 2019.

QUENTAL, L. L. C. et al. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem**, UFPE, Recife, v. 11 (Supl. 12), p. 5370-5381, 2017.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/321879546_Praticas_educativas_com_gestantes_na_atencao_primaria_a_saude. Acesso em: 28 nov. 2020.

REZENDE, E. M. A.; BARBOSA, N. B. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. **Revista APS**. v. 18, n. 2, pag. 220 – 232, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15536/0>. Acesso em: 05 jun. 2019.

SANTOS, José Marcos de Jesus et al . Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 3, p. 529-535, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000300529&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 mai. 2020.

SCHMITT, N. G. **A influência da cultura patriarcal na produção de violências e na construção das desigualdades entre homens e mulheres**: um olhar dos profissionais que atuam na rede de proteção social no município de Araranguá/SC. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Educação e Direitos Humanos: escola, violências e defesa de direitos) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Araranguá, 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Nayara.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analyses. **Gender and the politics of history**. New York, Columbia University Press. 1990.

SERRAZINA, M. F.; SILVA, G. S. V. Captação da Gestante para Pré-natal precoce. **Revista PróUniverSUS**. v. 10, n. 1, p. 29- 34, 2019. Disponível em:

<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1621>. Acesso em: 22 nov. 2020.

SILVA, D. I. et al. Contribuições do conceito de vulnerabilidade para a prática profissional da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Cuidado é Fundamental**. v. 6, n. 2, p. 848-855, 2014. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3047/pdf_1299
Acesso em: 13 abr. 2019.

SILVA, N. C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 67, n. 2, p. 274-281, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0274.pdf>.
Acesso em: 13 mai. 2019.

SOUSA, R. M. R. B. et al. Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua”. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 423-428, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000400423&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 out. 2020.

SOUZA, F. M. A.; MUÑOZ, I. K.; VISENTIN, I. C. Contexto de vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo masculino. **Humanidades & Tecnologia em Revista (FINOM)**. v.

20, n. 15, 2020. Disponível em:
http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1004/723.
Acesso em: 11 set. 2020

TOKUDA, A. M. P.; PERES, W. S.; ANDREO, C. Família, Gênero e Emancipação Psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 36, n. 4, p. 921-931, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000400921&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 jul. 2019.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016. Acesso em: 13 mai. 2019.

WRIGHT L.M, LEAHEY M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. Bookman, 2015.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Identificação da mulher	
Data do diagnóstico	
Endereço	
Idade	
Raça	
Escolaridade	() Analfabeta () 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau) () 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau) () 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau) () Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) () Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) () Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) (7) Educação superior incompleta () Educação superior completa ou mais () Ignorado ou Anos completos de estudos: ____ anos.
Ocupação	
Realização do Pré-natal	() Sim () Não
Momento do Diagnóstico de Sífilis Gestacional	() Durante o Pré-natal () Momento do Parto/Curetagem () Após o Parto
Realização do tratamento do parceiro	() Sim () Não

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data da entrevista: ____/____/____ N° da entrevista: _____

1 Informações sociodemográficas:

1.1 Nome:

1.2 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

1.3 Estado civil/conjugal:

() Solteira () Casada/união estável/amasiada () Divorciada/separada () Viúva () Ignorado

1.4 Escolaridade:

() Analfabeta () 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)

() 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau) () 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau) () Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) () Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) ()

Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) (7) Educação superior incompleta () Educação superior completa ou mais () Ignorado ou Anos completos de estudos: _____ anos.

1.5 Ocupação: _____

1.6 Reside com quem?

1.7 Quantos cômodos tem em sua casa?

1.8 Quais desses sistemas a residência possui: () água encanada () rede de esgoto () energia elétrica () coleta de lixo

1.9 Qual a renda da sua família?

1.10 Recebe algum tipo de benefício do governo? Qual?

1.11 Você tem alguma religião? _____

2 Informações obstétricas:

2.1 Sua gravidez foi planejada? () sim () não

2.2 Sua gravidez foi desejada? () sim () não

2.3 Com qual idade foi sua primeira gestação?

2.4 Como foi o seu acompanhamento pré-natal?

3 Orientações para construção do Genograma

3.1 Simbologia própria;

3.2 Três gerações

3.3 Parentesco;

3.4 Sexo;

3.5 Nome (iniciais);

3.6 Idade ou ano de Nascimento;

- 3.7 Mortes (com idade ou data e causa);
- 3.8 Estado civil;
- 3.9 Quem mora na mesma residência;
- 3.10 Doenças ou problemas significativos;
- 3.11 Indicação dos membros que vivem juntos na mesma casa;
- 3.12 Relações familiares e vitais mais significativas;**
- 3.13 Fase do ciclo vital;
- 3.14 Sistema familiar de origem;
- 3.15 Estressores;
- 3.16 Interpretações do problema.
- 3.17 Nas outras gestações houve sífilis gestacional? (múltiplas)**
- 3.18 Quantos e quais filhos nasceram com Sífilis congênita?**
- 3.19 Você tem relacionamento mais próximo com ou com**
- 3.20 Como é o convívio com os membros da sua família?**
- 3.21 Como é a convivência com o companheiro?**

4 Orientações para construção do Ecomapa

- 4.1 Serviços da comunidade (Creche, escolas, Unidade de Saúde, etc.);
- 4.2 Grupos sociais (Igrejas, Associação de Moradores do Bairro, escolas, CSF, etc.);
- 4.3 Relações significativas (amigos, vizinhos, família, etc);
- 4.4 Trabalho;
- 4.5 Outras (Lazer, etc.);

5 Questões norteadoras:

- 5.1 Quando você descobriu que estava com Sífilis?
- 5.2 Como foi para você receber esse diagnóstico? O que você sentiu?
- 5.3 Você compartilhou o diagnóstico com alguém?
- 5.4 O que fez para lidar com a situação?
- 5.5 Como sua família reagiu ao saber da doença?
- 5.6 Quem lhe ajudou? Essa pessoa lhe ajudou como?
- 5.7 Recebeu algum tipo de apoio/ajuda das pessoas próximas a você?
- 5.8 Como foi saber que seu filho estava com sífilis congênita?

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

Identificação da mulher	
Paridade	
Número de consultas pré-natal	
Realização do tratamento para sífilis	
História da Gestação	

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezada Sra.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**MULHERES COM FILHOS DIAGNOSTICADOS COM SÍFILIS CONGÊNITA: vulnerabilidades no contexto familiar**” que tem como objetivo compreender os elementos da vulnerabilidade em saúde de mulheres que transmitiram sífilis congênita aos seus filhos no contexto familiar.

Esta pesquisa está sendo realizada pela mestranda Anna Larissa Moraes Mesquita. Assim gostaria de contar com sua participação autorizando-me a entrevistá-la.

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. As informações/opiniões emitidas por você causarão riscos mínimos a sua pessoa e ao seu parceiro e serão tratadas anonimamente. A sua participação é voluntária e a Sra. poderá se recusar a responder à pergunta caso não sinta à vontade. Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, se por algum motivo, durante o andamento da mesma, resolver desistir, tem toda a liberdade de retirar o seu consentimento. Ressaltamos que sua participação é de fundamental importância uma vez que as informações fornecidas contribuirão para a assistência prestada no pré-natal de gestantes acometidas pela Sífilis, e para prevenção da transmissão vertical da mesma. Neste sentido, peço sua colaboração na participação da pesquisa. Para essa participação precisarei que responda um questionário, relacionado à investigação de casos de Sífilis Congênita. Quanto à divulgação dos resultados, pode ficar segura de que sob hipótese alguma será revelada qualquer identidade. Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos você tem o direito e a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa; o anonimato das informações; a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa; a segurança de que não haverá divulgação de informações identificadas e que não será prejudicada em qualquer instância dentro de qualquer instituição, por responder com sinceridade às perguntas feitas pelo pesquisador.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento nos endereços:

Sobral, _____ de _____ de 2019.

Anna Larissa Moraes Mesquita - Pesquisadora

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, declaro ter conhecimento das prerrogativas técnicas e éticas trazidas pela pesquisa intitulada **“MULHERES COM FILHOS DIAGNOSTICADOS COM SÍFILIS CONGÊNITA: vulnerabilidades no contexto familiar”** realizada pela pesquisadora **Anna Larissa Moraes Mesquita**, e concordo em participar do estudo e estou ciente que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE F - ANÁLISE DOS DISCURSOS DE ACORDO COM YIN (2015)

Quadro 1 - Categoria Letramento funcional da mulher relacionado a sífilis

ENT.	FALAS	PALAVRAS-CHAVE	CAT. INTERMEDIÁRIA	SUBCATEGORIA
8	Também saber que tinha tratamento, que tinha cura, não era uma coisa que eu e minha filha íamos ficar velha doente.	Conhecimento sobre a patologia	Conhecimento sobre a doença	Conhecimento sobre a doença, forma de contágio e tratamento
7	Eu sentia raiva, porque de tanto que eu tava ali na ASTRA, e sabia, e eu acabar pegando, eu me zanguei.	Conhecimento sobre a patologia		
9	Aí ela (enfermeira) disse que queria falar com gente né com nós dois, aí a gente foi né, aí ela explicou a doença pra mim e pra ele. Ai disse que eu e ele tinha que fazer o tratamento né, tomar as vacinas bem direitinho. Aí eu disse que queria né, ela explicou bem direitinho a doença que ia passar para menina que ia ficar doente que eu ia ter problema com a criança essas coisas. Ai eu disse que queria, ai depois eu botei na cabeça né que era uma doença séria, ai eu fiz o tratamento.	Esclarecimento sobre a doença por parte da enfermeira Desejo de realizar o tratamento		
4	[Como você acha que contraiu a doença?] Do meu marido. Porque eu saía só com ele. Aí, como eu falei, eu viajei pra Brasília, cheguei e soube ele engravidou uma mulher, que ele saía muito com mulher. Eu fiquei com dúvida, será que quando a gente namorava ele também saía com essa mulher? Ele aqui né em Sobral e eu em Crateús, ninguém sabe... ai eu desconfiava mesmo que foi dele né..	Conhecimento sobre as formas de transmissão da doença		
1	A enfermeira me falou. Ela é transmitida pelo sexo e que a doença não aparece assim que dê pra gente saber que ta com ela, vêm depois, ai disse q aparece umas manchinhas vermelha e no hospital disseram que se a criança nascer com sífilis e a pessoa não tratar podia perder um braço, uma perna. É? Foi bem pra me fazerem medo.	Conhecimento sobre a doença		
1	Se a gente usa, eu e ele? As vezes a gente usa e as vezes a gente não usa. Estou tomando injeção. De vez enquanto. Por que eu fico botando medo nele. De engravidar de pegar alguma doença. Por que assim ele sai ai não é de confiar nele direto não. [Você tomando injeção, ainda usa camisinha?]	Conhecimento sobre a forma de transmissão da doença		
2	Porque que eu acho? Eu acho que foi pelo meu companheiro. Porque ele era bem danado. Provavelmente eu deva ter pegado dele.	Conhecimento sobre a forma de transmissão da doença		
2	Até então ele doava até sangue, né. Eu me lembro aí teve uma época que não aceitaram o sangue dele e que era pra ele comparecer ao Hemoce. Aí ele disse	Suspeita da data que o companheiro adquiriu a sífilis		

	que não ia. Achava que era outra coisa e não foi. Aí logo em seguida eu fiquei grávida e descobri. Aí a gente caiu em si que era sobre isso			
6	Ela [enfermeira] explicou que ia passar pro neném, aí tomei as injeções	Conhecimento sobre a doença		
8	Depois que eu sai do hospital, eu, mesma pesquisei na internet	Conhecimento sobre a doença por meio da internet		
9	Pois é eles falaram que a gente tinha que usar muito a camisinha né, quer era bom tanto pra mim quanto pra ele né, e que se ele fosse ficar com alguém também. Ai eu até perguntei pra ela se podia pegar no assento, na roupa ou na moto né, porque eu andava muito com ele de moto né e ainda ando na verdade, ela disse que não que assim não tinha problema só na relação né que pega mais, tá entendendo, então a gente tinha que ficar usando mesmo a camisinha.	Conhecimento sobre a doença		
3	Só falava mesmo que estava com infecção urinária e a neném tinha pegado também. Que o tratamento não foi completo que fizeram.	Desconhecimento sobre a sífilis, Confusão do diagnóstico de sífilis com o diagnóstico de infecção urinária	Desconhecimento sobre a sífilis mesmo após o diagnóstico	
3	Foi ruim né por que eu fiz todo o tratamento. Aí eu tava fazendo já pra ela não nascer com nenhum problema eles lá que erraram dizendo que eu já tava boa. Aí eu parei de tomar a cefalexina. Mas foi só a cefalexina que passaram.	Desconhecimento sobre o tratamento da sífilis		
4	Nunca tinha ouvido falar não. Ele [médico] chegou a perguntar se eu sabia dessa doença. Eu disse que não. Fiquei sabendo só depois que neném nasceu.	Desconhecimento da sífilis até ter o diagnóstico		
1	Não. [Sabe como pegou a sífilis?]	Desconhecimento sobre o contágio		
1	Não tenho a menor ideia. Porque assim, eu já tive uma gravidez, aí só me relatei com meu esposo agora, aí eu não sei se foi eu ou se foi ele. [por que acha que adquiriu a sífilis?]	Desconhecimento sobre o contágio		
5	Não.	Desconhecimento sobre a forma de contágio da doença		
6	Não.	Desconhecimento sobre a forma de contágio da doença		
8	Não. Ninguém na Santa Casa, chegou e falou, quais os sintomas dela, se poderia e o que não poderia causar, ninguém falou nada não. Só me disseram que eu tive alteração e pronto e mandaram as injeções e pronto e que ela tinha que fazer os tratamentos.	Desconhecimento sobre a doença no hospital		
5	Não [você perguntava alguma coisa?]. Também não.	Desinteresse em conhecer a doença		
9	Ai eu não sabia né, fiquei meio assim né...achei que uma doença simples né, fiquei passada. Aí eu perguntei pra ele [companheiro], ele ficou calado não falou nada né.	Desconhecimento sobre a doença		
6	Ele [companheiro] sabe nem o que é	Desconhecimento do parceiro sobre a doença		

9	Eu entendi mais ou menos assim né, porque dizem que é uma doença né. Só que o médico lá na Santa Casa explicou direitinho né, mas só que aí né como eu não sei entender muito dessas coisas né aí eu nem fiquei pensando muito não.	Não compreende bem as informações repassadas pela equipe de saúde sobre a doença	Capacidade Cognitiva prejudicada	Capacidade cognitiva prejudicada para compreender as informações
---	---	--	----------------------------------	--

Quadro 2 - Categoria Situação Psico-emocional de mulheres diante da sífilis.

ENT.	FALA	PALAVRAS-CHAVE	CAT. INTERMEDIÁRIA	SUBCATEGORIA
8	Graças a Deus, era uma doença que tinha tratamento, eu fiquei mais tranquila, assim né.	Sentimento de tranquilidade ao saber o diagnóstico de SG e da sua cura	Sentimentos diante do diagnóstico de Sífilis Gestacional	Sentimentos que perpassam o diagnóstico de sífilis gestacional e sífilis congênita
6	Fiquei tranquila.	Sentimento de tranquilidade ao saber do diagnóstico de SG		
8	Minha família, sogros, meus vizinhos também, eu não escondi nada de ninguém não, nunca tive essa besteira não	Aceitação do diagnóstico de SG		
2	Chato, muito chato. Porque eu queria muito doar sangue, agora eu não posso mais. Foi bem chato!	Sentimento de chateação ao saber do diagnóstico de SG		
1	Sei lá, não achei bom não. Eu só perguntei a enfermeira se tira cura, porque eu queria me tratar	Sentimento de preocupação quanto a cura da SG		
8	Foi péssimo. Não sei nem te dizer como foi que eu me senti. Eu pensei em fazer muita coisa [choro].	Sentimento confuso ao saber o diagnóstico de SC	Chuva de sentimentos diante do diagnóstico e processo de internamento do filho com SC	
7	Eu fiquei louca, quebrei meu resguardo, fui bater boca com a enfermeira, e ela: seu filho vai ficar, e eu, vai ficar porque mulher, o que foi? Quando ela veio dizer eu lembrei que o enfermeiro não tinha pedido meu VDRL, ai eu imaginei, porque eu sabia que o outro [companheiro] nunca tinha se tratado, ele [enfermeiro] não pediu [VDRL], se eu soubesse que eu podia pedir eu tinha feito	Sentimento de loucura ao saber do diagnóstico de SC		
4	Eu fiquei aperreada. Senti um bocado de coisa, por que eles falaram que tem que cuidar dela, porque sífilis não se brinca, é doença. Aí foi um choque.	Chuva de sentimentos em relação ao diagnóstico de SC		
2	E saber que eu transmitir uma DST pra ele. Aí a pessoa fica assim bem magoada comigo mesma	Sentimento de culpa em relação ao diagnóstico de SC		
6	Fiquei com muita pena dele né, porque teve que tomar injeção, foi a noite todinha assim.	Sentimento de consternação pelo tratamento do filho com SC (internamento)		
2	Nossa, eu me senti muito ruim...	Sentimento de culpa pelo diagnóstico		

	Foi dez dias de antibióticos, né. E fizeram vários exames nele, do sangue da coluna dele, raio x. Aí era muito doloroso vê ele passando por tudo aquilo. Eu me sentia muito culpada.	de SC e pelo tratamento doloroso		
4	Eu fiquei em choque. [sentimento ao receber o diagnóstico da filha]. Mas a minha preocupação mesmo foi por causa da neném. Da neném ter icterícia, dela ter que ficar no hospital, cheia de aparelho em cima dela. Eu chorava toda noite pensando que ela ia morrer, porque sífilis não é coisa que se brinca não, é uma doença, se não cuidar a pessoa morre.	Sentimento de preocupação com a filha em relação ao internamento ou a ter alguma complicação		
3	Fiquei. [triste]Passei os 15 dias chorando. Todo dia eu chorava pra vim se embora. Por causa que ela tava tomando, aí eu ficava com pena, por causa que ela era todo dia, e eu não era só umas duas vezes por dia. Aí eu ficava com pena dela	Sentimento de tristeza e Consternação em relação a internação e tratamento da filha		
7	Normal, eu tratei e tudo, dele aqui eu acho que eu quebrei o resguardo porque eu fique louca, é muito triste ver ele tomando aquele medicamento	Sentimento de tristeza diante do internamento do filho		
2	Somente do bebê, né. De ter muito medo dele nascer com algum problema. E de certa forma, eu sou assim, culpada né, se um dia ele querer doar sangue e de fazer qualquer outra coisa e não poder. E saber que eu transmitir uma DST pra ele. Aí a pessoa fica assim bem magoada comigo mesma.	Sentimento de culpa pelo diagnóstico de SC		
8	Mas graças a Deus que , Deus foi maravilhoso, uma coisa simples, teve tratamento, a gente ficou bom. Graças a Deus minha filha tá aqui linda e perfeita.	Sentimento de gratidão a Deus pelo tratamento da filha ter ocorrido bem		
8	Mulher depois que eu tive a neném eu fiquei tão assim, não sei se por tudo que passei. Mas assim ficou aquilo, aquela lembrança né?	Sentimento de lembrança do diagnóstico da filha		
2	Depois que ele nasceu, eu nem... já agora, depois que a moça [agente comunitária de saúde] veio me procurar, aí é que eu fiquei, assim, mais com medo de ter ficado tudo de novo... Mas, até lá.. normal...	Sentimento de Medo de ter voltado o diagnóstico do filho		
2	É porque eu fiquei com medo de... por que eu olhava tudo na internet... que poderia passar pro neném. Aí eu ficava com muito medo dele nascer com algum probleminha. Por mim nem tanto, era mais por ele na gravidez.	Sentimento de medo diante do diagnóstico de SC		
7	Mulher eu fiquei assim, eu fiquei..., tinha medo. Eu ficava com raiva Eu sentia raiva, porque de tanto que eu tava ali na ASTRA, e sabia, e eu acabar pegando, eu me zanguei.	Sentimento de medo e raiva ao saber do diagnóstico, porque recebia informações sobre a prevenção na Associação de profissionais do Sexo		
8	Fiquei com mais medo dela, que o médico disse que ela tinha que ficar os 10 dias lá, aí fiquei com medo , porque não entendia nada, e ela teve que fazer todos os exames, todo dia ela fazia exame, fez um das costas que tira a só água da coluna né. E toda vez que ela ia tomar o medicamento que era na veia, as vezes saía e tinha que furar de novo, aí tive que levar ela pro exame de raio x,	Sentimento de medo pelo diagnóstico de SC		

	que eles fizeram exame de tudo né pra saber se não tinha atingindo algum órgão dela né, mas graças a Deus que minha filha nasceu perfeita.			
8	Meu medo era de dar alguma coisa, que falam que pode ficar cega né , a criança, eu tava com mais medo era disso.	Sentimento de medo quanto ao diagnóstico de SC		
5	Assim, meio culpada, né por essas coisas de passar isso pra ele.	Sentimento de culpa em relação a transmitir a doença para o filho		
1	Sei lá já tava era ficando com raiva. [sentimento do segundo filho com SC] Sei lá, eu já tava em tempo de pedir medicamento um em cima do outro já. Pra ver Ose tratava logo. Eu achava estranho que esse medicamento que tavam me dando não tava adiantando, tava era aumentando.	Sentimento de raiva após o diagnóstico do segundo filho com SC		
3	Eu senti raiva também do posto, que também eles disseram que eu tava bem, aí eu parei de tomar os remédios.	Sentimento de raiva dos profissionais da unidade de saúde Culpabilização dos profissionais da unidade de saúde		
1	Sei lá, fiquei triste. Por que assim eu passei a minha gravidez todinha tendo tratamento direto e a criança ainda nascer assim	Sentimento de tristeza ao saber do diagnóstico do filho de SC		
9	Eu fiquei triste né, porque eu queira vim me bora, aí eu comecei a chorar me deu uma coisa ruim, mas eu fiquei... depois passou. Aí o médico disse que era melhor fazer aquele tratamento com ela, porque ela tinha que tomar os remédios direitinho na hora certa, porque se eu viesse me embora com ela podia dar alguma doença pior e eu querer voltar e num ter mais vaga, como eu já tava lá, já tava garantido e lá ela tomava o medicamento direitinho e ela ia sair boa, ele falou desse jeito. Eu tinha que ter paciência, ele falou	Sentimento de tristeza pelo diagnóstico da filha de SC		
7	Ai eu perdia os meninos e ficava sofrendo com os peitos cheios de leite, e não podia doar porque eu tinha tido sífilis né	Sentimento de sofrimento envolvendo o processo da perda dos filhos com SC		
9	Eu fiquei com vergonha né, alguém perguntava qual era o problema ai eu só dizia que foi um probleminha no sangue, que tinha sido um infecção essas coisas, porque eu fiquei com vergonha de dizer né que eu tava com essa doença né. Não eu não contei não, nem para minha filha mais velha eu contei, mas depois ela soube aí me perguntou: “tu pegou peguei aquela doença de ruim né?”. Ai a gente tomou os remédios direitinho aí repetiu os exames, eu repeti, ele repetiu aí a gente tomou os remédios bem direitinho	Sentimento de vergonha pelo diagnóstico da filha de SC		
4	Eu fiquei mais insegura. Fiquei com medo. Porque como ele trabalha em caminhão né, aí a gente fica com medo. De eu sair com ele, aí acontecer de novo. A questão né nem de menino, é a doença né.	Sentimento de insegurança e medo em relação ao companheiro após diagnóstico Receio de contrair novamente	Percepção da Vulnerabilidade à infecções sexualmente transmissíveis	Percepção da mulher quanto a estar vulnerabilidade à Infecções Sexualmente

7	Preservativo eu só uso com os clientes, com ele [companheiro] eu não uso. Eu era pra usar era com ele né? Que ele é sem vergonha.	Percepção da vulnerabilidade Uso irregular do preservativo		Transmissíveis
2	Se eu tivesse sabido do histórico dele antes, acho que eu não tinha me envolvido com ele. Depois uma pessoa vem e fala uma coisinha. Ah, eu vi esse teu marido em tal lugar, tipo num cabaré. Aí se eu tivesse conhecido isso dele, eu nunca teria me envolvido com ele	Promiscuidade do companheiro		
1	As vezes a gente usa e as vezes a gente não usa [preservativo]. Estou tomando injeção. De vez enquanto. Por que eu fico botando medo nele. De engravidar de pegar alguma doença. Por que assim ele sai ai não é de confiar nele direto não	Percepção da vulnerabilidade		

Quadro 3 – Categoria Relações interpessoais das mulheres

ENT.	FALA	PALAVRAS-CHAVE	CAT. INTERMEDIÁRIA	SUBCATEGORIA
1	É porque eu vivo mais com ele [Você tem uma relação melhor com o marido? De contar as coisas, de conversar?]	É mais próxima do companheiro só porque convive mais com ele	Boa relação com o companheiro	Relações afetivo-sexuais das mulheres com seus companheiros
5	Visitam.. eles [pais dos filhos] vem buscar.	Boa relação com os ex companheiros		
8	Eu falo pra ele tudo que acontece comigo, eu falo pra ele, e ele também fala pra mim. Ninguém esconde nada de ninguém não.	Boa relação e comunicação com o companheiro		
6	A gente conversa, fica brincando aqui na calçada. (fala em tom de orgulho)	Relação com companheiro atual		
1	Ele já me traiu. Depois que tive o David [primeiro filho]. Ai assim depois que eu tava grávida dele, eu fazia o exame ai dava um tanto, ai fazia tratamento, ai quando eu ia fazer de novo parece que tava mais alto ainda, ai eu ficava meio desconfiada, só que a enfermeira dizia que o dele não dava alterado, so dava o meu. E eu achava estranho pro que de casa eu não saio. Ela até chegou pra mim e me perguntou se eu tava traindo meu esposo. Eu disse pra ela que não.	Infidelidade do companheiro	Relações conflituosas com o companheiro e instabilidade nos relacionamentos	
1	Se ele tinha me traído alguma coisa assim? Sei lá, ele é sem vergonha. [você chegou a conversar com ele sobre isso?] Eu falei sobre isso com ele. Mas ele disse que o meu deu normal. [quanto aos exames]	Dificuldade de diálogo sobre infidelidade		
3	Eu não tava mais querendo fazer nada, que doía, que dói [depois do diagnóstico de sífilis durante o parto]. Na minha vagina mesmo. Aí ele dizia que era porque eu tava com outro caboco, mas não era. É por que eu não tinha mais vontade assim Esfriou. Ainda tá frio ainda. É difícil	Conflito nas relações sexuais		
5	As enfermeiras chamaram ele [companheiro] no posto, e por isso que nós terminamos. Por causa disso.	Término do relacionamento por conta do diagnóstico de sífilis		

6	Eu brigava muito.	Relação conflituosa com o primeiro companheiro		
7	Era casado, ai ele me trocou por outra, ai casou com a outra. Passei 12 anos. Não, [sobre morar juntos] eu era amante dele.	Instabilidade nas relações afetivo-sexuais		
7	Muita briga. Nós só nos entendemos quando a gente tá deitado dormindo. [Motivo] Porque eu como toda mulher sem vergonha eu morro de ciúme dele e ele de mim, quer dizer que ele me trai por um lado e eu traio ele pelo outro.	Relação conflituosa com o companheiro atual		
5	A minha vó foi conversar com ele na casa dele. Do neném do meio, a minha vó foi lá conversar com ele, aí a gente voltou de novo, quando a minha vó foi conversar com ele. Aí eu tive o outro [namorado], aí não deu mais certo não.	Infidelidade da mulher		
2	Ele não é um homem de conversa, quando a gente vai conversar, ele sempre vai pro lado da confusão..	Dificuldade de estabelecer diálogo com parceiro		
9	Aí eu perguntei pra ele, ele ficou calado não falou nada né	Ausência de diálogo com o companheiro		
2	Foi por que, ele é um homem muito machista. Aí ele quer uma mulher dentro de casa, pra lavar, cozinhar, nada de ter amizade, nada de contato com família. Que pra ele a família dele é ele e os meninos. Aí a gente precisa ter uma conversa fora do relacionamento. Aí já se passou quase cinco anos que a gente vive junto, nessa mesmice. Aí eu já estava cansada de cuidar dele, do filho dele. Que tem um filho dele que mora com a gente, de 20 anos. Aí a gente cansa um pouco, não sei. Aí eu tomei a decisão de sair de casa.	Fim do relacionamento conjugal por relações de poder		
8	É assim, porque ele tem as bebedeirinhas, aí eu não gosto, mas fora a bebida, é boa. Ele chega e fica na dele, mas eu que não gosto, eu odeio bebida, as vezes é eu que procuro arrumar confusão, que eu não quero que ele beba, mas eu não posso mandar na boca dele, não posso tampar.	Relação conflituosa com o companheiro por causa do alcoolismo		
3	Nós briga, às vezes, de se bater no outro não, só de boca. Só, às vezes. Quando as coisas aqui tá muito aperreada, ele fica doido de uma cabeça eu fico doida de outra. É só bate boca, às vezes. Chegar a bater, não.	Conflitos com companheiro		
6	Não [chegaram a brigar?]. Ele que disse que não queria tomar mesmo.	Posicionamento passivo da mulher ao parceiro não realizar o tratamento		
8	Acho que não teve nem conversa não. Teve não, eu só pensava mais era em cuidar da minha filha sabe, eu não pensava nem tanto em mim, eu pensava era nela.	Falta de diálogo com o companheiro em relação a doença		
2	Nada, tipo ele se sente pouco culpado, né. [o que ele dizia?]. Num dia que tava na Santa casa, estava cheia, que eu passei uns quinze dias lá né, trancada direto,	Sentimento de culpabilização do parceiro pelo diagnóstico de SC	Desconfiança e confiança	

	aí eu falei que o culpado de tudo que tava acontecendo é ele né. Aí ele não fala nada, só sai, só evita, né.			
8	Eu fiquei mais tranquila, assim né, fiquei, porque, pela confiança né que eu tinha nele também né	Sentimento de tranquilidade e confiança no parceiro		
2	De dúvidas, de desconfiança... [quanto a relação com o companheiro]	Sentimentos de desconfiança quanto a relação com o companheiro		
8	Mulher, segundo ele, ele me disse que deu negativo [teste rápido para sífilis].	Sentimento de desconfiança do diagnóstico do companheiro		
2	A gente começa uma conversa e de repente a gente acaba se ignorando o outro. Agredindo o outro verbalmente	Dificuldade de diálogo com o companheiro e violência verbal	Relatos de violência	
2	É... tipo passar na cara. Ele não é homem de... agora que domingo ele falou uns palavrão grosseiro. Mas ele nunca tinha sido homem de me chamar de "rapariga, cutruvia" Esses nomes aí. Agora domingo é que ele me chamou e foi por isso que eu achei muito estranho	Violência psicológica e violência verbal		
6	Ele [ex companheiro] queria me jogar do apartamento dele, eu e a Fernanda quando ela era bem novinha. Aí eu deixei ele. Ele me chamou pra um canto e queria era me matar. Ele dizia que a menina não era dele. Aí eu fiz o DNA	Violência física pelo ex companheiro		
7	Eu já tive 02 abortos aí que eu quase me lasco, acho que foi ele [ex companheiro]. Porque esse de 07 meses que eu tava, as meninas acharam vestígio de Citotec dentro de mim. Eu lembro que nesse mesmo dia eu tinha ficado com ele pra passar a virada, e ele tinha comprado o Citotec e eu fiquei com medo de tomar, e quando eu fui pegar pra ele tinha um aberto, ai me perguntaram: Ana Claudia tu tomou? E eu disse: Tomei não. Pois a menina que pegou teu neném disse que tinha. E fica? A enfermeira na época disse pra minha tia No outro, a nossa separação foi por isso ai, a minha barriga já tava saindo, eu acho que eu tava com 04 meses, eu fui ter relação com ele, ai ele passou um produto, quando foi de noite começou uns estouros, quase que eu morria, minha pressão baixou demais. Quase que eu ia [morrer], eu fiquei muito ruim, eu sei que quando eu abri os olhos tinha uma galera em cima de mim, eram 04 médicos, uma doutora... Eu fiquei ruim, eu apaguei, eu cheguei lá andando e tudo, os médicos até ligaram pro Dr.Pontes, porque eu fui pro Dr. Estevam né; ai ele fez o exame de toque em mim e me mandou pra Santa Casa e não me falou nada. Ai lá perguntaram e minha tia falou, ele não repassou, não comunicou o que tava se passando, o que ele tinha achado aqui dentro, ele só fez o exame de toque em mim, eu cheguei lá andando, a minha tia foi fazer a ficha lá no	Violência física pelo ex companheiro		

	balcão,(não foi possível compreender) ai eu olhei pra ela e disse, eu vou desmaiar Valha Ana Claudia tu já é acostumada a ter aborto (fala da tia); mas eu vou desmaiar (fala da Ana Claudia), ai eu caí e pronto. Quando eu acordei eu tava toda furada, cheia de soro...			
1	Não. Eu escondia dela.[sobre uma gravidez aos 14 anos] Foi assim, no meio da minha gravidez eu tinha contado pra um amigo meu que é vizinho dela, ai ele foi e perguntou Dona Regina sua filha ta grávida. Ai a mãe não sei não, ai eu menino to não. Ai ela olhou pra minha barriga não tinha ai nem ligou.	Fragilidade na relação de confiança com a mãe		Vínculos fragilizados com familiares
1	Só tem um [irmão] que é intrigado. Faz tempo. Eu tinha 10 anos de idade. Assim nos é intrigado, mas de vez enquanto ele chega atrás do meu esposo, ai eu falo. Quando é pra pedir alguma coisa ele pede.	Fragilidade na relação com um irmão	Vinculos fragilizados com familiares	
2	Esse daí [o companheiro] que tem uma relação só com a minha mãe adotiva. Porque o resto não gosta dele. Porque o restante aí, tirando a minha mãe adotiva, o restante aí acha que ele, está comigo, estava comigo por interesse. Por que a gente divide luz, água, aluguel, internet, tudo a gente rachava no meio.	Vínculos frágeis da família com o companheiro		
2	Não, eu tenho. Eu vou lá. Só que com minha mãe eu respeito, né! Tenho respeito. Ela falar, eu calar, do que ele falar e eu calar. Né. É diferente. Mas eu tenho comunicação.	Vínculo frágil e distanciamento da mãe adotiva		
9	Nem para minha filha mais velha eu contei [sobre o diagnóstico de SG], mas depois ela soube aí me perguntou	Fragilidade na relação mãe e filha		

Quadro 4 – Categoria Comportamento das mulheres e dos seus companheiros

ENT.	FALA	PALAVRAS-CHAVE	CAT. INTERMEDIÁRIA	SUBCATEGORIA
6	Aceitava. [o uso da camisinha durante a gestação]. Eu mando nele. [sentimento de orgulho e confiança].	Uso do preservativo apenas durante a gestação	Utilização do preservativo apenas durante o período gestacional a fim de evitar a sífilis congênita	O uso do preservativo entre as mulheres e seus companheiros
9	Aí eu tava usando a camisinha, mas foi só essa vez que rasgou né ai eu peguei menino. Mas ai depois que passou o resguardo né usei mais pouco a camisinha né	Uso do preservativo apenas durante a gestação		
4	Aceita. Usei. [quando achou que contraiu a doença por ele]. Eu usei mais não.	Não uso do preservativo mesmo depois do diagnóstico	Uso do preservativo de forma irregular durante a gestação	
2	Ainda na gestação até o tempo de ter o neném, a gente fazia com preservativo e sem, com e sem. Aí a minha sempre abaixava um pouquinho e subia.	Uso irregular do preservativo durante a gestação		
2	Ele sabia que tinha que usar, por conta que o neném, pra não pegar nenhuma doença, né. Aí ele usava de boa mesmo. Mas às vezes não tinha dentro de casa. A gente não se importava em comprar e nem em pegar no posto, aí fazia sem.	Uso irregular do preservativo por não ter em casa nem se preocupar em providenciar		
3	Usava, as vezes também [uso do preservativo durante a gestação]	Uso irregular do preservativo com parceiro anterior durante a gestação	Ausência do uso do preservativo em todas as relações sexuais	
4	Nunca usei não [sobre o uso da camisinha] A gente tinha muita liberdade...	Não uso do preservativo		
5	Não, nunca. [uso da camisinha]	Não uso do preservativo		
2	Aí a gente passava um bom tempo usando preservativo, aí depois descansamos e pronto...	Não uso do preservativo		
7	Ele não aceita. Ele diz que eu fico com outro homem, mas ai entre nos dois fica aquela confusão chata.. [...]quando eu vejo ele já ta ali e acontece	Não uso do preservativo pelas circunstâncias do acontecimento do ato sexual Sobre o uso da camisinha com o parceiro	Submissão da mulher a relação sexual sem preservativo por influência do parceiro	
1	Quando não uso é por que ele não quer. É por que ele fica dizendo que estou tomando injeção, que não precisa.	Não uso do preservativo pela vontade do parceiro		
2	Aí ele [companheiro] dizia que não precisava. Que dava o negativo o dele e que não precisava. Que dava negativo o dele e que o meu dava positivo e titulação um pouco alta.	Não adesão do parceiro ao uso do preservativo		
8	Fez. [tratamento do parceiro]	Adesão do parceiro ao tratamento	Adesão do parceiro ao tratamento	Adesão do companheiro ao tratamento da sífilis

1	Fez. [tratamento do parceiro]	Adesão do parceiro ao tratamento		
5	Fez. [companheiro atual, tratamento]	Adesão do companheiro ao tratamento	Falta de adesão dos companheiros ao tratamento e incertezas quanto ao resultado de exames	
4	Eu fiz tratamento. Ele também.	Adesão do companheiro ao tratamento		
9	Ele ia de manhã as vezes e eu ia na parte da tarde, ele dizia que ia né.	Incerteza quanto ao tratamento do parceiro		
6	É porque ele [companheiro] disse que toda semana fazia exame. Ele faz no centro. Ele faz pagando. Todos os anos ele faz né. Aí ele disse que não ia tomar essa injeção não. Ele que disse que não queria tomar mesmo.	Falta de adesão do parceiro ao tratamento		
5	Não. Ele [o primeiro companheiro] não quis fazer. [tratamento]	Não adesão do companheiro ao tratamento		
2	Toda vez que aplicava [Penicilina Benzatina] ele [companheiro] já ia passando mal, a pressão dele abaixava. Aí ele ficava morrendo lá fora. Mandava eu ir primeiro, depois era ele. Aí ele fez. Mas, depois ele já não fez mais, porque, ele dizia que não aguentava.	Dificuldade no tratamento do companheiro por medo ao medicamento		
8	Mulher, segundo ele, ele me disse que deu negativo	Incompatibilidade nos exames diagnósticos de sífilis Sentimento de desconfiança do diagnóstico do companheiro		
2	Que dava negativo o dele e que o meu dava positivo e titulação um pouco alta.	Incompatibilidade dos exames para sífilis		
1	Ele sai pra trabalhar ai ele chega tarde. Ele já me traiu. Depois que tive o David. Ai assim depois que eu tava grávida dele, eu fazia o exame ai dava um tanto, fazia tratamento, ai quando eu ia fazer de novo parece que tava mais alto ainda, ai eu ficava meio desconfiada, só que a enfermeira dizia que o dele não dava alterado, so dava o meu. E eu achava estranho porque de casa eu não saio.	Infidelidade do companheiro Incompatibilidade dos exames dos exames diagnósticos para sífilis		

Quadro 5 – Categoria Redes e suportes sociais da mulher durante a gestação e puerpério

EN T.	FALA	Palavras-chave	CAT. INTERMEDIÁRIA	SUBCATEGORIA
1	Eu passei quase 20 dias na santa casa, eu cheguei já tava era boa. Assim ninguém quase não me ajuda não.	Falta apoio da família	Ausência de Apoio familiar durante a gestação e o puerpério	Apoio social de familiares à mulher diagnosticada com sífilis
1	Ela não sabe nem o que é [a doença], porque assim, não vê nada ai pensa que não é nada demais. Porque assim, mal a gente se fala, minhas coisas não conto muito pra ela não [recebeu apoio da mãe?]	Falta de apoio da mãe		
3	Eu fiquei só mesmo. Eu andava o hospital todinho com ela pra eu não ficar dentro do quarto.	Falta de apoio durante o internamento da filha		
6	Não [Alguém lhe apoiou?].	Falta de apoio social		
7	É porque a mãe não adianta não.	Falta de apoio da mãe		
1	Apoiou não. [sobre o pai apoiar a gravidez] Passei só uns diazinhos com ele, por que assim quando eu fui morar com ele, ele não sabia que eu tava grávida. Quando eu disse a ele que tava grávida, ele queria que eu botasse meu filho pra fora, ai peguei e separei né.	Falta de apoio do companheiro anterior		
2	Agora financeiramente é só eu mesmo. Porque se a gente pede dinheiro aqui depois tem que pagar ali. Então é só eu mesmo	Sem apoio financeiro		
9	Não. Só foi lá no posto.	Falta de apoio familiar	Apoio social de familiares à mulher diagnosticada com sífilis	
1	Só meu esposo mesmo. Pro meu esposo. [se precisar de alguma coisa recorre a quem?]	Apoio do companheiro		
3	Era ele que fazia as coisas, meu marido. Que ele tava parado, na época, aí ele fazia tudo.	Apoio do companheiro		
1	Nós fomos juntos fazer os exames. Toda vez nos íamos juntos. Acho que nesse tempo ele estava desempregado.	Apoio do companheiro no acompanhamento das consultas pré-natais		
2	Não, ele sempre ia me acompanhando no pré-natal, por que ele tava nas parcelas, tinha saído do emprego e tava nas parcelas [seguro desemprego]... aí sempre ele ia, nos pré-natais tudim ele foi comigo. Aí numa bela de uma tarde (risos), aí fizeram esse teste em mim, aí deu positivo.	Companheiro acompanhava as consultas pré-natais		
1	Quando eu fui ter ela, minha tia ficou comigo. Mas na hora do tratamento ninguém ficou não.	Apoio da tia apenas no momento do parto		
8	Minha irmã. Dia e noite [no hospital].	Apoio da irmã durante a internação		
2	Não, apoio mesmo foi só do pessoal da família. Aí na gravidez foi lá no posto,	Apoio da família e das irmãs		

	pronto. [...]as minhas irmãs. É, aí ficava me dando conselho, que ele iria ficar curado, que isso acontece...			
1	Assim se eu pedir, ela fica. Porque ela passa o dia trabalhando, mas se eu for lá a noite e pedir pra ela ficar, ela manda eu deixar lá que a filha dela fica. [sobre a mãe ficar com os filhos]	Apoio da Mãe		
8	Foi Deus no céu e ela na terra. Ela [irmã] é o pai que eu não tive.	Muito apoio da irmã		
8	Converso, assim, não sobre minha relação, converso mais o necessário, quando a gente, quando ela ta doente ou eu, quando a gente ta precisando de alguma coisa, mas, sobre a nossa relação, eu não comento não.	Apoio da mãe nas horas mais difíceis		
5	Só das minhas tias.	Apoio das tias		
5	Ela [avó] sempre me ajudava em tudo.	Apoio da avó		
2	Psicologicamente eu tenho [apoio] umas irmãs que são boas em dá conselhos,. Elas dão conselho brigando. São ótimas. Agora financeiramente é só eu mesmo. Porque se a gente pede dinheiro aqui depois tem que pagar ali. Então é só eu mesmo	Apoio emocional das irmãs		
5	Quando eu descobri a primeira vez, eu pensava que era outra coisa maior, né. Aí a minha vó já sabia por que a minha mãe teve também. Aí ela disse que eu ficasse calma que não era nada ... só era meio perigoso, por que ela disse que nascia umas feridas, aí podia morrer por causa dessas feridas, assim.	Apoio emocional da avó que inclusive sua filha também teve o mesmo diagnostico		
3	Quase todo dia ele [tio] dá a sopa pra ela, quando a gente não tem, ele dá leite. As vezes também me um tanto pra pagar o aluguel, ele empresta, até a gente conseguir pagar ele. [tio]	Apoio financeiro do tio		
4	Ajuda ela. [a tia]. Ah, quando eu tô aperreada ela me dá um trocado	Apoio financeiro da tia		
7	Da, tem o outro também, ele [parceiro] em casa também... Quando ele pode manda 150, manda 100..., porque ele também manda pensão pro outros lá, paga aluguel de casa.	Apoio financeiro dos ex companheiros	Apoio social de amigos à mulher e sua família	Apoio social de amigos à mulher e sua família
7	Só os meus fregueses que iam lá, deixava fralda, um deles queria até registrar, e eu disse não, ele é registrado só no meu nome Porque quando fica internado só sai registrado né, ele tava viajando e eu registrei sozinha. Ajudava lá, ajudava aqui, levava as fraldas, os lenços dele...	Apoio financeiro dos clientes (profissional do sexo)		
6	Ela [comadre] me dá alguma coisa que eu preciso, ela pergunta se eu quero alguma coisa... arroz, feijão.	Apoio da comadre com alimentos		
3	Não, [recebeu apoio?]eu recebi ajuda da minha patroa que eu trabalhava antes dela nascer. Ela me deu berço, me deu um bocado de coisinha. Que eu cuidava também de uma meninazinha recém nascida.	Apoio da antiga patroa com a doação berço e roupas para o bebê		
4	Só ajuda da minha amiga. Foi ela que me explicou como é que funciona, até hoje ela ainda explica eu...	Apoio da amiga explicando sobre a doença		

7	A vizinha [quem apoia você?], a Madalena.	Apoio da vizinha e também amiga		
2	Tinha [uma pessoa para ajudar no puerpério], que era a minha “cumade” e só mesmo. Porque a maioria das irmãs tudo tem filho, aí num ia deixar pra ir cuidar de mim...	Apoio da comadre durante o puerpério		
1	Quem me ajudou foi só a enfermeira mesmo. Ela cuidava do meu pré-natal.	Apoio do serviço de saúde (Enfermeira)	Apoio de profissionais da saúde durante o pré-natal	Apoio de profissionais da saúde durante o pré-natal
2	Eu... lá no posto de saúde, eles [profissionais] ficavam, tipo me dando conselho, tipo psicólogo, né... em casa.. somente.	Apoio de profissionais de saúde		
9	Só foi lá no posto, as enfermeiras mesmo a Kessiane (enfermeira) me ajudou o menino que apricava também me ajudou, apricava só lá no posto mesmo nunca tomei fora do posto.	Apoio de profissionais de saúde		

Quadro 6 - Categoria Situação programática dos serviços de saúde que atendem as mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita

ENT.	FALA	PALAVRAS-CHAVE	CAT. INTERMEDIÁRIA	SUBCATEGORIA
6	Ela [enfermeira] mandou eu tomar a injeção e o Rian [companheiro].	Tratamento durante o acompanhamento pré-natal	Diagnóstico, acompanhamento e aconselhamento do serviço de saúde durante o pré-natal	Fragilidades na atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita
8	Um pré-natal, era com o enfermeiro Daniel e outro com o médico DR. Rufino. Os dois, me dava super bem, não tenho do que falar dos dois.	Acompanhamento de enfermeiro e médico no pré-natal		
9	Foi no dia que eu fui lá no posto e fiz aquele exame do dedinho de sangue, aí foi nesse dia que ela falou que deu esse problema no sangue. Que foi no dia que eu fui mostrar o exame de gravidez pra dar entrada no pré-natal. Nem eu sabia, aí ela mandou chamar ele [companheiro] né pra conversar comigo e ele.	Descoberta da sífilis no pré-natal Interesse da UBS em incluir o companheiro no tratamento		
6	A mulher lá [enfermeira] fez o exame do dedo aí colocou lá e viu ne	Diagnóstico no pré-natal		
9	Aí ela (enfermeira) disse que queria falar com gente né com nós dois, aí a gente foi né, aí ela explicou a doença pra mim e pra ele. Ai disse que eu e ele tinha que fazer o tratamento né, tomar as vacinas bem direitinho. Aí eu disse que queria né, ela explicou bem direitinho a doença que ia passar para menina que ia ficar doente que eu ia ter problema com a criança essas coisas. Ai eu disse que queria, ai depois eu botei na cabeça né que era uma doença séria, aí eu fiz o tratamento.	Esclarecimento sobre a doença por parte da enfermeira		
9	Eu falei pra ele que ele tinha que ir e as enfermeiras também disse que era bom também pra ele, porque se ele fosse fazer com outras pessoas ele podia também tá botando em outras pessoas e as outras pessoas ia passando para as outras pessoas e ia ficar pior. Ai ele tinha que fazer o tratamento também.	Aconselhamento da equipe de saúde		

1	Eu fiz um “bocado”. Fiz tudo num dia só, foi feito 4 exames	Diagnóstico no pré-natal		
3	Aí a neném já nasceu com infecção. Porque não trataram direito.	Culpabilização do serviço de saúde pelo diagnóstico do filho de SC	Fragilidades na atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita	
2	Não [realizou exames de seguindo do bebê?]. Logo porque eu saí de lá [da unidade básica]. Aí porque nunca veio pra cá, raramente a gente vinha [na unidade]...	Fragilidade no acompanhamento da criança pela unidade de saúde		
3	A infecção urinária [durante a gestação]. Eu comecei a tomar remédio, aí depois elas falaram que tava bem, não tinha mais nada. Aí a neném já nasceu com infecção. Por que não trataram direito.	Diagnóstico no momento do parto		
4	O médico [na maternidade] chegou em mim e disse que eu tava com uma doença, ela [filha] também tava com icterícia, teve que ficar internada pra tomar antibiótico	Diagnóstico no momento do parto		
3	O anticoncepcional faz é tempo que eu não pego lá. Quando dá eu compro. Quando não dá eu fico empurrando até dá o jeito de comprar., quando não tem no posto.	Fragilidade no planejamento reprodutivo Falta de anticoncepcional na unidade de saúde e baixa condição socioeconômica		
4	Eu só fiz uma consulta dela, aí por causa de uma queda aí eu tive ela. Eu passei dor ainda. Passei o dia sentindo dor só que eu não procurei o posto, eu aguentei com a dor. Aí quando foi de noite, quando eu senti que ela tava querendo sair eu corri pro hospital. Aí lá foi ligeiro que eu tive ela.	Fragilidade no acompanhamento pré-natal, quanto a quantidade de consultas		
7	Quando ela [enfermeira do hospital] veio dizer [o diagnóstico] eu lembrei que o enfermeiro [da UBS] não tinha pedido meu VDRL, aí eu imaginei, porque eu sabia que o outro nunca tinha se tratado, ele não pediu, se eu soubesse que eu podia pedir eu tinha feito	Não realização do exame de VDRL no pré-natal		
5	Eles [médico e enfermeiro do PSF] nem falavam [sobre sífilis]. Eles só mesmo olhavam o coração do neném e passava os remédios e pronto. Pedia os exames.	Fragilidade da Educação em Saúde no pré-natal	Fragilidade na educação em saúde e orientações sobre a doença	Ausência de educação em saúde e orientações sobre a doença
8	O médico [na maternidade] veio me dizer que eu tinha tido, só que ele não chegou pra mim e disse que eu tinha o diagnóstico né, ele só me disse, que no meu exame de sangue, deu uma alteração, aí eu, que alteração, só que ele não me explicou bem, só fez sair e pronto. Aí quando veio a enfermeira com as “injeção” pra mim já tomar né, que era as benzetacil, aí eu peguei e perguntei a enfermeira, mulher ele não me explicou nada, só veio me dizer que deu uma alteração, mas também não disse o que era, aí ela disse, não, você tá com sífilis e eu com sífilis? Aí ela, é, mulher mais eu fiz meu pré-natal tudo direitinho, eu fiz todos os exames, fiz os exames todinhos, normal, fiz os testes de HIV, Sífilis, de tudo e não acusou nada e quando eu fui ter ela, eu até fiquei pensando será que eles não tão, trocaram o exame, alguma coisa, porque durante os 9 meses de gestação nunca ter “descobrido”, num é. Aí tudo bem tomei todas as medicações, foram em seis doses, a gente passou 10 dias	Diagnóstico no momento do parto Falta de orientação sobre a doença no hospital Informações inadequadas sobre a doença no hospital		

	internadas lá, que ela teve que fazer o tratamento e eu, aí eu tomei as 3 doses e ela passou os 10 dias tomando antibiótico, pronto aí ficou o acompanhamento né, de 1 ano até 2 anos, ela fazer exame de sangue, exame de VDRL né, um mês sim, um mês não, aí eu fiz o tratamento dela todinho e deu todos negado até hoje. Deram todos negados, eu fiz bem direitinho, acompanhei, fazia até particular, minha família ajudou a gente fazer e todo mês sim, mês não a gente tava lá fazendo o exame dela. Eu fiz também os exames, quando ela fez dois anos, que teve alta né, a médica pediu também.			
8	Não, participei de nada.	Fragilidade nas Educação em saúde ou grupos de gestante		

ANEXO A- PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0026/2018

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação do Mestrado em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará - UFC, intitulado VULNERABILIDADE EM GESTANTES: SITUAÇÕES VIVENCIADAS POR MÃES DE FILHOS COM SÍFILIS CONGÊNITA, desenvolvido por Mayara Nascimento de Vasconcelos e sob orientação da profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral AUTORIZA a coleta de informações nos Centros de Saúde da Família do município de Sobral-CE que tenham registro de casos de Sífilis Congênita (SC) em seus territórios. As participantes do estudo serão as mães de crianças diagnosticadas com SC em 2017 identificadas nas Fichas de Notificação/Investigação no ano de 2017 e que aceitarem participar da pesquisa mediante sondagem prévia do profissional do Centro de Saúde da Família.

No que tange a participação de mães de crianças diagnosticadas com sífilis congênita, caberá a gerência de cada CSF ou profissional do serviço por ela designada, cuidar dos aspectos éticos da pesquisa, estabelecendo mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida das mães, conforme preconiza a Portaria nº 1.820, do Ministério da Saúde, reforçada pela Carta dos direitos dos usuários da saúde. Portanto, a identificação e abordagem inicial a cada uma das mães de crianças diagnosticadas com sífilis congênita deverá ser consentida previamente.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência junto a todas as participantes da pesquisa, devendo estas serem convidadas a participar e/ou autorizar a participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos

Código de Validação: PP29691527725779F

Emitido em: Sobral, 30 de Maio de 2018, às 21:16, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasobral.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

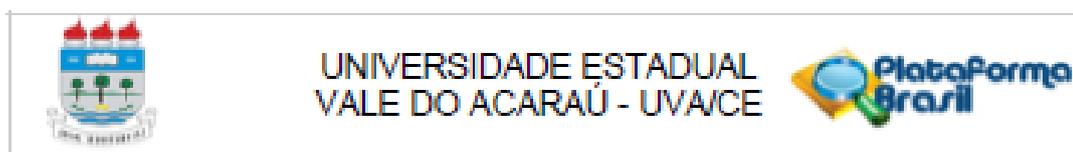
Lembramos ainda que é de responsabilidade dos pesquisadores encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-5520 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 28 de Maio de 2018

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE DE MULHERES A IST: ANÁLISE DAS SITUAÇÕES VIVENCIADAS POR MÃES DE FILHOS COM SÍFILIS CONGÊNITA

Pesquisador: Maria Adelane Montelro da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02329018.3.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.137.516

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Saúde da Família que tem como objeto de estudo a vulnerabilidade em saúde vivenciadas por mães de filhos com sífilis congênita. O estudo será realizado na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-Ceará no período de fevereiro de 2019 a agosto de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Traçar o perfil epidemiológico e distribuição espacial dos casos de Sífilis Congênita, nos municípios da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Ceará no período de 2010 a 2017; Levantar as situações de vulnerabilidades vivenciadas por mulheres antes e durante a gestação de filhos diagnosticados com sífilis congênita; Conhecer os elementos da vulnerabilidade que podem limitar a capacidade dessas mulheres na tomada de decisões relacionadas à saúde sexual; Representar o contexto familiar e a rede social dessas mães, utilizando o genograma e ecomapa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Será garantido o mínimo de danos e riscos possíveis, mas os participante do estudo poderão vir apresentar constrangimento durante as entrevistas e se chatear devido as longas perguntas apresentadas pelo instrumento de coleta.

Benefícios: Entendimento de que essa doença apresenta uma grande possibilidade de controle,

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.137.516

uma vez que, objetivamos promover inquietações aos gestores e profissionais da saúde, a fim de alcançar o reconhecimento das situações de vulnerabilidade como fulcro do processo de trabalho, qualificando as políticas públicas, com a finalidade de direcionar a condução dos casos de sífilis em gestantes para a prevenção de casos de SC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem contextualizada e com relevância e impacto para o sistema de saúde de Sobral por abordar a vulnerabilidade em saúde vivenciadas por mães de filhos com sífilis congênita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios

Recomendações:

Recomendamos ainda a devolutiva ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem conflitos éticos. Considera-se aprovado, devendo-se atentar para as recomendações registradas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1199016.pdf	01/01/2019 16:57:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EDITADO.pdf	01/01/2019 16:54:57	Maria Adelane Montelro da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_BPI_2018_editado.pdf	01/01/2019 16:54:30	Maria Adelane Montelro da Silva	Aceito
Outros	anuencia.pdf	29/10/2018 13:50:16	Maria Adelane Montelro da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_OK.pdf	19/08/2018 14:20:35	Maria Adelane Montelro da Silva	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.137.516

Orçamento	ORCAMENTO_BPI_CEP.pdf	12/08/2018 19:28:36	Maria Adelane Monteiro da Silva	Aceito
-----------	-----------------------	------------------------	------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 08 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
 (Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeeica@hotmail.com